

Etat des lieux Besoins et ressources en santé mentale dans le département de l'Ain

1^{ère} étape d'une démarche
de diagnostic territorial en santé mentale



septembre 2018

Le présent rapport a été rédigé par GEFCA en juillet 2018 sur la base de données recueillies entre février et juin 2018 selon les modalités et le calendrier précisés dans la méthodologie détaillée en préambule et en annexes.

Il a fait l'objet d'une relecture par plusieurs acteurs du département (CPA, ARS, UNAFAM, Souti'Ain). Sa version finale intégrant les différents retours a été validée en septembre 2018 par le groupe projet.

Le présent rapport constitue donc un état des lieux contextualisé de la situation du département en juin 2018.

Cet état des lieux a été réalisé par l'association GEFCA avec un appui technique du CRDI.



- **Camille GILIBERT**, Consultante et formatrice :
Coordination et conduite du projet, réalisation du rapport
- **Michel BON**, Psychiatre :
Expertise et contribution à l'animation des ateliers thématiques
- **Laurence BESSON**, Conseillère technique :
Contribution à la phase de recueil et de traitement de données



- **Elodie BENIFEI**, Chargée d'étude statistiques :
Contribution à la phase de recueil et de traitement de données

La mission a été soutenue par l'ARS Auvergne Rhône-Alpes – délégation territoriale de l'Ain, et accompagnée par le Carrefour santé mentale et précarité du Centre psychothérapique de l'Ain (Guillaume PEGON) et son unité médiation réseaux (Ruxandra JORIOZ).

Le groupe projet était composé de :

ARS Délégation territoriale de l'Ain	Jean-Michel CARRET , Responsable du service Veille – Gestion des alertes – Prévention Promotion de la santé
	Dr Alain FRANÇOIS , Médecin de santé publique
	Agnès GAUDILLAT , Responsable du service Offre de soins hospitalière
	Catherine MENTIGNY , Responsable du service Handicap
CPA	Dominique BLOCH-LE-MOINE , Directeur général
	Ruxandra JORIOZ , Médiatrice de réseaux et coordinatrice du CLSM de Bourg, CSMP
	Guillaume PEGON , Responsable du Carrefour Santé Mentale Précarité
GEFCA	Camille GILIBERT , Directrice
	Marie-Claude DEBRION , Présidente

Nos remerciements sincères à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cet état des lieux et au temps qu'elles ont bien voulu nous accorder, notamment lors des entretiens, des réunions de territoire et de la rencontre avec le GEM.

Des remerciements tout particuliers à **Chantal MANNONI** pour ses précieux conseils ainsi qu'à **Stéphane PAUL**, **Roland BEC** et **Alice HERBULOT** pour leur apport « décalé ».

SOMMAIRE

PREAMBULE..... 6

Présentation de la démarche sur le territoire 6

Le projet territorial de santé mentale et ses étapes 6

Origine et hérité du projet territorial de santé mentale..... 7

Les politiques publiques de référence et « connexes » 8

Méthodologie de l'état des lieux 10

Périmètre 10

Points d'attention et limites méthodologiques 13

Cadre de l'ANAP..... 14

Étapes méthodologiques 14

Plan du rapport 16

1^{ERE} PARTIE CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE - APPROCHE DES BESOINS ET RESSOURCES 17

1. Approche des besoins et déterminants de santé mentale..... 19

1.1 Population et démographie 19

Une démographie générale plus dynamique que la moyenne..... 19

Projections démographiques..... 21

1.2 Un contexte socio-économique contrasté..... 21

Des indicateurs départementaux a priori globalement « positifs » par rapport aux moyennes.. 22

Mais des indicateurs « généraux » masquant des situations préoccupantes 24

1.3 Approche des besoins par des données sur l'état de santé 28

Données sur les enfants et adolescents 29

Mortalité selon les causes 30

Evolution des effectifs de décès par suicide dans l'Ain entre 2010 et 2014..... 32

Une étude européenne sur la santé mentale et la dépression 33

Consommation de substances psychoactives 35

Données de recours à l'offre psychiatrique..... 37

Les affections psychiatriques..... 37

La maladie d'Alzheimer 39

Les personnes en situation de handicap d'origine psychique 40

Les personnes majeures relevant d'une mesure de protection juridique..... 41

2. Les ressources du département	42
2.1 Une démographie alarmante des professionnels de santé	42
Les médecins généralistes	43
Les médecins psychiatres	45
Les autres professionnels	46
Approche territoriale	48
2.2 L'équipement	49
A. L'équipement destiné à l'enfance et la famille	50
<i>Petite enfance et périnatalité</i>	51
<i>Les ressources à destination des enfants et adolescents</i>	54
B. L'équipement destiné aux adultes.....	63
<i>La prise en charge des addictions</i>	63
<i>La psychiatrie générale</i>	64
<i>L'hébergement et le logement</i>	69
<i>Accompagnement à l'emploi et insertion professionnelle</i>	73
<i>Participation, citoyenneté, pair-aidance</i>	75
C. L'équipement dédié à des publics spécifiques	79
<i>Les personnes âgées</i>	79
<i>Les personnes porteuses de troubles du spectre autistique</i>	82
<i>L'accès aux soins psychique des personnes en situation de précarité</i>	83
<i>Les migrants et demandeurs d'asile</i>	84
<i>Santé mentale et détention</i>	85
2.3 Les acteurs de la coordination et de l'intégration.....	86
Les ressources « tous publics ».....	86
Les ressources de coordination dédiées à certains publics	87
3. Synthèse de la 1^{ère} partie « Caractéristiques du territoire approche des besoins et ressources »	95
Insuffisance des indicateurs liés aux déterminants sociaux de santé mentale	95
Les données concernant l'état de santé permettant une approche quantitative des besoins ...	95
Des disparités dans la répartition de l'équipement.....	96
Le poids de l'institution	97
Des dynamiques d'acteurs sur lesquelles s'appuyer	98

2^{EME} PARTIE : PROBLEMATIQUES AU REGARD DES PARCOURS 100

1. L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques 101	
Approche quantitative des difficultés d'accès aux soins 101	
Problématiques liées à la question de l'accès aux soins et au diagnostic 103	
2. Situations inadéquates 105	
Les situations d'hospitalisation inadéquate en psychiatrie 105	
Situations d'exclusion des établissements médico-sociaux 107	
Les « situations critiques » de personnes handicapées nécessitant une coordination avec la psychiatrie 108	
3. L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux 108	
Les délais de traitement des dossiers MDPH 108	
Les orientations vers des établissements et services médico-sociaux 109	
La durée de séjour dans les établissements et services médico-sociaux 111	
L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique 111	
L'accès à l'hébergement 112	
4. L'accès aux soins somatiques 112	
5. La prévention et la gestion des situations de crise 114	
Des indicateurs sur la gestion des situations de crise 114	
Synthèse des enjeux 115	
Problématiques liées à la question de la crise 116	
6. Synthèse 117	

CONCLUSION VERS UNE DEMARCHE DE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE 118

Principaux points d'attention 120	
Eléments à investiguer dans le cadre du diagnostic 118	
Rappel des enjeux 119	
Principaux thèmes de travail identifiés 119	
Suite des travaux 120	
Echelle territoriale 120	
Approche par public et par thématique 120	
Gouvernance et pilotage de la démarche 120	

PREAMBULE

Le diagnostic partagé est une étape essentielle dans la démarche de projet territorial de santé mentale qui va permettre de définir :

- Un constat partagé de la situation locale, ses forces, ses faiblesses,
- Les pistes de travail qui permettront d'améliorer la réponse collective aux besoins de la population desservie.

Il est donc nécessaire de le formaliser dans le cadre d'un document officiel de référence pour l'ensemble des acteurs. Il permettra de mesurer à la suite de la mise en œuvre de la feuille de route, les améliorations qui auront été générées et le chemin restant à parcourir.

Le présent document constitue un état des lieux des besoins et ressources en santé mentale, première étape du diagnostic, ayant vocation à s'inscrire au démarrage d'une démarche globale de projet territorial de santé mentale telle que prévue dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 69).

Présentation de la démarche sur le territoire

Le projet territorial de santé mentale et ses étapes

La démarche conséquente de projet territorial de santé mentale (PTSM) recouvre différentes étapes, depuis le diagnostic territorial de santé mentale jusqu'à la constitution éventuelle d'une communauté psychiatrique de territoire. Cette dernière contribue à la mise en œuvre du contrat territorial de santé mentale, lui-même déclinant le **projet territorial de santé mentale, au cœur de la démarche et établi sur la base du diagnostic.**

Le projet territorial est à la fois un document et une démarche dont la vocation est de :

- favoriser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, promouvant la santé mentale ;
- favoriser l'accompagnement de la personne dans son milieu de vie ordinaire en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires ;
- permettre la structuration et la coordination de l'offre ; la décliner dans l'organisation des parcours de proximité qui s'appuient sur la mission de psychiatrie de secteur.

Le PTSM est élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social en collaboration avec les représentants des patients et des familles.

Dans l'Ain, le Centre psychothérapique de l'Ain en lien avec l'ARS, a initié la démarche de PTSM par le biais de son Carrefour santé mentale et précarité et son unité de coordination en santé mentale (CSM01). Le positionnement d'interface et de ressource du Carrefour dans le champ de la santé mentale le rend particulièrement à même de contribuer à titre principal au pilotage et à fédérer les nombreux acteurs autour d'un diagnostic.

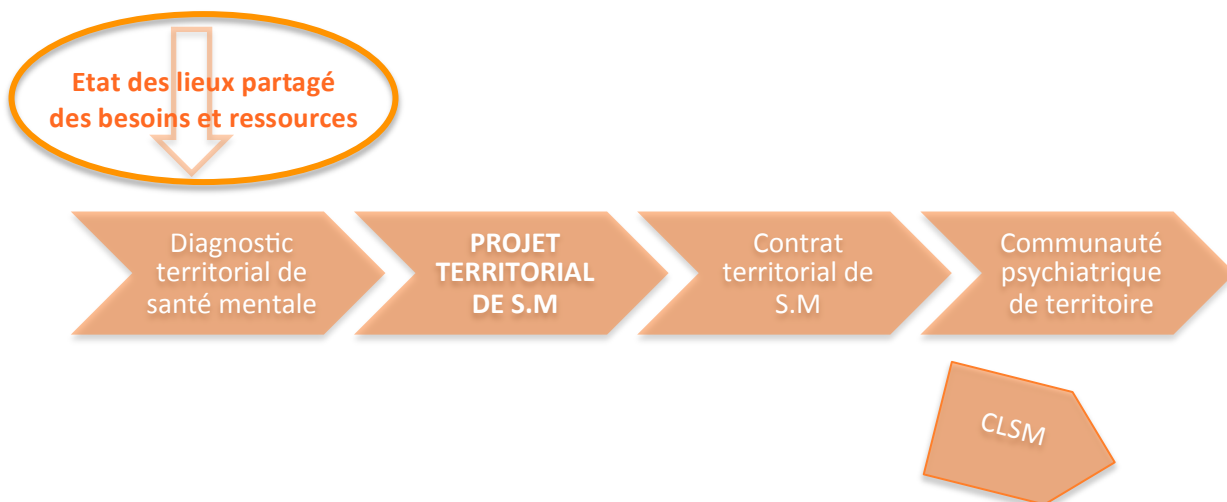
Le PTSM est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire.

Le diagnostic territorial, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

Mise en œuvre du PTSM :

- Les actions tendant à mettre en œuvre le PTSM font l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale** (entre l'ARS et les acteurs concernés) ;
- Ces actions peuvent être déclinées au sein de **conseils locaux de santé mentale** ;
- Les établissements signataires d'un même CTSM peuvent constituer une **communauté psychiatrique de territoire**.

Le schéma ci-dessous illustre les différentes étapes d'élaboration et mise en œuvre du PTSM.



Origine et contexte du projet territorial de santé mentale

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit dans son article 69 la définition de projets territoriaux de santé mentale visant « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. »

En octobre 2016, Michel Laforcade remet un « **rapport relatif à la santé mentale** » dont l'ambition est de proposer « des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé ». Ce rapport promeut une approche globale de la santé mentale (voir ci-dessous) et conduit à la mise en place d'un Conseil national de santé mentale.

Ce **Conseil national de santé mentale** (supprimé en janvier 2018 au profit d'un futur comité stratégique en psychiatrie et santé mentale) a[vait] pour mission de « faciliter la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, contribuer à la réflexion sur l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, et veiller à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social) ».

Le Conseil national de SM a été à l'origine du **décret du 27 juillet 2017** relatif au projet territorial de santé mentale décrivant les principes et objectifs des PTSM.

La **circulaire du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale** vise à « accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre » de ces projets. Elle précise notamment les priorités nationales à décliner dans les PTSM, les modalités de définition du territoire et de mobilisation des acteurs, ainsi que le calendrier et les modalités de contractualisation, suivi et évaluation du projet.

En Auvergne Rhône-Alpes se met en place progressivement une politique de santé mentale, avec notamment le volet « santé mentale » du PRS et la nomination d'une référente « santé mentale » à l'ARS siège. Cette mission, rattachée à la direction de la stratégie et des parcours (DSPar) et transversale aux trois directions « santé publique », « autonomie » et « offre de soins », aura en charge l'animation régionale de la démarche.

Les politiques publiques de référence et « connexes »

Plusieurs politiques publiques et démarches nécessitent d'être prises en compte dans la démarche de PTSM, tant dans le présent état des lieux que dans les étapes suivantes (diagnostic, projet, contrats). Elles renvoient à différents documents référencés dans la bibliographie et utilisés dans l'étude documentaire.

Le plan national suicide

La question du suicide traverse les différentes dimensions de la santé mentale : santé mentale positive, souffrance psychique (détresse psychologique) et troubles psychiatriques. La prise en compte du suicide concerne à la fois la prévention (primaire, secondaire), l'intervention au moment de la crise et la post-vention.

A l'issue du précédent programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) et de son évaluation¹, le projet stratégique du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale identifie cinq axes opérationnels :

- Le développement et la diversification de l'offre de formation des professionnels de 1^{ère} ligne ;
- Le maintien du contact et le recontact après tentative de suicide avec l'organisation du suivi post-hospitalisation ;
- La restriction de l'accès aux moyens létaux ;
- La mise en place un numéro unique / d'une ligne d'appel d'urgence ;
- L'information et la sensibilisation des médias (programme « papageno » relatif au traitement médiatique du suicide et prévoyant un travail conjoint entre la psychiatrie et les journalistes).

Le Haut conseil de la santé publique recommande notamment d'inscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de santé mentale par la mise en œuvre d'actions concertées de prévention combinées et territorialisées. Ces orientations sont prises en compte dans le projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Le projet régional de santé Auvergne Rhône-Alpes

Publié le 14 juin dernier « après une large concertation de plusieurs mois » pour une durée de 10 ans, il est le cadre de la politique régionale visant à développer la prévention, améliorer l'état de santé et l'accès aux soins dans une logique de décroisement, d'équité territoriale et de démocratie.

¹ Rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 – Haut Conseil de la santé publique (Mars 2016)

Le volet « santé mentale » du projet régional de santé identifie 8 objectifs :

- Promotion de la santé mentale, renforcement des facteurs de protection ;
- Repérage et dépistage précoce ;
- Réponse aux situations de détresse, de crise et d'urgence ;
- Accès aux soins psychiatriques ;
- Adaptation des modalités de prise en charge en psychiatrie ;
- Optimisation des parcours de vie et de soins ;
- Transversalité et coordination à l'échelle des territoires.

Venant en appui au Schéma régional de santé 2018-2023 (notamment son volet « organisation de l'offre »), un document « état des lieux et évolution de l'offre médico-sociale en Rhône-Alpes » présente, par département, la situation actuelle et projetée de l'offre relative aux personnes âgées d'une part, aux personnes en situation de handicap d'autre part.

La commission spécialisée en santé mentale

La loi de modernisation de notre système de santé (art. L. 1431-10) institue les Conseils territoriaux de santé en tant qu'instance de démocratie sanitaire. Chaque CTS comporte une commission spécialisée en santé mentale représentative des différents acteurs.

Lors de sa réunion du 17 octobre 2017, la Commission spécialisée en santé mentale de l'Ain a rappelé les objectifs de cette instance départementale :

- Etre une instance de réflexion
- Permettre l'expression de la démocratie sanitaire
- Redonner la parole aux usagers et aux professionnels
- Définir la santé mentale
- Contribuer au diagnostic territorial partagé.

S'agissant de son champ d'intervention, la CSSM contribuera à la politique départementale en formulant des avis consultatifs sur différents sujets et projets, parmi lesquels le diagnostic territorial de santé mentale.

Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

Plusieurs schémas départementaux relevant de la compétence du Conseil départemental concernent des domaines et publics directement liés à la santé mentale :

- Le schéma départemental des personnes handicapées de l'Ain 2015-2020 ;
- Les schémas départementaux enfance-famille 2015-2020 « Naître, grandir et s'épanouir dans l'Ain » et « De la prévention à la protection » ;
- Le schéma départemental en faveur des personnes âgées et de la perte d'autonomie 2013-2018 « Bien vieillir dans l'Ain ».

La démarche de projet territorial de santé mentale telle que définie dans les textes s'apparente en fait à un réel travail de planification sanitaire, sociale et médico-sociale (état des lieux des ressources, observation des besoins et analyse concertée de la correspondance entre l'offre et les besoins, perspectives d'adaptation et d'évolution de l'offre ...), devant prendre en compte toutes les politiques publiques traversant le champ de la santé mentale.

Méthodologie de l'état des lieux

Périmètre

- **La santé mentale**

« La santé mentale est une branche majeure de la santé publique. Elle est donc toujours liée à une politique publique propre à une société donnée dans laquelle la psychiatrie joue un rôle essentiel mais pas unique. La psychiatrie est, elle, une branche de la médecine. Elle joue donc un rôle nécessaire mais pas suffisant dans la politique publique de santé mentale. »²

Définition de la santé mentale

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Il s'agit pour l'OMS³ d'**« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »**.

Dans le prolongement de cette définition et selon une approche plus sociétale, on peut citer les propos du Président de l'ORSAC considérant que « la santé mentale est un 1^{er} élément de mesure, un indicateur de notre vie sociétale ; c'est la résultante de différentes manières de construire du vivre ensemble. »

La santé mentale peut se décrire à l'aide de paramètres comme le bien-être psychique, la souffrance psychique, la détresse et les troubles psychologiques, la maladie mentale et le handicap psychique, qui peuvent être envisagés selon un continuum.

Ici, les problèmes se distinguent des maladies en ce qu'ils reposent sur la perception subjective des personnes concernées et pas nécessairement sur un diagnostic médical.

Champ de la politique de santé mentale

En France, la politique de santé mentale répond à une **approche globale et multidimensionnelle**, tenant compte des parcours des personnes et comprenant « des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. » (Art. L. 3221-1 du Code de la santé publique)

L'opérationnalité de cette définition légale du champ de la politique de santé mentale est loin d'être évidente et renvoie à un mouvement profond et non encore acquis de « décloisonnement » des interventions illustrant un changement de paradigme.

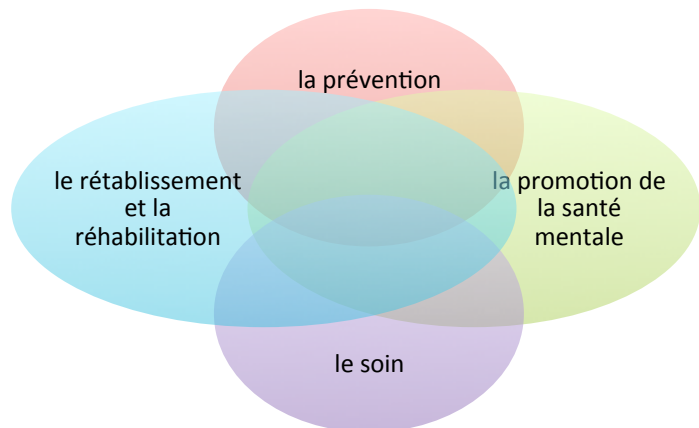
² « Rapport relatif à la santé mentale » - Michel Laforcade (Octobre 2016)

³ OMS « La santé mentale : renforcer notre action », Aide-mémoire n° 220 – Août 2014

« Une fois sortie de la logique asilaire, il n'est plus possible pour la psychiatrie de revendiquer tout à la fois le soin et la prise en charge sociale. Dès lors, la problématique de la santé mentale n'a pas pour référence centrale la psychiatrie, elle doit intégrer ceux qu'on appelle les « partenaires sociaux. »⁴

Dans son guide « Précarité et Santé mentale – Repères et bonnes pratiques », la FNARS rappelait en 2010 l'enjeu de renforcer les partenariats entre acteurs du milieu médical et du secteur social et médico-social dans le champ de la santé mentale. « Ces acteurs sont confrontés à des difficultés qu'ils ne peuvent résoudre seuls et qu'ils ont aujourd'hui trop tendance à se rejeter. Ces partenariats supposent l'instauration de nouveaux modes de travail ». « L'instauration de ces nouveaux modes de travail » s'inscrit dans la démarche de projet territorial en santé mentale.

Dans une approche de santé publique, la politique de santé mentale recouvre ainsi plusieurs dimensions complémentaires et interdépendantes.



Quelques définitions connexes peuvent être rappelées ici pour mieux appréhender le périmètre lié à cette conception large et multidimensionnelle de la politique de santé mentale.

La prévention primaire désigne l'ensemble des actions visant à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, en agissant sur la diminution des causes et des facteurs de risque. Elle promeut ainsi une action sur les différents types de déterminants de la santé, déterminants sociaux et environnementaux d'une part, individuels d'autre part.

L'action sur les déterminants individuels s'appuie sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé dans le but de renforcer les ressources et le potentiel de santé des individus (dans une logique d'*empowerment*⁵).

La prévention secondaire désigne quant à elle l'« ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès ». (OMS, 2001)

Elle peut ainsi concerner le dépistage et l'action précoces pour réduire les risques d'aggravation et de sur-handicaps.

La prévention tertiaire concerne les soins et réadaptations mis en œuvre pour réduire ou limiter les conséquences des maladies ou problèmes de santé.

⁴ PEGON Guillaume, *Le traitement clinique de la précarité – Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care. L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain*. Thèse de Doctorat en Anthropologie et en Sociologie, dirigée par Bertrand Ravon, Université Lumière Lyon 2, 2011

⁵ L'empowerment, parfois traduit sous le terme « capacitation », ou plus récemment d'autodétermination, désigne le développement du pouvoir d'agir des personnes.

Enfin la **prévention quaternaire**, émergente et à développer, regroupe les actions de réhabilitation et de rétablissement, l'éducation thérapeutique du patient, s'appuyant sur les ressources des personnes et la lutte contre la surmédicalisation.

Ces définitions et conceptions de la santé mentale et de la politique de santé mentale ne sont pas encore forcément très répandues ou partagées par tous les acteurs concernés. Une démarche de projet de santé mentale pourrait contribuer au développement d'une telle culture commune.

- **Notions de besoins et de ressources**

Comment appréhender les besoins ?

La notion de besoin recouvre l'ensemble de ce qui apparaît « nécessaire » à un être, que cette nécessité soit consciente ou non. De là la distinction entre des termes proches tels que besoin, attente, demande. De là aussi, l'écueil fréquent d'une définition du besoin n'associant pas les personnes directement concernées (usagers, bénéficiaires ...).

Au regard de la définition de la santé mentale retenue ici, incluant santé mentale positive, souffrance psychique et troubles mentaux, apparaît une difficulté « essentielle » : comment « observer » une réalité si subjective et multiforme que celle des « besoins » ?

Cette observation ne peut relever que d'une approche déductive s'appuyant sur des faisceaux d'indicateurs, indicateurs liés d'une part à des contextes (environnement, déterminants, offre de soins ...), d'autre part à des données sur l'état de santé ainsi que sur des comportements (consommation de produits psychoactifs, suicide, recours à l'offre de soins ...). Mais soulignons qu'il ne s'agit que de facteurs ou de symptômes d'un « état de santé mentale », celui-ci étant difficilement observable indépendamment d'un diagnostic de trouble, maladie ou handicap.

Une telle approche quantitative pourra être complétée d'éléments d'appréciation des acteurs.

Ressources

« La notion de ressource est issue du domaine économique et se caractérise par son caractère limité ou rare (ressource naturelle, technologique ou humaine) et sa possibilité d'épuisement ou de disparition. Les ressources ne se limitent donc plus aux établissements et services spécialisés dans le domaine sanitaire, médico-social ou social. Elles comprennent aussi les services de soins et d'accompagnement libéraux (médecins généralistes, pédiatres, professions libérales paramédicales...) et les services de droit commun dans les domaines économique, politique, culturel et social.

De plus, rappeler que les ressources naturelles et technologiques, comme les ressources humaines (celles des personnes vulnérables, celles des aidants naturels et celles des intervenants professionnels) sont « épuisables » amène à penser une nouvelle économie politique de la santé vue de réaliser un maximum de profits pour les personnes bénéficiaires. »

CNSA – ANCREAI : Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé – À l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux (Avril 2016)

Dans son rapport précité, Michel Laforcade souligne le fait que dans une optique de santé publique « un certain nombre de moyens concrets peuvent favoriser la bonne santé mentale d'une population, comme par exemple :

- Les interventions autour de la naissance et de la petite enfance (aide apportée à domicile pour des femmes enceintes, activités préscolaires, aide à la fois nutritionnelle et psychosociale aux populations défavorisées)
- L'assistance aux enfants et aux adolescents (programmes d'acquisition de compétences, amélioration de l'accueil en milieu scolaire)

- L'accompagnement social des personnes âgées (centres communautaires de jour, aide à domicile ou en hébergement spécialisé)
- Les programmes à l'intention des groupes vulnérables (sans domicile fixe, migrants, sans papiers, populations nomades, victimes des guerres ou des catastrophes)
- Les interventions sur le lieu de travail (programmes de prévention du stress, amélioration du management et des conditions de travail)
- L'amélioration de la politique du logement
- La facilitation de l'accès aux droits et aux soins. »

Ne pourront être prises en compte dans cet état des lieux toutes les ressources contribuant à la santé mentale, mais principalement les ressources offertes par les professionnels et institutions.

Or on ne peut que rappeler la dimension multifactorielle (bio-psycho-sociale) de la santé mentale, et le fait que son « entretien » (ou son rétablissement) relève encore pour une dimension essentielle des personnes elles-mêmes, de leurs ressources personnelles, individuelles ou issues de leur proche environnement.

Points d'attention et limites méthodologiques

Au regard de la complexité et du caractère ambitieux de la démarche, de l'importance de ses enjeux et de l'étendue du champ concerné, le travail conduit pour réaliser l'état des lieux a voulu répondre à certaines préoccupations.

1. Une recherche de pragmatisme :
Cette 1^{ère} étape de la démarche du PTSM s'est appuyée sur l'existant, en utilisant autant que possible les outils et matériaux disponibles (données, études, dynamiques, territoires) ;
2. Un effort d'opérationnalité :
En tant que 1^{ère} étape d'une démarche complexe, le présent état des lieux a pour vocation d'apporter de la matière, des points d'appui pour établir un diagnostic et définir un projet de santé mentale. Il comporte inévitablement une dimension descriptive d'une certaine lourdeur compte tenu de l'étendue du champ ;
3. Une approche territoriale :
Malgré le niveau départemental de la démarche d'état des lieux (puis de diagnostic et de PTSM), une approche territoriale est apparue indispensable ; elle a permis de faire état de la diversité de l'Ain et de prendre en compte certaines spécificités infra-départementales ;
4. Une dimension participative :
Celle-ci devant guider la démarche PTSM, elle a été recherchée a minima à ce stade d'état des lieux à travers les réunions de territoire et les entretiens.

Ajoutons dans cette présentation méthodologique qu'un tel état des lieux ne peut être exhaustif ni refléter fidèlement l'inventivité des acteurs.

La principale difficulté rencontrée dans cette mission en termes de périmètre et de méthodologie s'est située dans la limite entre état des lieux et diagnostic, celle-ci étant peu claire et perméable. Au regard de la méthodologie utilisée (inspirée de la méthode diagnostique de l'ANAP) et des attentes des commanditaires (acteurs du futur projet territorial de santé mentale), l'état des lieux a par endroits pris la forme d'un diagnostic – en particulier dans sa 2^{ème} partie concernant les problématiques au regard des parcours.

La conduite de la mission s'est heurtée à quelques difficultés en termes de réactivité et d'implication de certaines institutions, en particulier pour le recueil de données et la définition des entretiens.

En revanche on peut saluer et remercier la forte mobilisation d'une grande majorité d'acteurs, qui a permis de rassembler une grande densité d'éléments.

Cadre de l'ANAP

La méthodologie proposée dans le cadre de cet état des lieux s'est appuyée largement sur le guide méthodologique de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sociaux et médico-sociaux (ANAP) « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale – Méthodes et outils pour les territoires » (décembre 2016).

Ce cadre de l'ANAP s'est avéré inspirant et structurant, mais son utilisation suppose de prendre en compte à certaines limites et points d'attention :

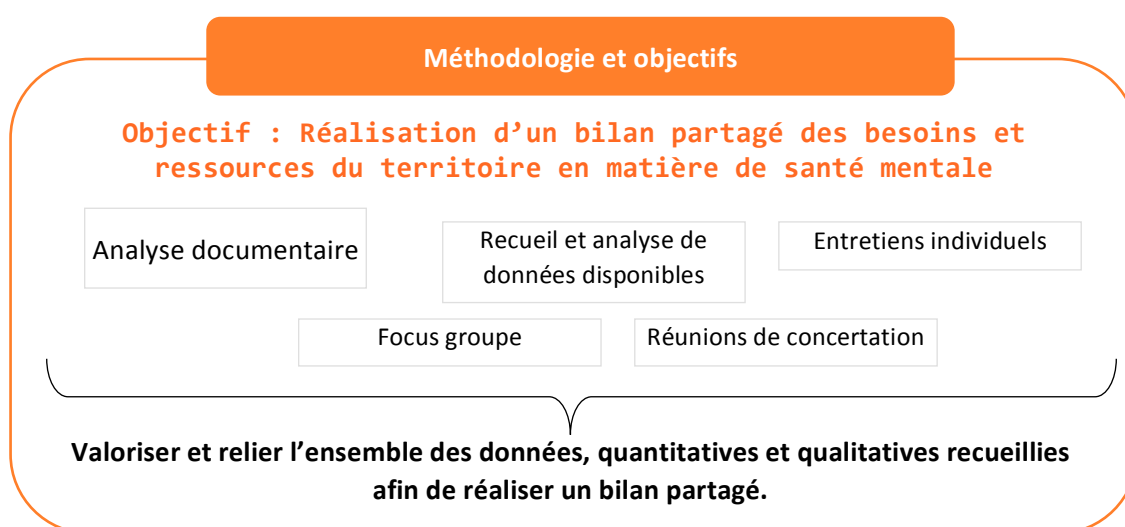
- Il s'agit d'une méthode expérimentée dans quelques territoires, mais par les ARS concernées (accompagnées par l'ANAP), alors que la démarche PTSM est en principe conduite par les acteurs (ici l'état des lieux a été confié à un prestataire extérieur) ;
- La méthodologie de l'ANAP concerne une démarche de « diagnostic » et non d'« état des lieux » préalable au diagnostic, comme c'est le cas ici pour l'Ain ;
- On peut relever dans le modèle ANAP deux manques « problématiques » s'agissant de santé mentale : la prévention et l'enfance. Ces deux dimensions importantes sont prises en compte dans le présent état des lieux.

Étapes méthodologiques

La méthodologie s'est appuyée sur une combinaison d'approches quantitative et qualitative complémentaires, en intégrant une démarche participative et une dimension territoriale.

Les étapes suivantes ont été accompagnées et validées par le groupe projet composé du CPA (direction et carrefour santé mentale et précarité) et de l'ARS (services prévention – promotion de la santé, offre de soins et autonomie).

Présentation synthétique



1. Recueil de données quantitatives

Différents types et sources de données quantitatives ont été mobilisés, afin d'explorer les multiples dimensions du diagnostic. Précisons que l'observation dans le champ de la santé se heurte à de nombreuses difficultés et limites liées à la multiplicité des données et des sources, la disponibilité des données à l'échelle d'un territoire, le caractère exploitable ou non de certaines données ...

Les données utilisées sont issues de différentes sources publiques (INSEE, DREES, IRDES, INSERM, SAE, DEPP ...) et concernent principalement les aspects sociodémographiques et les déterminants de la santé, l'état de santé, l'offre et le recours à l'offre. D'autres ont pu être recueillies voire reconstituées auprès d'acteurs locaux (CPA, MDPH et certains services de l'ARS).

2. Analyse documentaire

Voir dans l'annexe « bibliographie » les documents utilisés pour relier la mission d'état des lieux à son contexte plus large et prendre en compte les différents documents législatifs, travaux de planification, études thématiques, à différentes échelles (nationale, régionale, départementale ou plus locale).

3. Les réunions de territoire

Voir en annexes le document d'invitation et les listes d'émargement

Au nombre de quatre, celles-ci se sont déroulées en avril 2018 ; elles ont eu plusieurs intérêts :

- Permettre une approche infra-départementale basée sur les quatre territoires des secteurs de psychiatrie publique (Ouest, Centre, Est, Sud – voir la cartographie en annexe) ;
- Compléter les éléments d'état des lieux concernant l'offre et les besoins ;
- Amorcer une concertation (prévue dans la démarche projet) ;
- Contribuer à une meilleure connaissance réciproque des acteurs au regard du constat d'un manque de lisibilité ;
- Offrir un espace d'échange « hors champ » institutionnel ;
- Aller vers une culture commune de la santé mentale.

Au regard de la mobilisation des acteurs, ces rencontres ont pu souligner les attentes fortes vis-à-vis d'une telle démarche de PTSM, ainsi qu'en termes d'échange, de connaissance réciproque et de coordination. Elles ont réuni plus de 120 participants représentant des collectivités locales, l'Education nationale, des associations et structures des secteurs du social et médico-social, les acteurs du soin (libéral et hospitalier), les personnes directement concernées (malades, aidants ...), les bailleurs sociaux, etc. ...

Territoire SUD Jeudi 5 avril à Chazey-sur-Ain 24 participants	Territoire EST Vendredi 6 avril à Oyonnax 32 participants
Territoire CENTRE Jeudi 26 avril à Bourg-en-B. 47 participants	Territoire OUEST Vendredi 27 avril à Chatillon sur Chalaronne 26 participants

4. Entretiens

Une dizaine d'entretiens (*voir en annexe le récapitulatif*) a permis d'interroger près de vingt représentants de diverses institutions et politiques publiques : Agence régionale de santé, Direction départementale de la cohésion sociale, Conseil départemental, Maison départementale des personnes handicapées, Direction des services départementaux de l'Education nationale, ainsi que des principaux opérateurs ou acteurs concernés : UNAFAM, CPA, ORSAC, Vilhôt'Ain / Souti'Ain, ADAG, Alfa3A.

5. Rencontre avec un groupe d'entraide mutuelle (GEM)

Organisée avec l'appui de la présidente et des animatrices du GEM de « La Côtère », une rencontre avec six adhérents volontaires du GEM a été l'occasion d'évoquer avec les personnes directement concernées, à partir de leur expérience, les moments clefs de leur parcours, leur point de vue sur les dispositifs auxquels ils ont eu recours, ainsi que leurs attentes et préconisations.

Plan du rapport

Celui-ci est structuré en trois parties, relativement disproportionnées :

1. « **Caractéristiques du territoire** », sorte de « carte d'identité », proposant une approche des besoins et des ressources en santé mentale
2. « **Problématiques au regard des parcours** », s'appuyant sur le modèle de « la rosace » de l'ANAP
3. « **Vers une démarche de PTSM** », partie conclusive orientant l'état des lieux vers la suite de la démarche (diagnostic territorial de santé mentale) en proposant des pistes de travail et abordant la question de la gouvernance.

1^{ERE} PARTIE

CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE

APPROCHE DES BESOINS ET RESSOURCES

Cette partie la plus conséquente de l'état des lieux **aborde, après une présentation du département, les besoins et ressources en 3 sous-parties :**

- | | |
|--|-------|
| 1. Approche des besoins et déterminants de la santé mentale | P. 19 |
| 2. Les ressources (professionnels de santé, équipement, dispositifs de coordination) | P. 42 |
| 3. Synthèse | P. 95 |

Présentation du département

Le territoire de l'Ain se caractérise essentiellement par son étendue et ses contrastes.

Géographie

En introduction de la présentation du département, nous proposons de citer un extrait de l'étude « Pauvreté et précarité dans l'Ain – état des lieux 2010 » décrivant la géographie de l'Ain.

« L'Ain se caractérise par la présence de trois agglomérations moyennes (Bourg-en-Bresse, Oyonnax et Ambérieu-en-Bugey). La partie sud-ouest du département se situe dans l'influence urbaine de la métropole régionale lyonnaise, alors que l'essentiel du territoire oriental (Bugey / Haut-Bugey) est majoritairement rural de même que le nord de la Bresse. L'extrémité nord-est (Pays de Gex) est située dans l'orbite de l'agglomération genevoise en position frontalière.

L'Ain présente un contraste topographique important entre l'ouest et l'est du département :

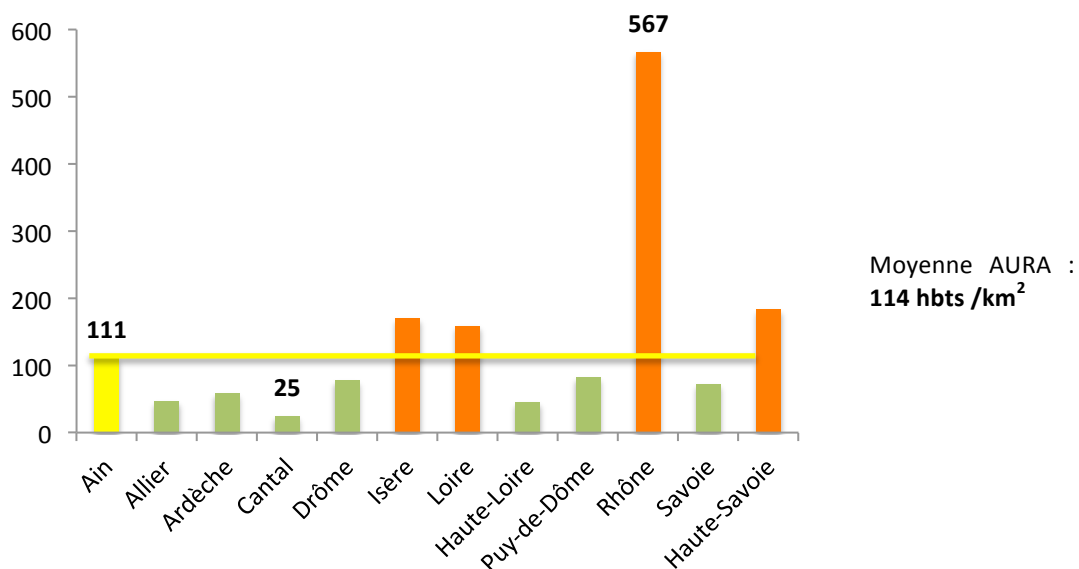
- *à l'ouest, une plaine inclinée vers le nord-ouest et bordée par la Saône, en partie bocagère (Bresse) et parsemée d'étangs dans la partie sud (Dombes) ;*
- *à l'est, les montagnes du Jura méridional traversées par les cluses qu'empruntent les voies de communication vers la Suisse. Le Pays de Gex, séparé du reste du département par la dernière chaîne orientale du Jura, s'étend jusqu'au lac de Genève et se rattache géographiquement au bassin du Léman. Cette coupure est-ouest est un élément fort des disparités géographiques.*

Le département de l'Ain est bien innervé par les axes de communication, même si on note une moindre densité dans la partie orientale. Ainsi, plus de 4 000 km d'axes départementaux et 220 km d'autoroutes desservent le département.

Le réseau ferroviaire en trains express régionaux relie les principales villes du département entre elles ainsi qu'avec la métropole régionale lyonnaise, à l'exception de Belley (un trajet en car de 20 minutes est nécessaire pour relier Belley à la gare de Virieu-le-Grand). »

Densité

La densité de population est très proche de la moyenne régionale – qui prend en compte elle-même de forts écarts densités entre les départements anciennement auvergnats et les départements de l'ex région Rhône-Alpes.



Source : INSEE – Exploitation GEPCA

L'Ain se situe également dans la moyenne régionale s'agissant de la part de la population vivant dans les grandes aires urbaines, ce qui est le cas de 86,4% des habitants du département et 85,1% pour la région, cette proportion allant de moins de la moitié pour le Cantal (44,6%) à la quasi totalité pour le Rhône (97,6%).

1. APPROCHE DES BESOINS ET DETERMINANTS DE SANTE MENTALE

Une difficulté récurrente en terme d'observation et de planification est qu'il n'existe pas de données quantitatives d'observation en continu sur les besoins. Ceux-ci sont approchés seulement sous l'angle du recours à l'offre et de données de contexte sur la population.

En la matière les sources de données sont très nombreuses et disparates, en particulier pour un champ aussi vaste que celui de la santé mentale, avec cependant une démarche utile de compilation de données (mais non exhaustive) telle que l'Atlas santé mentale.

Trois principaux aspects seront abordés dans cette partie pour approcher les besoins, à travers trois grands types de données portant sur :

1. la population et la démographie du département ;
2. le contexte socio-économique ;
3. l'état de santé.

1.1 Population et démographie

Une démographie générale plus dynamique que la moyenne

Au 1^{er} janvier 2014, au recensement de l'Insee, le département de l'Ain comptait **626 127 habitants**, dont 50,6 % de femmes (51,4 % pour la région). La population de l'Ain représente 8% de la population régionale.

L'augmentation de la population est plus importante qu'ailleurs : +6,6%, entre 2008 et 2013 (+4% en région AURA et seulement +2,8% en France), soit un taux de croissance annuel moyen de 1,3% (contre 0,8% pour la région).

Cette croissance annuelle en accélération s'explique majoritairement par un étalement urbain de plus en plus lointain des métropoles de Lyon et Genève. À l'horizon 2050, selon les dernières projections de l'Insee, l'Ain et la Haute-Savoie concentreraient 30 % de l'accroissement régional de population par leur attractivité résidentielle (*Source : Insee Analyses Auvergne Rhône-Alpes n°41*).

En 2014 le taux de natalité de l'Ain de 11,7 naissances domiciliées pour 1 000 habitants était légèrement sous la moyenne régionale (12,3‰ pour la région, avec des écarts de 8,3‰ pour le Cantal à 12,8‰ pour la Haute-Savoie).

L'évolution des naissances domiciliées dans l'Ain traduit une baisse entre 2014 et 2016 (-3,5%), mais moindre que la moyenne régionale (-4,5%). (*Source : ORS⁶*)

⁶ Etat de santé des enfants de 0 à 6 ans en AURA (étude ORS à partir de données de décembre 2017)

Les taux de mortalité générale et infantile⁷ sont inférieurs aux moyennes régionales en 2014 :

- 7,2 décès domiciliés pour 1 000 habitants contre 8,1‰ (mais traduisant une baisse moins importante sur les 10 dernières années)
- 3,1 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants contre 3,3‰.

Voir aussi ci-dessous dans la partie « état de santé », la mortalité selon les causes.

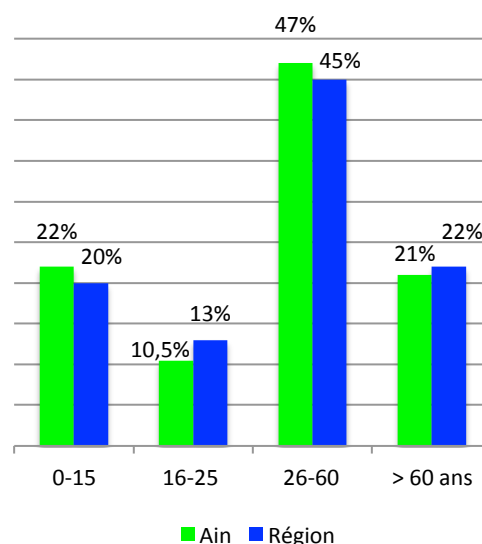
L'espérance de vie, à la naissance ou à 65 ans, est comparable aux moyennes régionales

		Ain	AURA
EV à la naissance	Femmes	85,8	85,8
	Hommes	80,2	80,1
EV à 65 ans	Femmes	23,4	23,4
	Hommes	19,6	19,5

Population par âge

En 2014 la structure de population de l'Ain reste légèrement différente de celle observée dans la région :

- La population de moins de 15 ans y est plus importante ;
- On observe un léger creux entre 16 et 25 ans, qui peut être lié au fait que les habitants vont étudier ailleurs au regard de l'offre de formation ;
- La tranche des 26 à 60 ans est plus représentée qu'en région ;
- Les plus de 60 ans sont légèrement moins nombreux dans l'Ain.



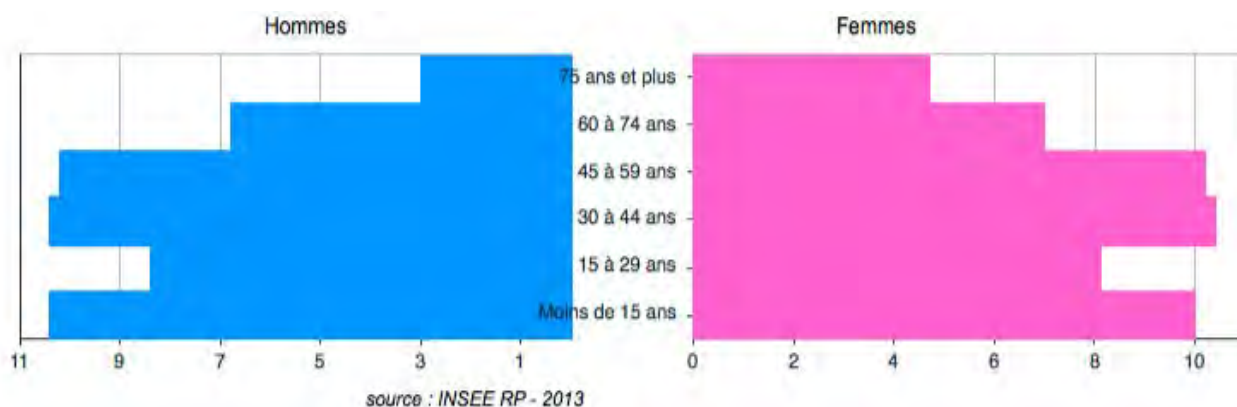
Source : Insee - Recensement de la population 2014 /
Traitement CRDI et GECA

Démographie des 4 territoires

Voir en annexe la cartographie des 4 secteurs de psychiatrie

- Les territoires des secteurs Ouest et Sud ont une répartition par âge semblable à celle du département,
- Le territoire Centre est plus âgé (19,5 % ont moins de 15 ans, 44 % ont entre 26 et 60 ans et 24,5 % ont plus de 60 ans).
- La population de l'Est est plus jeune que le reste du département (23 % ont moins de 15 ans, 50 % sont âgés de 26 à 60 ans et seuls 17,5 % ont plus de 60 ans).

⁷ Rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins d'un an et le nombre d'enfants nés vivants en 2012-2013-2014



Projections démographiques

Réalisées à partir des projections de l'INSEE, celles-ci traduisent une évolution prévisionnelle de la population de l'Ain bien supérieure à celle de l'ensemble de la région, et près de 3 fois supérieure à l'évolution projetée pour la moyenne française.

	Ain	AURA	France
Effectif projeté en 2030	733 000	8 619 000	70 056 000
Evolution 2013-2030	+ 18,3%	+ 11,1%	+ 6,5%

Source : Insee – Omphale 2015 – 2013 / Traitement Atlas santé

1.2 Un contexte socio-économique contrasté

La prise en compte du contexte socio-économique s'inscrit dans une approche globale de la santé mentale retenue ici, dans le sens où ces éléments de contexte permettent une connaissance des déterminants sociaux et environnementaux de santé mentale.

Sur ce point le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade est particulièrement éclairant : « on sait que des pressions socio-économiques ou politiques persistantes sont des facteurs de risques susceptibles de porter atteinte à la bonne santé mentale des individus, des communautés et des peuples. Des données factuelles, comme le chômage, la grande pauvreté, la difficulté d'accès à la nourriture et à l'eau, l'absence de logement, le manque d'instruction, un milieu familial défaillant ou maltraitant, l'absence d'accès à des structures de soin, les mauvaises conditions de travail, (...) la discrimination raciale, sociale ou sexuelle, l'obligation d'émigrer, les violences et les guerres, les violations des droits fondamentaux de l'homme, portent clairement témoignage de cette atteinte. »

Pour l'Ain, un premier aperçu départemental par des indicateurs types tendrait à traduire une situation relativement « correcte » par rapport aux données régionales, mais cette première impression suppose d'être doublement relativisée :

- par une approche infradépartementale traduisant de fortes disparités,
- par une observation plus fine de l'évolution dans le temps qui peut révéler une dégradation de la situation sur certains aspects.

Ceci illustre les limites de la référence aux moyennes et l'intérêt d'une analyse plus fine qui n'est pas toujours possible dans le cadre d'un état des lieux départemental, et suppose de s'appuyer sur des études spécifiques, telles que la remarquable étude sur la pauvreté et précarité dans l'Ain conduite en 2010 puis actualisée en 2017.

Des indicateurs départementaux a priori globalement « positifs » par rapport aux moyennes

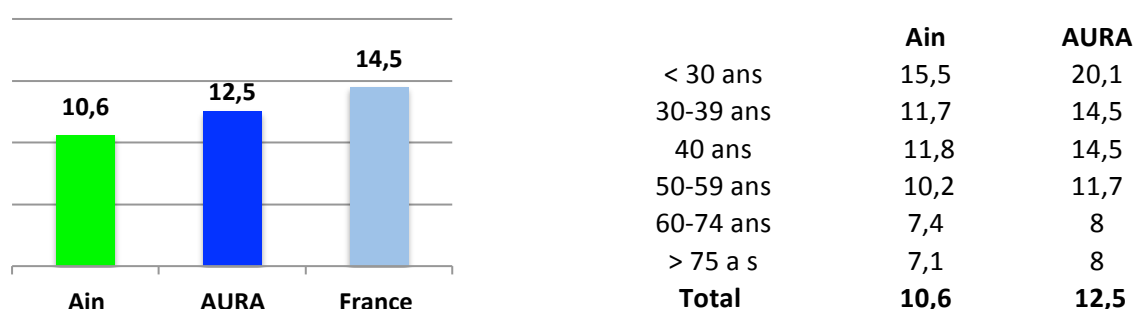
Des revenus disponibles relativement élevés

Le revenu médian du département (c'est à dire en-deçà et au-delà duquel vit la moitié de la population était de 21 700 € annuels (soit 1 808 € mensuels) en 2014. Il s'agit d'un revenu médian parmi les plus élevés en Auvergne-Rhône-Alpes après la Haute-Savoie, supérieur aux médianes de la région et de France métropolitaine. Les ménages de l'Ain les plus modestes déclarent des revenus disponibles plus élevés que dans les autres départements à l'exception de la Haute-Savoie.

Un peu plus de 10% des habitants de l'Ain vivent sous le seuil de pauvreté ; mais le département reste (en 2014) le 3^{ème} le moins touché par la pauvreté après la Haute-Savoie et la Savoie.

Source : ORS, Portrait social de l'Ain (janvier 2018)

Part des ménages vivant sous le seuil de pauvreté (en %)



Source : INSEE, DGFIP, Filosofi – 2013 / Traitement Atlas santé et GECA

Les demandeurs d'emploi relativement moins nombreux dans l'Ain

Au 3^{ème} trimestre 2017, l'Ain comptait 11 demandeurs d'emploi de catégorie A, B et C pour 100 personnes en âge de travailler – ce taux est sensiblement inférieur au taux régional (18%).

L'Ain présente l'un des plus faibles effectifs d'allocataires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) de la région⁸. Rapportés au nombre de demandeurs d'emploi, les allocataires de l'ASS de l'Ain sont en effet nettement moins nombreux qu'en moyenne régionale (5,5 % contre 7,1 %).

NB : Il est admis aujourd'hui que les situations de chômage en particulier de longue durée, tout comme d'autres facteurs de vulnérabilité ou de précarité, constituent des déterminants de problématiques de santé mentale.

⁸ L'allocation de solidarité spécifique (ASS) est l'un des minima sociaux destiné aux chômeurs ayant épuisé leur droit à l'assurance chômage et justifiant d'au moins cinq ans d'activité salariée (à temps plein ou à temps partiel) au cours des dix années précédant la rupture de leur contrat de travail. Elle est la principale allocation chômage du régime de solidarité financée par l'État. Depuis le 1^{er} janvier 2017, il n'est plus possible de cumuler l'ASS avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Pour autant et à l'inverse, on observe une augmentation des situations de burn-out provoquées par un rapport problématique au travail. Ces situations non évoquées ici (non directement prises en compte dans les textes cités en préambule sur le projet territorial de santé mentale) pourraient être soulevées dans le cadre du diagnostic.

S'agissant du lien complexe entre santé mentale et travail (lui aussi dans sa dimension positive et négative), on peut être interpellé par la définition de la santé mentale de l'OMS : « état de bien-être dans lequel une personne peut (...) accomplir un travail productif ». Celle-ci traduit l'ambivalence de notre société dans son rapport au travail (pointé par différents travaux notamment ceux du Professeur Dejours).

Relativement moins de foyers allocataires (CAF ou MSA) à bas revenus et d'allocataires du revenu de solidarité active

En 2015, 62 994 résidents de l'Ain vivaient dans un foyer allocataire⁹ à bas revenus, c'est-à-dire un foyer dont les ressources sont inférieures à 1 043 euros par mois. Cette situation concerne **10,1 % de la population du département**, niveau inférieur aux valeurs observées pour la région (13,2 %) et pour la France métropolitaine (15, %). Après la Haute-Savoie, l'Ain est le département où ce taux est le plus bas.

26 144 personnes vivaient en 2015 dans un foyer allocataire du revenu de solidarité active (RSA), soit **4,2 % de la population du département**. Cette part est inférieure à la moyenne régionale (6,2 %) et à la moyenne observée pour la France métropolitaine (7,8 %).

Source : ORS, Portrait social de l'Ain (janvier 2018)

Un taux de demande moyen auprès de la MDPH inférieur à la moyenne nationale

En 2015 la maison départementale des personnes handicapées de l'Ain a réceptionné un peu moins de 50 demandes pour 1000 habitants alors que la moyenne des MDPH se situe à 64‰ – avec un écart entre 22‰ et 97‰ selon les départements. (Source : CNSA)

Des bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés relativement moins nombreux

Les données de comparaison sont disponibles au 31/12/2015, faisant état d'une part des bénéficiaires de l'AAH de 1,9% personnes de 20 à 64 ans dans l'Ain contre 2,6% en Auvergne-Rhône-Alpes (source : STATISS).

De même pour les bénéficiaires de la CMU

Bénéficiaires de la CMU parmi les consommateurs du régime général

	Ain	AURA	France
Total	4,6	6,3	9,1
Femmes	4,8	6,5	9,3
Hommes	4,4	6,1	8,8

Source : CNAMTS, ARS – 2015 / Traitement Atlas santé

⁹ Foyer allocataire percevant au moins une prestation sociale ou familiale versée par les Caisses d'allocations familiales (CAF) ou par la Mutualité sociale agricole (MSA)

Mais des indicateurs « généraux » masquant des situations préoccupantes

Une approche plus fine conduit à relativiser fortement les principaux indicateurs départementaux.

• Une intensification de la pauvreté

L'état des lieux 2016 « Pauvreté et précarité dans l'Ain » fait le constat important que la pauvreté dans l'Ain concerne **relativement moins de personnes mais de manière plus intense**. Plusieurs observations accompagnent ce constat, notamment :

- Les moins de 50 ans beaucoup plus touchés par la pauvreté qu'en 2007,
- Un rapport interdécile montrant des inégalités importantes,
- Une pauvreté plus marquée dans les espaces urbains en 2011 qu'en 2007,
- Une population Caf en hausse depuis 2009 : + 34% bénéficiaires du RSA,
- Une augmentation supérieure à 55% des allocataires de l'AAH,
- Une situation de l'emploi fortement dégradée,
- Une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi.

• D'autres indicateurs de précarité

Le surendettement

1 903 dossiers de surendettement ont été déposés en 2015. Entre 2010 et 2016, le rapport du CCRA observe une hausse des dépôts de 17,4 % contre 2,3 % à l'échelle régionale¹⁰. « **Le département de l'Ain semble donc particulièrement touché par le surendettement** comme en témoigne le pourcentage élevé (30,71 %) des procédures de rétablissement personnel en 2015. Ce dernier rend compte d'une dégradation irrémédiable des capacités budgétaires des ménages à faire face à leur(s) crédit(s). »

Loyers impayés et expulsions locatives

Le rapport précité souligne les 25% d'augmentation du nombre d'assignations pour impayés de loyer entre 2007 et 2015, ce qui « rend compte du mal-logement qui pourrait constituer à terme une nouvelle catégorie d'analyse ».

En 2015, la Commission de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX) de l'Ain a traité 845 dossiers pour 864 ménages concernés, avec une baisse observée en 2017 (656 dossiers).

Les données du SIAO

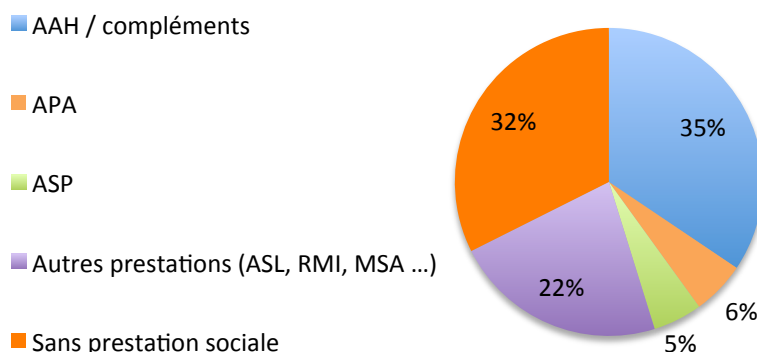
Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orienté (SIAO) concerne la principale source d'observation en termes de besoins et d'offre d'hébergement et de logement social. Sur les 862 demandes d'hébergement traitées par le SIAO de l'Ain en 2015 :

- **226 orientations n'ont pas abouti par manque de place**
- 70% des demandes d'hébergement d'urgence concernent des hommes isolés.

¹⁰ Source : Dossier 2016 de la MRE

Les données sur les majeurs protégés

En 2008, seulement 2/3 environ des 2 620 personnes majeures faisant l'objet d'une protection juridique bénéficiaient d'une prestation sociale :



Nous ne disposons pas de donnée de comparaison plus récente.

L'état des lieux « Pauvreté et précarité » pointe l'émergence de « nouvelles » problématiques liées à la pauvreté dans l'Ain, du fait de certaines situations :

- Les migrations récentes
- Nonaccès aux droits
- Les situations de souffrance psychique. Une augmentation de ces situations reste très difficile à objectiver, cette appréciation étant inégalement exprimée par les différents acteurs (avec des écarts notamment entre professionnels et élus).

Le rapport du CCRA insiste également sur l'évolution des représentations relatives à la pauvreté traduisant un durcissement du regard sur les « pauvres » emprunt de stigmatisation et de responsabilisation des individus.

• D'importantes disparités infra-départementales

Une inégale répartition des foyers allocataires CAF ou MSA, ASS et RSA sur le territoire

- Le taux départemental des **foyers allocataires CAF et MSA** masque des disparités importantes.

La communauté de communes du Haut-Bugey présente une part élevée de sa population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus (17,0 %), supérieure à la valeur nationale. Au centre et au sud-est du département, dans les communautés de communes du Pays Bellegardien, Bugey Sud et Bassin de Bourg-en-Bresse, les personnes résidant dans un foyer allocataire à bas revenus sont également présentes, mais dans une proportion moindre et inférieure à la moyenne régionale.

Les territoires les moins touchés par la précarité sont situés à l'ouest du département (en particulier les communautés de communes du Val-de-Saône Centre et de Dombes Saône Vallée) et à l'extrême est du département, le Pays de Gex, au regard de sa proximité de Genève.

- La concentration plus forte d'**allocataires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS)** sur un territoire reflète le poids des chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits, notamment des seniors, ou la présence d'une population plus âgée.

Certaines communautés de communes à l'est de Bourg-en-Bresse, constituées de vallées et montagnes jurassiennes, concentrent les demandeurs d'emploi touchés par le chômage de longue durée : Plateau d'Hauteville, Haut-Bugey, Rives de l'Ain - Pays du Cerdon et Bugey Sud. L'ouest, le sud-ouest et l'extrême est du département bénéficient d'une situation favorable au regard de cet indicateur.

- Les territoires qui concentrent majoritairement les ménages **bénéficiaires du RSA** sont urbains : la communauté d'agglomération du bassin de Bourg-en-Bresse et la communauté de communes du Haut-Bugey. Les communautés de communes de Bugey Sud, du Pays Bellegardien et Rives de l'Ain - Pays du Cerdon, situées au sud et à l'est du département sont concernées par le RSA mais dans une moindre mesure. En n, les territoires à l'ouest du département et le pays de Gex au nord-est sont épargnés par cette précarité.

Source : ORS, Portrait social de l'Ain (janvier 2018)

Chômage, niveau de vie et revenu médian dans les quatre territoires

L'approche territoriale retenue pour partie dans cet état des lieux conduit à souligner certaines différences entre les 4 territoires correspondant aux quatre secteurs de psychiatrie générale.

Les territoires Ouest et Sud sont particulièrement concernés par le chômage avec une part de chômeurs dans la population en âge de travailler autour de 15 %, à l'inverse les territoires du Centre et de l'Est affichent une part de chômeurs inférieurs à 7%.

Les résidents du territoire Sud présentent un niveau de vie inférieur à la moyenne, avec 65% des communes disposant d'un revenu médian compris entre 20 000 et 25 000 € et ¼ des communes dont le revenu médian se situe entre 15 et 20 000 €. Les territoires Ouest et Centre, légèrement en deçà de la moyenne, sont dans une situation intermédiaire.

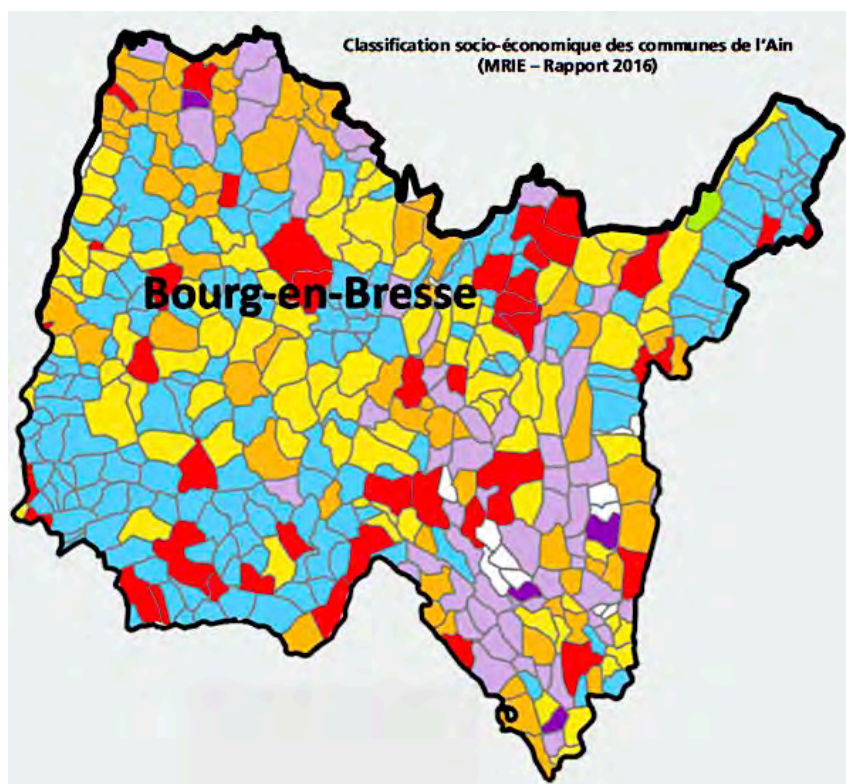
L'Est du département présente à l'inverse un niveau de vie global largement supérieur à la moyenne. Moins de la moitié des communes ont un niveau de vie médian compris entre 20 000 et 25 000 €, alors que plus d'¼ des communes ont un niveau de vie médian supérieur à 30 000 €.

En revanche **l'Est est aussi le territoire avec le taux de pauvreté le plus élevé** (10 communes sur les 17 disponibles ont un taux de pauvreté supérieur à 12,5 %).

Source : Insee – Enquête Filosofi 2014 / Traitement CRDI

Ces contrastes importants au sein du territoire du secteur Est sont précisés dans les états des lieux « Pauvreté et précarité dans l'Ain » (de 2010 et 2016) ainsi que dans le diagnostic local de santé réalisé par l'ORS sur les communes d'Oyonnax, Arbent et Bellignat : le Pays de Gex représente un territoire « favorisé » d'un point de vue socio-économique (malgré d'autres problématiques telles que la densité de professionnels et de structures de santé), alors que les cantons de Bellegarde, Nantua et surtout Oyonnax connaissent une précarité élevée voire très élevée (pour Oyonnax).

En conclusion de cette partie sur les données socio-économiques du département, on peut reprendre la carte proposée par la MRIE dans son rapport de 2016 (reprise aussi dans l'état des lieux sur la pauvreté et la précarité dans l'Ain) qui nuance l'approche par des indicateurs départementaux et illustre les contrastes infra-départementaux.



Classes

	Très âgée et pauvre, dépeuplée, logement vétuste
	Âgée et pauvre, éloignée, logement vacant
	Pôle d'activité mais précarité, habitat social
	Dans la moyenne, jeune, petite et en peuplement
	Dans la moyenne, jeune, plus peuplée et aisée
	En montagne, aisée mais emploi précaire
	Prosper et dynamique
	Communes de moins de 100 habitants

1.3 Approche des besoins par des données sur l'état de santé

L'observation de données relatives à l'état de santé de la population de l'Ain constitue une tentative pour approcher la population concernée par des problématiques de santé mentale. Si l'on reprend le périmètre de la santé mentale défini en introduction, on retiendra ici plus particulièrement les aspects « négatifs » de la santé mentale, à savoir :

1. La détresse psychologique et/ou la souffrance psychique ;
2. Les troubles psychiatriques et maladies mentales, se référant à des classifications diagnostiques ;
3. Le « handicap psychique », qui correspond à la notion de limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société.

Certains de ces aspects sont relativement objectivables et « quantifiables ». C'est le cas surtout pour la 2^{ème} catégorie des troubles psychiatriques et maladies mentales, auxquelles les classifications officielles – la Classification internationale des maladies (CIM10) et le DSM IV¹¹ – apportent un cadre permettant une certaine homogénéité de diagnostic (recherché pour le DSM IV). Précisons toutefois que cette homogénéité reste très relative – il s'agit là plutôt d'une fidélité inter-juges – compte tenu de la complexité de ces pathologies, de leur dimension fortement interpersonnelle, de leur origine multifactorielle (bio-psycho-sociale) et de la difficulté à formuler des diagnostics univoques.

Les deux autres « catégories » seront plus difficiles à appréhender par une approche quantitative, en particulier la première (détresse et souffrance) renvoyant à une définition très subjective et individuelle de la santé mentale et donc des besoins. Elle ne pourra être abordée qu'indirectement à travers un « prisme » de différents déterminants, caractéristiques et comportements.

Nous présenterons ainsi plusieurs indicateurs contribuant à décrire l'état de santé mentale dans l'Ain :

- des données sur les enfants et adolescents,
- la mortalité selon les causes (notamment le suicide),
- des estimations sur l'état de santé mentale et les symptômes dépressifs,
- la consommation de produits psychoactifs,
- le recours à l'offre psychiatrique,
- les affections psychiatriques,
- la maladie d'Alzheimer,
- les situations de handicap d'origine psychique,
- les majeurs bénéficiant d'un régime de protection.

tout en intégrant dans la mesure du possible des éléments plus qualitatifs.

¹¹ 4^{ème} révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – manuel de référence de l'American Psychiatric Association (APA)

Données sur les enfants et adolescents

• Déterminants sociaux de santé des enfants 0 à 6 ans

Il ressort de l'étude de l'ORS sur l'état de santé des 0-6 ans des données globalement « positives » pour l'Ain par rapport aux moyennes :

	Moins de 3 ans		3-5 ans	
	Ain	AURA	Ain	AURA
Part des familles monoparentales avec jeunes enfants	6,7%	8,9%	11,5%	13,9%
Part des enfants dont la famille n'a pas d'emploi	8,3%	11,2%	6,5%	10,2%

	Ain	AURA
Part des enfants nés de mères de moins de 20 ans en 2016	0,7%	1%
Part des enfants nés de naissances multiples en 2015	1,3%	3,1%

• Indicateurs de santé

Les données suivantes issues de l'étude de l'ORS ne sont disponibles qu'à l'échelle de la région. Elles précisent le pourcentage concerné d'élèves de 5 et 6 ans scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013 :

- Surcharge pondérale : 11,9%
- Dents cariées : 10,5%
- Consommation d'écran : 42,9% des enfants de grande section passent au moins 1h par jour devant un écran les jours de classe (Enquête DREES-DGESCO).

• Elèves en situation de handicap

A la rentrée scolaire 2015-2016, parmi les 2 488 élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements scolaires de l'Ain (1^{er} et 2nd degrés), **543 élèves présentaient des « troubles du psychisme »**, ceux-ci étant liés à un trouble autistique dans 39% des cas.

Ces 543 élèves représentaient près de 22% des 2 488 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, et seulement 0,5% de l'ensemble des élèves.

En revanche leur représentation parmi les élèves scolarisés au sein des établissements médico-sociaux est beaucoup plus forte (plus de 54%) qu'en milieu ordinaire : 576 jeunes présentant des troubles du psychisme sont scolarisés au sein des établissements médico-sociaux pour 1 046 jeunes en situation de handicap.

On peut en déduire le caractère excluant de ce type de troubles.

Source : Enquêtes 3, 12 et 32 – MEN – DEPP, Traitement CRDI et GEFCa

• Difficultés scolaires

Les données générales relatives aux difficultés scolaires traduisent une situation plus favorable dans l'Ain que dans la région.

	Ain	AURA
Part des jeunes de 17 ans ayant de faibles capacités ou de grosses difficultés en lecture* en 2015	7,3%	7,6%
Part des jeunes non diplômés au sein de la population des 20-24 ans non inscrite en établissement scolaire en 2013*	17,5%	18,3%
Taux des retards de 2 ans et plus en 3 ^{ème} (année 2015-2016)	1%	1,4%
Part d'élèves entrant en 6 ^{ème} avec au moins 1 an de retard (année 2015-2016)*	9,6%	9,6%
Taux de scolarisation des enfants de 2 ans (rentrée 2015-2016)	7,1%	11,4%

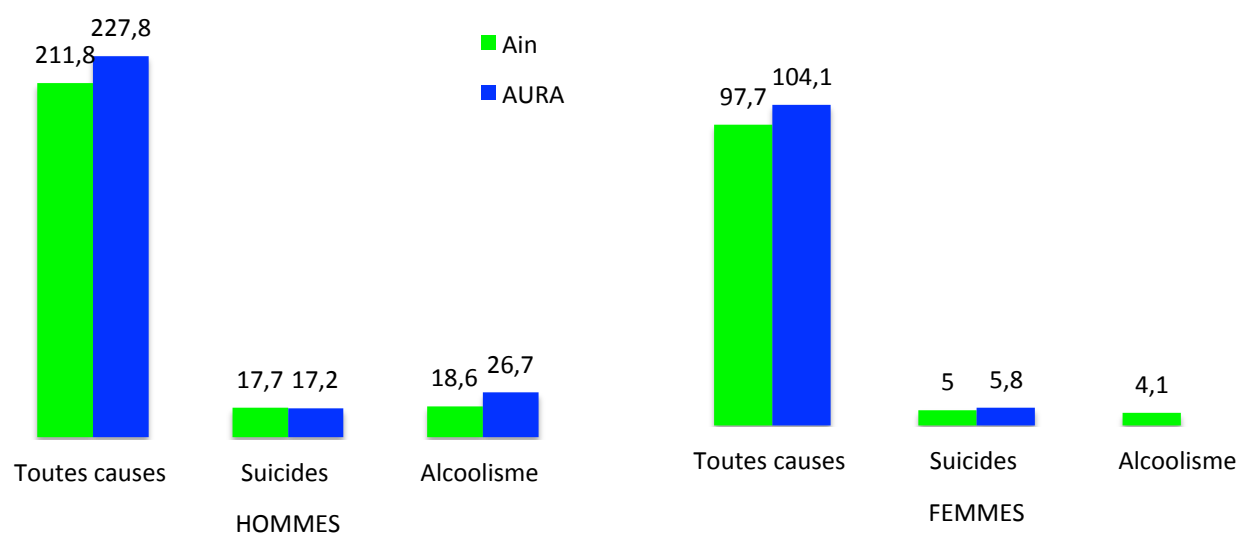
* Indicateurs sociaux départementaux

** Indicateur de suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Mortalité selon les causes

La mortalité prématurée apparaît moins importante dans l'Ain que dans l'ensemble de la région, à l'exception du taux de mortalité prématurée par suicide pour les hommes, légèrement supérieur à la moyenne Auvergne Rhône-Alpes.

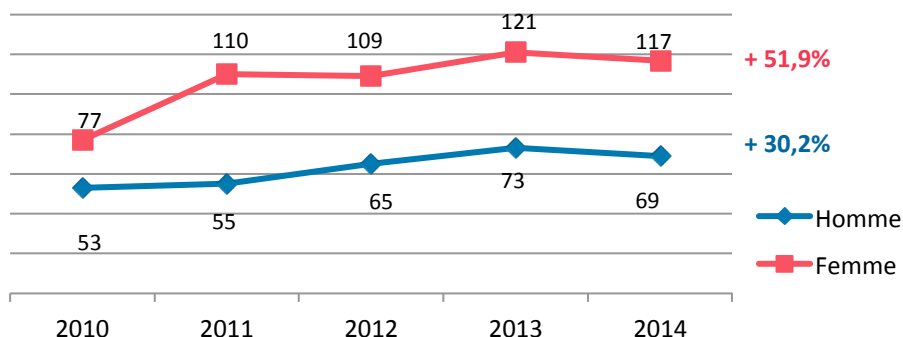
Taux comparatifs de mortalité prématurée : décès avant 65 ans pour 100 000 habitants (années 2011 à 2013)



Source : INSERM, CépiDc – Traitement GEFCa

• Les décès pour troubles mentaux et du comportement

Evolution des effectifs de décès pour troubles mentaux et du comportement dans l'Ain entre 2010 et 2014



On note **une augmentation très importante en valeur absolue** de cette cause de décès entre 2010 et 2014 : supérieure à 50% chez les femmes et de plus de 30% pour les hommes.

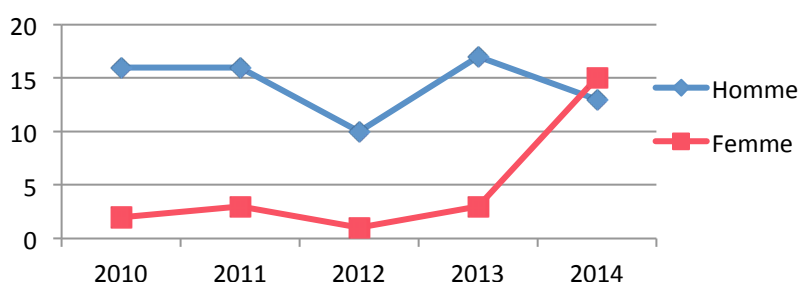
Source : INSERM – Cepi-DC / Traitement GEFCa

L'observation des taux standardisés de mortalité tous âges par troubles mentaux et du comportement (données 2015) indique :

- Pour les femmes : un taux départemental (26,8 pour 100 000 habitants) supérieur à celui de l'ex région Rhône-Alpes (24,2 pour 100 000) mais inférieur au taux auvergnat (29,3 pour 100 000) ;
- Pour les hommes : un taux départemental (29,7 pour 100 000) proche de Rhône-Alpes (29,4) et inférieur à l'Auvergne (39,4).

• Décès pour abus d'alcool

Evolution des effectifs de décès pour abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans l'Ain entre 2010 et 2014



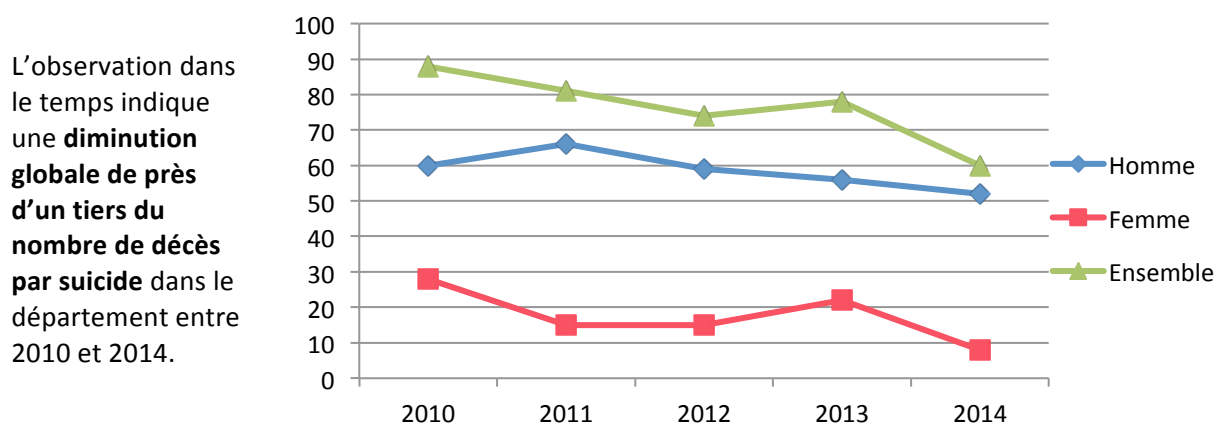
L'évolution sur 5 ans de ces données (disponibles à ce jour jusqu'à 2014 seulement) indique une augmentation importante du nombre de décès pour abus d'alcool chez les femmes (mais pour des données peu conséquentes en valeur absolue).

Source : INSERM – Cepi-DC / Traitement GEFCa

Les décès pour pharmacodépendance et toxicomanie seraient quant à eux extrêmement peu nombreux (seule une personne concernée chaque année entre 2010 et 2014, aucune en 2012).

• Décès par suicide

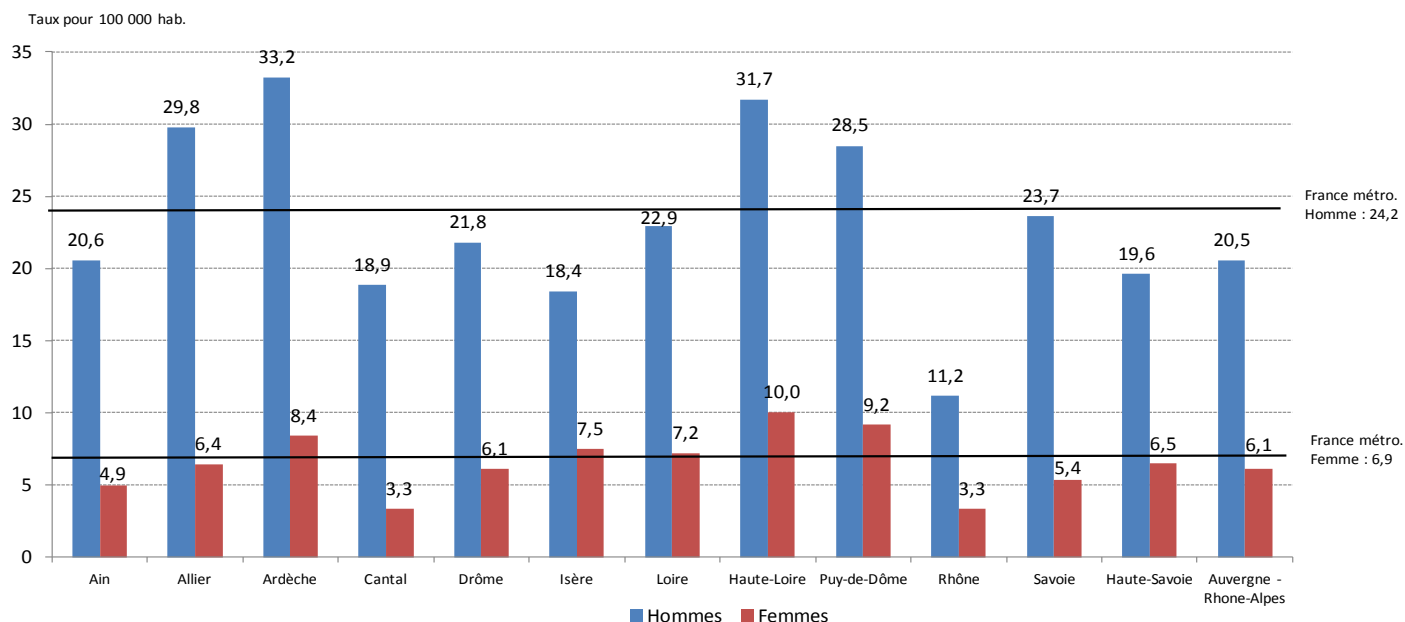
Evolution des effectifs de décès par suicide dans l'Ain entre 2010 et 2014



Source : INSERM – Cepi-DC / Traitement GECA

Pour situer l'Ain dans les départements de la région, ces données peuvent être complétées par celles du bulletin régional sur le suicide produit par l'ARS et l'ORS¹².

Taux annuels standardisés de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine, sur la période 2012 – 2014

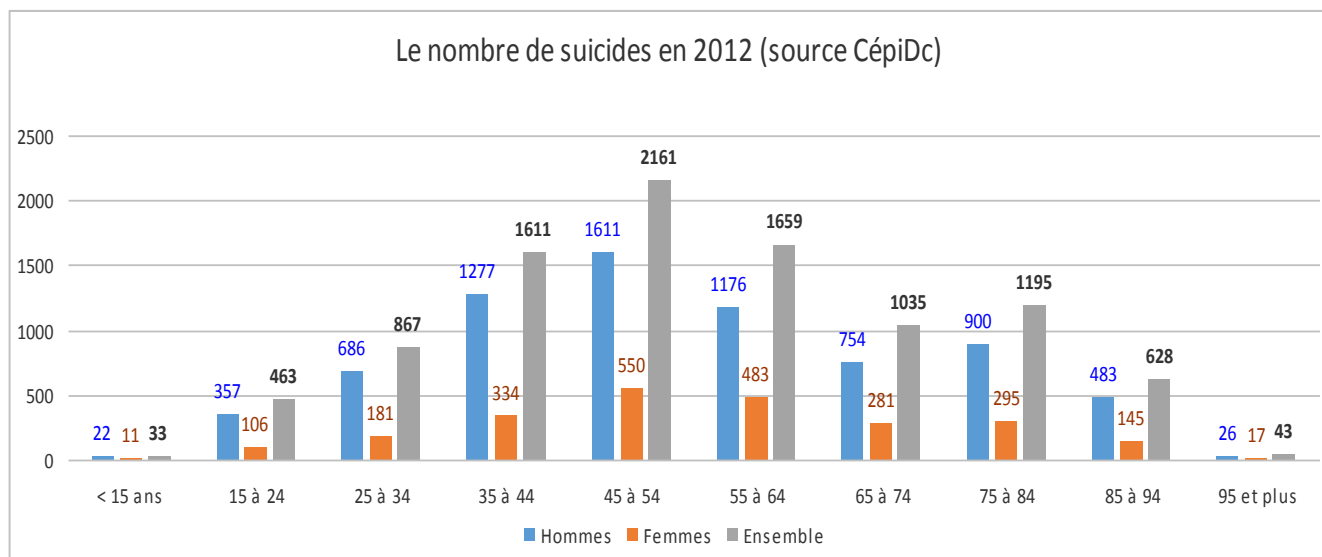


Sources : CépiDc-Inserm 2012-2014, Insee (RP 2012-2014), exploitation ORS

¹² Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes – bulletin n°4 (janvier 2018)

Les données par âge ne sont pas présentées pour le département, mais à l'échelle de la région leur observation fait apparaître des écarts importants selon l'âge et le sexe, avec :

- un suicide des jeunes qui reste rare ;
- **une forte prévalence du suicide chez les hommes en milieu de vie** (avec un « pic » à 20% des causes de mortalité chez les hommes de 30 à 40 ans).



Une étude européenne sur la santé mentale et la dépression

Le module PHQ-8 (*Brief Patient Health Questionnaire, Depression Module*), introduit pour la première fois en 2014 dans l'enquête européenne santé et protection sociale (EHIS-ESPS), **repose sur l'approche de la dépression retenue dans le DSM-IV** (voir ci-dessus en introduction). On peut ajouter que celle-ci, issue du DSM-III, retient une approche relativement commune et large, dépassant la dépression au sens « purement psychiatrique » de la pathologie (mélancolie).

Cette étude appréhende l'état de santé mentale des enquêtés, et plus précisément une éventuelle dépression, à partir de questions portant sur l'existence et l'intensité de symptômes évocateurs d'un épisode dépressif, recensés au cours des deux dernières semaines.

Ce module comporte 8 questions qui portent sur le manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses :

- la tristesse,
- la déprime ou le désespoir ;
- les troubles du sommeil ;
- la fatigue ou le manque d'énergie ;
- les variations d'appétit ;
- les difficultés à se concentrer ;
- l'estime de soi ;
- les difficultés à bouger ou parler, ou à l'inverse les éventuels surcroits d'activité.

Dans son dossier l'IRDES précise la modalité de mesure à partir de ces questions¹³.

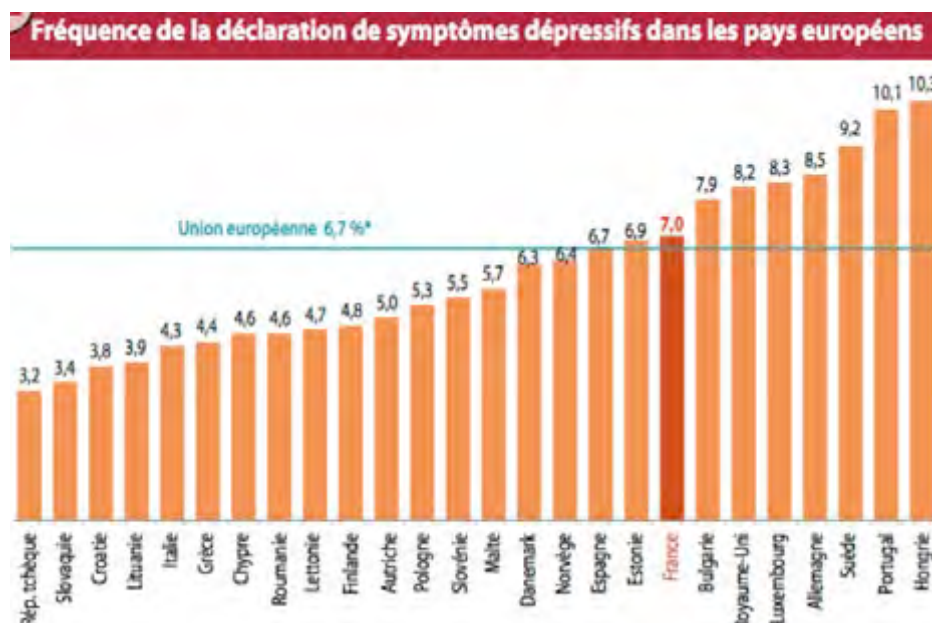
➔ À la différence de la déclaration d'une dépression parmi la liste des 15 maladies déclarées, le repérage des symptômes dépressifs à l'aide du module PHQ-8 ne nécessite pas que l'état dépressif soit identifié par la personne enquêtée.

➔ S'il interroge l'existence et l'intensité de symptômes dépressifs, le module PHQ-8 ne constitue pas un outil de diagnostic individuel, dont d'autres modules de santé mentale peuvent s'approcher.

➔ Il permet de qualifier la vulnérabilité d'une population à des symptômes dépressifs et de comparer des populations entre elles.

Les résultats présentés ci-contre ne sont disponibles qu'à l'échelle internationale et nationale.

La part des français déclarant des symptômes dépressifs apparaît légèrement au-dessus de la moyenne* des pays européens



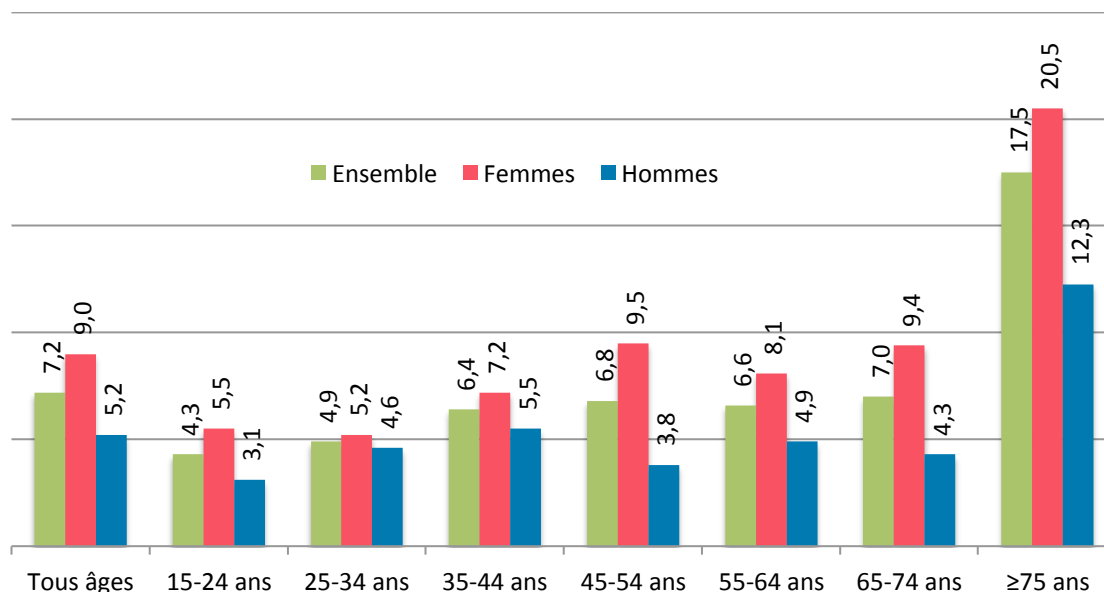
Source : Eurostat, EHIS 2014

* La moyenne « Union européenne » est estimée à partir des données de 26 pays – parmi les 28 pays européens – dont les données sur les symptômes dépressifs sont disponibles (Belgique et Pays-Bas non inclus).

Note : Les écarts entre les pays européens peuvent rendre compte de différents phénomènes : des fréquences distinctes des symptômes dépressifs, des effets de composition liés à l'âge de la population dans les pays, mais aussi des propensions distinctes à déclarer des symptômes à partir du questionnaire utilisé.

¹³ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf>

Fréquence de déclaration de symptômes dépressifs en France selon l'âge et le sexe



Source : Eurostat, EHIS 2014

Ces données ne sont pas propres au département, mais en les appliquant à la population de l'Ain, on peut estimer à **près de 45 000** le nombre de personnes, tous âges confondus, qui feraient l'objet de symptômes dépressifs.

Les résultats de l'étude traduisent notamment :

- un écart important entre les sexes sur le plan de l'expression des symptômes (écart moins marqué entre 25 et 34 ans) ;
- une corrélation peu évidente avec les données sur le suicide ;
- une **vulnérabilité beaucoup plus marquée après 75 ans**.

S'agissant de l'évolution des symptômes avec l'âge on peut estimer, en application des taux nationaux au département, à plus de 12 300 le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans qui seraient touchées par des symptômes dépressifs (dont 8 500 de plus de 75 ans).

Sur ce point peuvent être évoquées les données d'activité de la cellule de prévention de la détresse psychologique des personnes âgées de l'ADAG (voir ci-dessous) selon lesquelles seulement 133 situations étaient suivies en 2015 soit un peu plus de 1% seulement de la « cible » si on peut l'estimer ainsi approximativement.

Consommation de substances psychoactives

Ce terme recouvre différents types de produits, licites (médicaments, alcool, tabac) ou non (cannabis, cocaïne, ecstasy ...), dont la consommation produit des effets immédiats sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Ces effets varient selon les substances, les quantités, la fréquence et la durée de consommation, de manière modulée en fonction d'autres facteurs individuels et comportementaux.

Leur consommation est fortement corrélée à l'état de santé mentale, selon différents liens de causalité : leur consommation peut ainsi être consécutive à des problématiques psychiques et/ou psychiatriques, mais à l'inverse elle peut avoir des conséquences sur l'état de santé mentale et entraîner une dépendance. Ce lien très complexe ne saurait être analysé ici.

Recours à des traitements psychotropes

Les médicaments sont **une des réponses thérapeutiques** aux troubles psychiques et psychiatriques, en complément d'autres moyens, tels que les psychothérapies, l'accompagnement social, la mobilisation des ressources personnelles, la réhabilitation psychosociale, l'entraide mutuelle ...¹⁴

A ce titre, les traitements peuvent être considérés comme une ressource, mais nous prenons ici le parti de les prendre en compte en tant qu'indicateur de l'état de santé d'une population.

La consommation de traitements psychotropes pourrait en elle-même faire l'objet d'un état des lieux, en ce qu'elle n'est pas seulement liée à un état de santé individuel, mais également à des aspects économiques et sociaux complexes (notamment des modes de consommation plus collectifs, la disponibilité d'autres ressources en santé mentale, etc. ...).

Au regard des données quantitatives il apparaît que les habitants de l'Ain consomment globalement moins de traitements psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques) que la moyenne de la population française (les données ne sont pas disponibles pour la région).

Ces données ne permettent ici que de situer le département de l'Ain par rapport à la France, mais pas de préciser le nombre de personnes concernées dans le département.

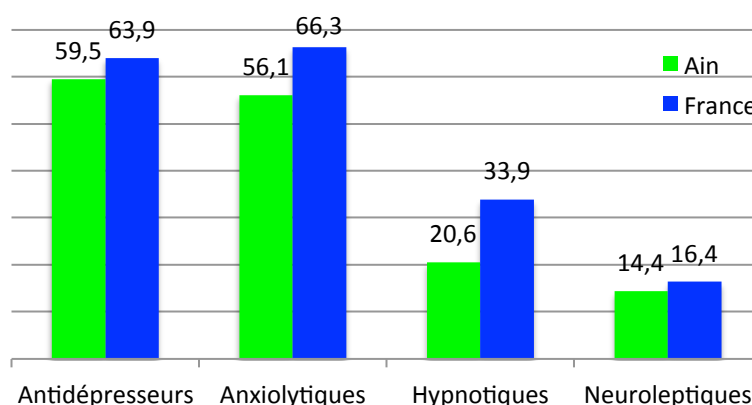
La France se caractérise de ses voisins européens par sa forte consommation de traitements psychotropes et des prescriptions « souvent non conformes aux recommandations de bonne pratique »¹⁵.

Nombre de personnes consommant des traitements psychotropes*

pour 1000 bénéficiaires de 18 à 64 du régime général de l'Assurance maladie.

** Il s'agit de traitements pris « hors pathologies », c'est à dire sans code diagnostic de pathologie psychiatrique retrouvé dans les 5 ans*

Source : SNIRAM 2015 / Traitement Cartosanté – Atlas santé mentale



Consommation de produits psychoactifs autres que médicaments psychotropes

Les données concernant la consommation de produits psychoactifs (drogues, tabac, alcool) ne sont pas disponibles à l'échelle du département.

Pour une approche régionale, voir le portrait de territoire¹⁶ établi par l'OFDT et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sur les consommations de substances psychoactives et l'offre médico-sociale.

¹⁴ <http://www.psycom.org/Brochures-d-info/Medicaments-psychotropes2>

¹⁵ Rapport de l'office parlementaire des produits de santé sur le bon usage des médicaments psychotropes (2006)

¹⁶ <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxolx6.pdf>

Données de recours à l'offre psychiatrique

Ces données ne sauraient être confondues avec les besoins de soins psychiatriques, mais leur observation constitue une approche des besoins par la consommation de soins. Celle-ci connaît une limite principale liée au fait que le recours aux soins est forcément conditionné :

- à l'offre, sa quantité, sa répartition, son accessibilité, sa réactivité (que l'on envisagera dans les parties suivantes) ;
- ainsi qu'à la capacité des personnes à exprimer une demande de soins (à l'exception des situations de plus en plus rares de soins sans consentement).

Dans l'Ain, les données de file active du CPA sur les deux dernières années font état :

- **d'un peu plus de 15 000 patients par an en ambulatoire** (ce chiffre concerne les personnes vues au moins une fois et ne présage pas de la mise en place d'un suivi à l'issue d'une 1^{ère} consultation),
- **un peu moins de 1 000 patients par an hospitalisés à temps plein uniquement** (les patients hospitalisés à temps plein et en ambulatoire sur une même année figureront dans les 15 000 ci-dessus).

Les affections psychiatriques

Les études épidémiologiques comparées montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France et qu'elle augmente.

Les données statistiques macro-épidémiologiques de santé mentale sont encore peu développées et manquent de précision. Pour autant, le « Livre Blanc » Handicap psychique de Rhône (repris par celui de l'Ain) mentionne différents travaux et enquêtes sur la prévalence vie entière des pathologies psychiatriques à l'échelle de la France faisant état de :

- environ 1,2 % de la population générale adultes pour les troubles bipolaires¹⁷
- près de 1% pour les troubles psychotiques délirants – dont la schizophrénie représenterait entre le tiers et la moitié¹⁵
- 1,6 % pour les troubles de l'humeur avec épisode maniaque¹⁸
- 2,8 % pour les syndromes d'allure psychotique¹⁶.

« Au total, les différentes sources statistiques sur la prévalence des troubles psychiques graves en population générale adulte sont suffisamment cohérentes pour que l'on puisse affirmer qu'elles représentent, toutes pathologies confondues, **au moins 5% de la population** dont 1% pour les psychoses décompensées chez le jeune adulte, surtout les schizophrénies. »¹⁹

Rapporté à la population adulte du département cela donne une estimation de près de 24 000 personnes dans l'Ain touchées par une pathologie psychiatrique. Ce chiffre ne tient pas compte de l'ensemble des problèmes de santé mentale tels que les troubles anxieux, du comportement, de l'humeur ou liés aux addictions.

¹⁷ selon les groupes de travail mis en place à l'occasion de la préparation de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹⁸ selon les enquêtes réalisées par l'OMS et la DREES

¹⁹ Livre Blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département de l'Ain – Coordination handicap psychique (Juin 2014)

ALD 15 et 23

Une Affection Longue Durée (ALD) exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à une prise en charge à 100% pour les soins liés à cette pathologie.

Sur une trentaine de pathologies figurant sur la liste de ces affections, nous retiendrons dans le présent état des lieux celles **directement et systématiquement liées à un problème de santé mentale** :

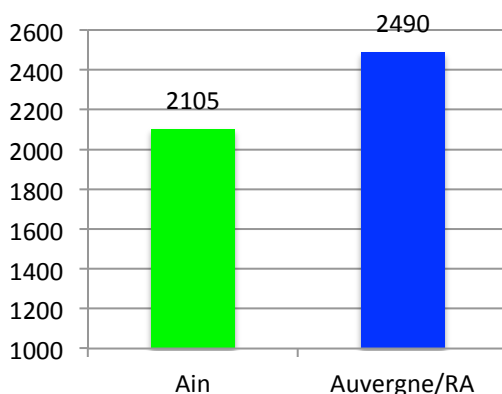
- maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)
- affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)

Il s'agit d'un parti pris ne tenant pas compte de la corrélation possible entre l'état de santé mentale et les autres ALD :

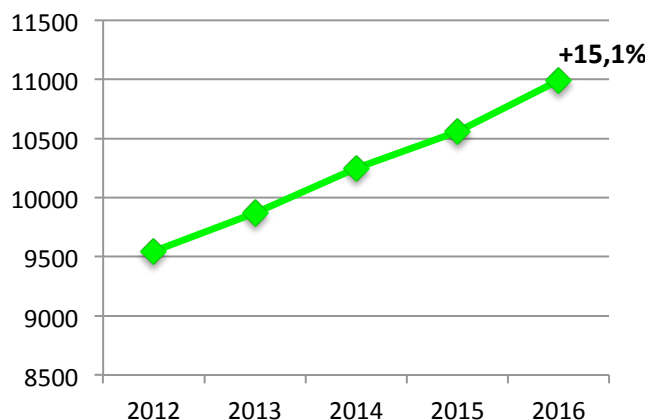
- certaines d'entre elles peuvent avoir des symptômes tels que des types troubles psychiques voire psychiatriques (notamment sclérose en plaques, AVC invalidant ...)
- pour toutes ces ALD exonérantes, le caractère durable, chronique et potentiellement invalidant peut avoir des conséquences plus ou moins importantes sur l'état de santé mentale des personnes touchées.

• Les « ALD 23 » : taux standardisés, prévalence et évolution

Taux standardisés d'ALD 23 pour 100 000 personnes protégées du régime général en 2016



Evolution du nombre de personnes de l'Ain prises en charge pour ALD 23, entre 2012 et 2016



Source : Ameli – Traitement GEPCA

En 2016, 10 990 personnes sont prises en charges au titre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) dans le département de l'Ain, soit près de 1500 de plus qu'en 2012.

- **Estimation de la prévalence des troubles du spectre autistique chez les enfants et jeunes de 0 à 19 ans**

Pour une approche quantitative, nous proposons d'appliquer les taux de prévalence préconisés par la haute autorité de santé (HAS)²⁰ :

- taux dit « conservateur » (correspondant à une fourchette basse) de 6 à 7‰ jeunes de 0 à 19 ans
- taux de TED avec retard mental de 2 à 3 ‰ jeunes de 0 à 19 ans.

→ En application de ces taux on peut estimer **entre 990 et 1160** le nombre de jeunes de 0 à 19 ans concernés sur le département, dont 330 à 405 avec retard mental.

Ces taux sont supérieurs à ceux estimés par le RHEOP (Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal), qui enregistre les déficiences sévères s'agissant de l'autisme²¹.

Le rapport 2016 du RHEOP établit des taux de prévalence des troubles du spectre autistique pour 1000 jeunes de 0 à 19 ans, calculé sur la période 2010-2014, de :

- 4,7‰ s'agissant des TSA
- 0,8‰ pour l'autisme atypique.²²

→ En appliquant ces taux au département de l'Ain on peut estimer à **776** le nombre de jeunes de 0 à 19 ans, et 132 pour l'autisme atypique.

La maladie d'Alzheimer

- **Estimation de la prévalence selon les études Eurodem et Paquid**

EURODEM (Lobo et coll., 2000) et PAQUID (Ramaroson et coll., 2003) sont deux études s'intéressant, via des suivis de cohorte, à la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées dans la population française âgée de plus de 75 ans (Paquid) et de plus de 65 ans (Eurodem).

En appliquant au département de l'Ain les taux de prévalence par âge et sexe issus de ces études, on peut estimer **entre 7 500 et 10 000 le nombre de personnes touchées par la pathologie dans l'Ain.**

Selon les données de référence :

- une forte majorité de femmes est touchée par la maladie d'Alzheimer ;
- environ la moitié des personnes malades est âgée de 85 ans et plus (ce taux varie de 40% pour les hommes à environ 60% pour les femmes).

²⁰ Synthèse sur l'état des connaissances sur l'autisme et les TED datant de janvier 2010

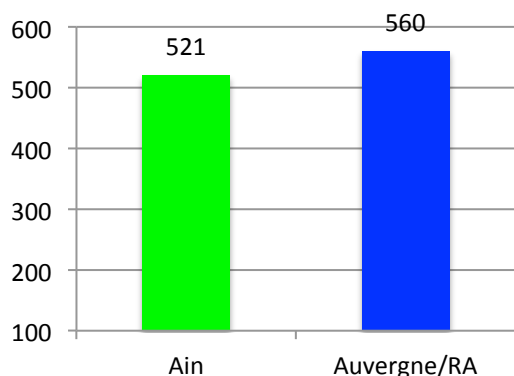
²¹ Premier registre de morbidité en France concernant le handicap de l'enfant, basé sur un recueil de données exhaustif dans 3 départements de Rhône-Alpes

²² Codes CIM 10 intégrés dans les enregistrements du RHEOP : F84,0 (autisme atypique), F84,5 (Asperger), autres TSA (autre sous-groupe dont l'autisme atypique à l'exclusion de F84,2 - syndrome de Rett - et de F84,4 - hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés : F84.1, F84.3, F84.8, F84.9)

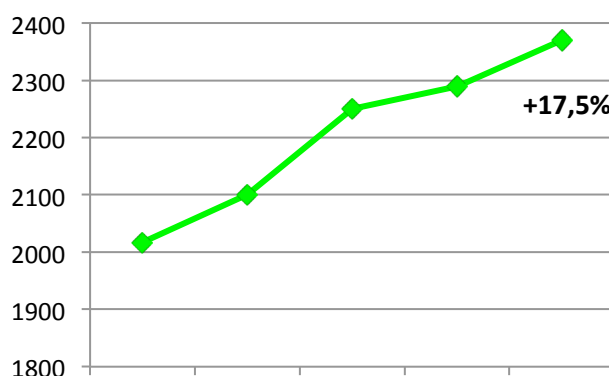
• Prévalence de l'ALD 15

Sont présentées ci-dessous les données concernant les personnes exonérées au titre d'une affection de longue durée de type « maladie d'Alzheimer et autres démences » (ALD 15).

Taux standardisés d'ALD 15 pour 100 000 personnes protégées du régime général en 2016



Evolution du nombre de personnes de l'Ain prises en charge pour ALD 15 entre 2012 et 2016



Source : Ameli – Traitement GEFA

En 2016, 2370 personnes étaient prises en charge pour une affection de longue durée « maladie d'Alzheimer et autres démences » dans l'Ain.

Les personnes en situation de handicap d'origine psychique

La notion du « handicap psychique » est apparue il y a plusieurs années – promue par l'UNAFAM et la Fédération Croix Marine – afin de faire reconnaître les situations de handicap générées par les troubles psychiques et de le différencier du handicap mental issu d'une déficience intellectuelle. Ce terme a été repris dans la loi du 11 février 2005²³, ce qui a enfin permis une meilleure visibilité des personnes qui en souffrent et de leurs besoins :

« Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subies dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions [...] psychiques [...] »

Cette reconnaissance ne fait pas obstacle au fait qu'il n'existe pas de véritable frontière entre les situations de handicap mental et de handicap psychique.

Nous nous appuyons ici essentiellement sur les données du « Livre blanc » de l'Ain précité, qui rappelle les différentes pathologies mentales pouvant être à l'origine d'un handicap psychique :

- les psychoses décompensées, en particulier les schizophrénies ;
- les troubles dépressifs graves associés à des états maniaques dans les maladies bipolaires ou à des troubles anxieux majeurs dans le cadre de personnalités dysfonctionnelles (états-limites par ex.) ;
- les troubles névrotiques graves comme les troubles obsessionnels envahissants, les phobies invalidantes voire les conversions hystériques et les troubles hypochondriaques (en particulier post-traumatiques) ;
- l'autisme et les troubles du spectre autistique ;

²³ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

- d'autres pathologies telles que syndromes frontaux ; certaines maladies neurodégénératives ; des démences liées à une maladie (type Alzheimer) ou à une cause toxique (en particulier d'origine alcoolique).

Le rapport de l'IGAS d'Août 2011 sur « la prise en charge des personnes handicapées psychiques » fait référence aux estimations des associations selon lesquelles 1% de la population française serait touché par un trouble psychique entraînant une situation de handicap.

En appliquant ce taux à la population du département, on peut estimer à **environ 6 260** le nombre de personnes en situation de handicap d'origine psychique dans l'Ain.

D'un point de vue plus qualitatif, l'approche des besoins concernant les situations de handicap psychique a été largement développée dans différents documents départementaux (Livre Blanc et schéma handicap), ou nationaux (travaux de la CNSA, de l'ANCREAI et du CDIAS notamment ...).

Les différents rapports et études soulignent avant tout les difficultés rencontrées par les personnes directement concernées (dont les aidants), du fait de l'imprévisibilité et de la forte variabilité de ces troubles, avec des atteintes importantes de la volition et de la relation. Ces « situations de handicap » souvent d'une extrême complexité illustrent de manière assez exemplaire l'approche situationnelle du handicap retenue par la loi de 2005, avec des restrictions importantes de la vie sociale et des problématiques d'isolement elles-mêmes génératrices de difficultés.

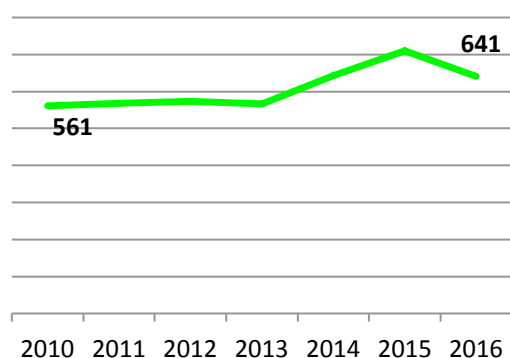
Les personnes majeures relevant d'une mesure de protection juridique

Le lien entre protection juridique des majeurs et santé mentale ne sera pas analysé ici, pour autant les données relatives à la protection juridique peuvent donner des indications sur l'état de vulnérabilité des personnes concernées – mais également sur une éventuelle tendance de notre société à vouloir protéger ces personnes.

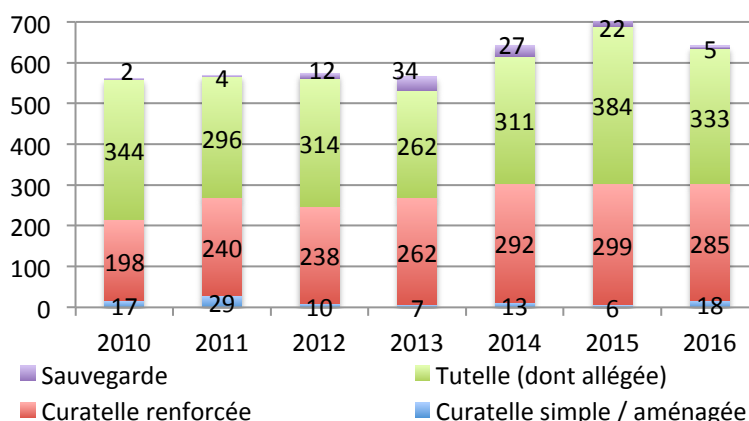
En 2016, ce sont **3 450 majeurs** qui font l'objet d'une mesure de protection juridique. En 2008 ils étaient 2 620, soit une augmentation de près d'un tiers.

Les données concernant les nouvelles mesures prononcées (soit les **flux**) indiquent une progression de 14,26% entre 2010 et 2016. Pour la région Auvergne Rhône-Alpes cette évolution est de +31,28%. Ce sont les mesures de curatelle renforcée qui ont le plus augmenté (près de 50% entre 2010 et 2016).

Evolution du nombre de mesures de protection juridique ouvertes dans l'Ain



Répartition des mesures nouvelles par type de protection



Source : Ministère de la Justice / SG / SEM / SDSE / Exploitation statistique du Répertoire Général Civil - Traitement GEFCFA

2. LES RESSOURCES DU DEPARTEMENT

Ainsi qu'indiqué en préambule, l'observation des ressources en santé mentale ne portera ici que sur un certain nombre et certains types de ressources contribuant à la santé mentale au sens large.

S'appuyant sur le guide de l'ANAP, le présent état des lieux les envisagera selon trois grands types de ressources :

2.1 Les professionnels de santé	P. 42
2.2 L'équipement sanitaire, social et médico-social concourant à la santé mentale	P. 49
2.3 Les dispositifs de coordination.	P. 86

Nous proposons à la fin de cette partie une présentation synthétique des ressources sur les 4 territoires des secteurs de psychiatrie générale avec 2 schémas :

- les ressources pivots et coordinations,
 - les ressources spécialisées.
- P. 93**

2.1 Une démographie alarmante des professionnels de santé

L'Ain se caractérise par une densité médicale très déficitaire, voire une « désertification ». Cette situation durable représente aujourd'hui un problème de santé publique et concerne non seulement l'exercice libéral mais aussi hospitalier (en particulier la psychiatrie) ainsi que la médecine scolaire et sociale. Ce problème a fait l'objet de plusieurs alertes, de la part de représentants des médecins, de l'ancien président de la commission médicale du CPA, de représentants de la Commission spécialisée en santé mentale, etc. ...

Le contexte français général de démographie médicale, tout particulièrement en psychiatrie, serait ici aggravé par la situation peu attractive du département au regard des deux grands pôles – Lyon et Genève – qui l'entourent.

L'ARS, le Conseil départemental et les collectivités locales poursuivent des efforts d'attractivité de ces professionnels, par exemple par des mesures d'aide à l'installation des étudiants en médecine, d'amélioration de l'accueil de stagiaires en PMI, d'aide aux financements des Maisons de Santé Pluridisciplinaires, d'aide aux collectivités locales dans l'organisation des soins de premiers recours ...

D'autres préconisations concernent l'aide à l'installation d'autres professions déficitaires (orthophonistes libéraux, par le biais de bourses d'installation) ainsi que le renforcement de la coordination sanitaire et médico-sociale ou encore du temps partagé ville-hôpital. Le zonage de médecine générale 2018 établi par l'ARS²⁴ se base sur trois catégories de territoire permettant de

²⁴ <https://fr.calameo.com/read/004691508a8ec71d2ec89>

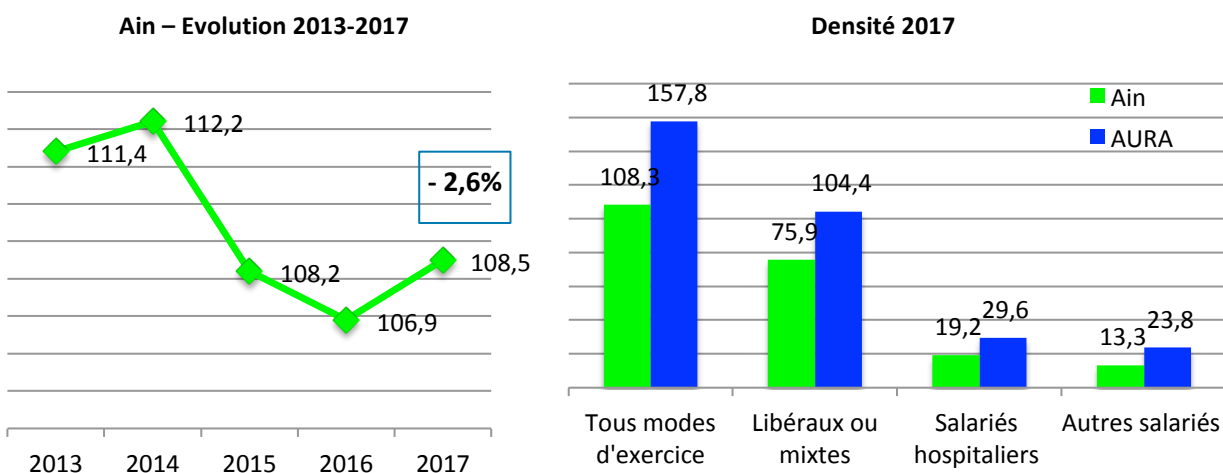
graduer le niveau d'accès aux soins du territoire et ainsi déterminer le type d'aides financières notamment qui pourront être accordées.

Ces données de contexte, précisées en chiffres ci-dessous, étant soulignées, il s'agit d'envisager de quelle manière un projet territorial de santé mentale peut contribuer à identifier des pistes d'actions collectives pour permettre d'aller au-delà de ce constat de carence. Un obstacle inévitable mais dépassable ?

Les médecins généralistes

La densité de médecins généralistes décrit comme partout en France une diminution au fil des ans.

Densité* de généralistes (ensemble des modes d'exercice) pour 100 000 habitants

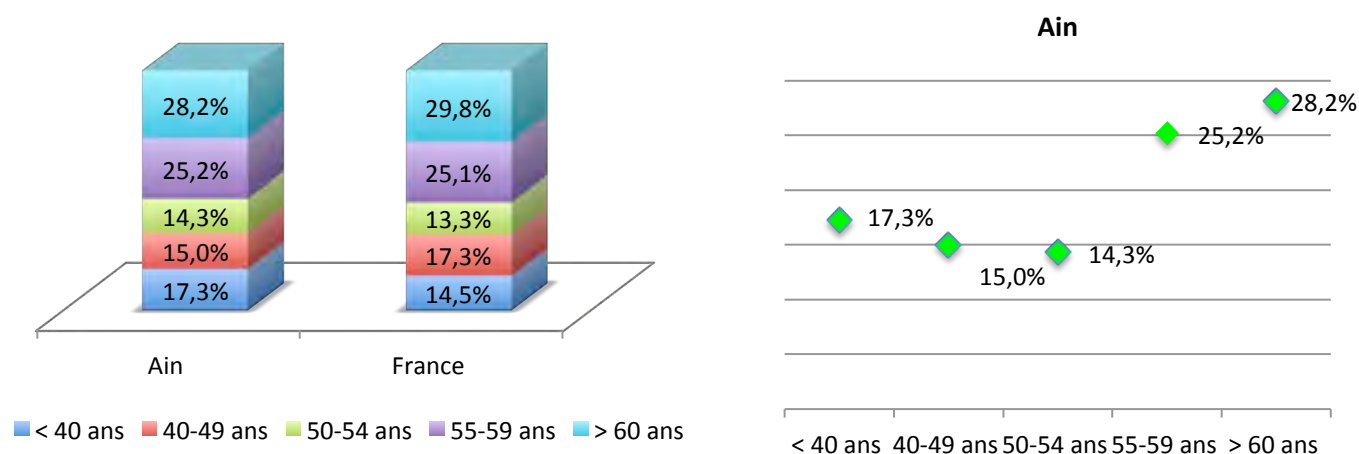


Source – RPPS, INSEE 2017 – Traitement GEFCa

* La densité est exprimée ici en nombre de médecins et non en ETP

A ce jour la densité de médecins dans l'Ain est très inférieure (de près d'1,5 fois) aux moyennes régionale et nationale. La pyramide des âges des médecins (tant dans le département que sur l'ensemble du territoire) laisse penser que la faiblesse et la diminution de densité s'accroîtront.

Répartition des omnipraticiens selon leur âge



Source : FNPS – 2016 – Traitement GEFCa

• **Généralistes libéraux**

En 2017 le département compte environ 420 médecins généralistes exerçant en libéral.

Les médecins libéraux exercent de plus en plus dans le cadre de **maisons de santé pluridisciplinaires**, au nombre de 27 sur le département (*voir ci-dessous dans la partie « ressources de la coordination » et la cartographie des MSP en annexe*).

Il convient de rappeler ici l'importance du rôle des généralistes libéraux et plus particulièrement du médecin traitant en matière de santé mentale, tant en termes de dépistage, d'orientation, d'accès aux soins, que de prévention et de traitement des situations de crise, ainsi que d'organisation des parcours. L'importance de ce rôle (souvent qualifié de pivot) suppose un lien effectif, de confiance et de co-responsabilité entre médecin traitant et médecin psychiatre dans l'organisation du suivi des personnes.

Le rapport de M. Laforcade cité à plusieurs reprises décrit bien dans leur multiplicité et leur complexité les causes et les effets de liens très insuffisants entre généralistes et spécialistes. Plusieurs de ces constats sont également ressortis des entretiens, notamment le manque de (re)connaissance réciproque et son corolaire le peu de d'échanges, d'une manière générale sur les fonctionnements respectifs et plus particulièrement sur les situations des patients suivis (prescriptions, parcours, sorties d'hospitalisation ...)

Sur ce point des progrès importants sont attendus et pourront s'inscrire dans un projet territorial de santé mentale.

• **Médecins scolaires**

Les missions du médecin scolaire, dont le rôle est essentiel dans une optique de santé publique et d'approche positive et préventive de la santé mentale, sont définies par une circulaire du 10/11/2015 et un arrêté du 03/11/2015.

- il réalise le bilan de santé obligatoire lors de la 6^{ème} année ;
- il identifie les besoins de santé spécifiques de son secteur ;
- il contribue à la formation continue des professionnels ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des parents ;
- il participe aux tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves.

En pratique et au regard de la densité de médecins scolaires sur le département (moins de 4 médecins sur 12 postes prévus au niveau de la Direction des services de l'Education nationale de l'Ain), le bilan de santé obligatoire de la 6^{ème} année est assuré pour moins de 10% des élèves.

Ce constat est aggravé par une impossibilité de recourir à des médecins retraités contractuels de plus de 67 ans (alors que cette limite est située à 73 ans dans la fonction publique hospitalière).

Plusieurs études et rapports pointent ce déficit de professionnels médicaux, notamment l'étude sur la santé du jeune enfant en Auvergne-Rhône-Alpes conduite récemment par l'ORS pour l'ARS,²⁵ qui note ainsi que l'Ain est très défavorisé en matière d'offre de soin autour du jeune enfant.

²⁵ « La santé des enfants de 0-6 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : Etat des lieux à partir des données exploitables » ORS AURA (Décembre 2017)

Densité de médecins pour 1000 enfants de 0 à 9 ans

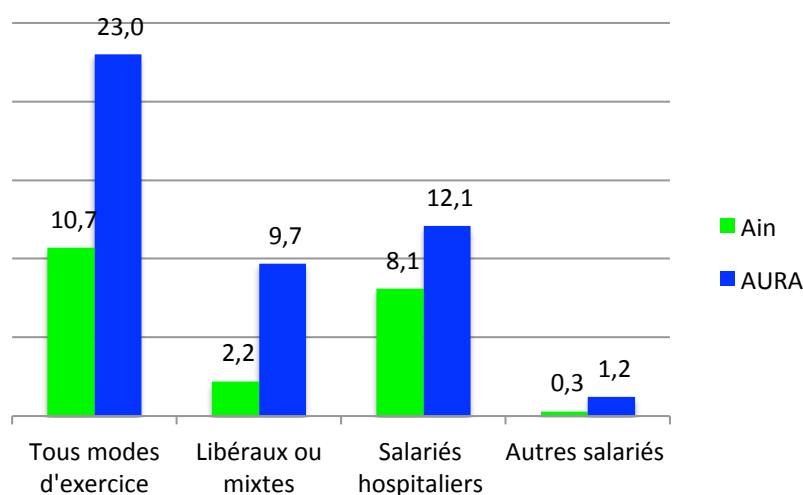
	Ain	AURA
Généralistes	8	12,6
Médecins de santé publique et médecine sociale	0,1	0,9
Pédiatres	0,4	0,2

Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) 2016, INSEE, exploitation ORS

Les médecins psychiatres

La densité des médecins psychiatres semble plus alarmante encore que celle des généralistes. Dans l'Ain, elle est plus de deux fois inférieure aux densités régionale et nationale.

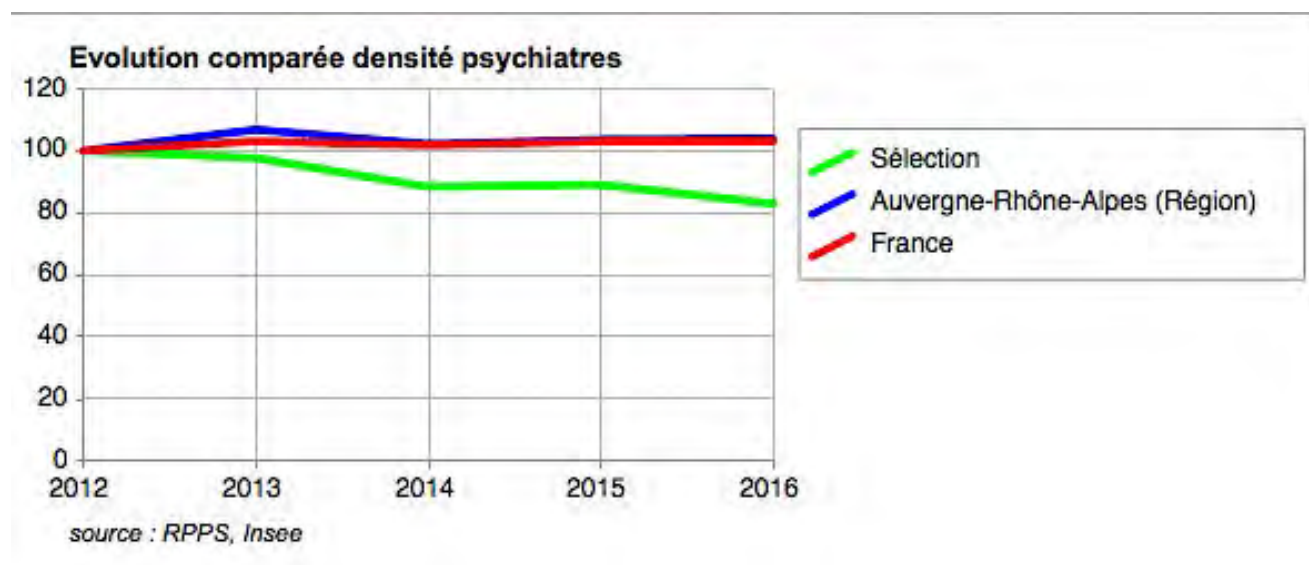
Densité de médecins psychiatres pour 100 000 habitants*



En termes de densité de psychiatres, les densités régionales sont très proches des moyennes nationales (sauf pour les salariés hospitaliers, la densité moyenne en France étant de 11,4 pour 100 000 habitants).

Source : RPPS, INSEE 2016

* La densité est exprimée ici en nombre de médecins et non en ETP



- **Psychiatres libéraux**

L'Ain compte moins de quinze psychiatres exerçant en libéral :

- 5 d'entre eux exercent sur le territoire du secteur Sud,
- 4 sont à Bourg ou à proximité,
- 3 sont implantés à l'Est du département, à proximité de la Suisse (Bellegarde-sur-V., Ferney, Divonne),
- le territoire Ouest n'en compte que 2.

Ils exercent pour 4/5 en secteur 1 (contre moins de 70% en Auvergne Rhône-Alpes). Ils sont plus âgés que la moyenne régionale : près de 70% d'entre eux ont plus de 55 ans (contre 62% en AURA).

- **Psychiatres hospitaliers**

Les psychiatres hospitaliers ne sont qu'une cinquantaine sur le département – soit une densité de 8,1 pour 100 000 habitants. Le CPA (seul acteur de la psychiatrie sur le département jusqu'en mai 2018) compte de nombreux postes de psychiatres non pourvus.

On peut citer ici un extrait de l'interview de la Présidente de la CME dans un article de Médiapart²⁶ : *« Nous sommes 44 psychiatres, 9 postes sont vacants, nous en sommes réduits à faire appel à des intérimaires. Il n'y a plus de psychiatre en ville sur lesquels s'appuyer, et même de moins en moins de généralistes. La charge de travail est grandissante. J'ai sondé les médecins : leur seul vécu positif tient aux bonnes relations avec les équipes. »*

Reste à voir si la clinique psychiatrique de Chatillon-en-Michaille ouverte en avril rencontrera les mêmes difficultés de recrutement.

Les autres professionnels

Les densités des autres professionnels sont également inférieures dans l'Ain aux moyennes régionales. Seront évoqués ici les psychologues, infirmiers et orthophonistes.

- **Les psychologues**

Parmi les pistes évoquées pour rationaliser la ressource déficitaire en médecins psychiatres, apparaît logiquement celle du transfert de compétences vers d'autres professionnels, en particulier les psychologues.

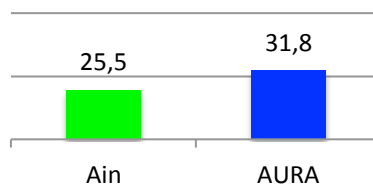
La principale limite est celle de l'accès financier (pour le libéral) qui tend à trouver des adaptations avec l'expérimentation sur le financement de consultations de psychologue par l'assurance maladie.

Un autre frein à cette orientation est d'ordre légal : les psychologues ne sont pas des professionnels de soins, ils ne peuvent pas prescrire ni suivre les programmes personnalisés de soins (après hospitalisation sous contrainte).

Enfin, il s'avère que les psychologues sont eux aussi sous-représentés dans le département de l'Ain.

²⁶ C. Coq-Chodorge : « Les patients d'un hôpital psychiatrique retrouvent un peu de liberté » (Médiapart du 27/06/28)

En exercice libéral,
la densité des psychologues
est de 25,5 pour 100 000 habitants
(31,8 pour AURA).



Source : RPPS – INSEE 2016

La densité de psychologues hospitaliers (de l'ordre de 8,95 ETP pour 100 000 habitants) semble elle aussi problématique, limitant – mais de manière très variable selon les CMP – la fréquence et la durée moyennes des séances de psychothérapie proposées au CPA.

• **Infirmiers**

Depuis le décret de 1992 fusionnant les deux diplômes d'Infirmier diplômé d'État et d'Infirmier de secteur psychiatrique, cette dernière profession est « en voie d'extinction ».

La densité d'infirmiers DE (libéraux ou mixtes), comme pour les autres professionnels, est inférieure dans l'Ain (160 pour 100 000 habitants au 01/01/16) à la moyenne régionale (195 / 100 000).

• **Orthophonistes**

Au 1^{er} janvier 2016 l'Ain comptait 161 orthophonistes libéraux ou mixtes, soit une densité de 26 pour 100 000 habitants, là encore très inférieure à la moyenne régionale (34 / 100 000).

• **Remarque à propos des professionnels**

La thématique de la santé mentale semble encore marquée par le poids des médecins : quand on parle santé mentale, on pense d'abord psychiatre, puis médecin.

Il est nécessaire autant que difficile de prendre en compte les attentes mais surtout les représentations relatives à la psychiatrie et de les confronter à la réalité du soin.

« Quand un travailleur social sollicite le CMP et que la personne est vue par un infirmier, le travailleur social considère qu'elle n'a vu personne ». (Extrait d'un entretien)

Or en présence d'un problème de santé publique tel que celui de la démographie des médecins psychiatres dans l'Ain, et au regard des évolutions des politiques publiques et des pratiques, il apparaît nécessaire de « changer le paradigme des médecins ». Le nouveau projet du CPA prévoit en ce sens le développement de protocoles de coopérations entre soignants ou d'autres formes de délégation de compétences et transfert de tâches, à envisager entre médecins psychiatres, IDE et psychologues en définissant le cadre nosographique et la responsabilité partagée. Une telle modification du positionnement médical, vers une expertise de seconde ligne et / ou centré sur la prescription et la coordination n'est pas anodin et peut générer certaines résistances.

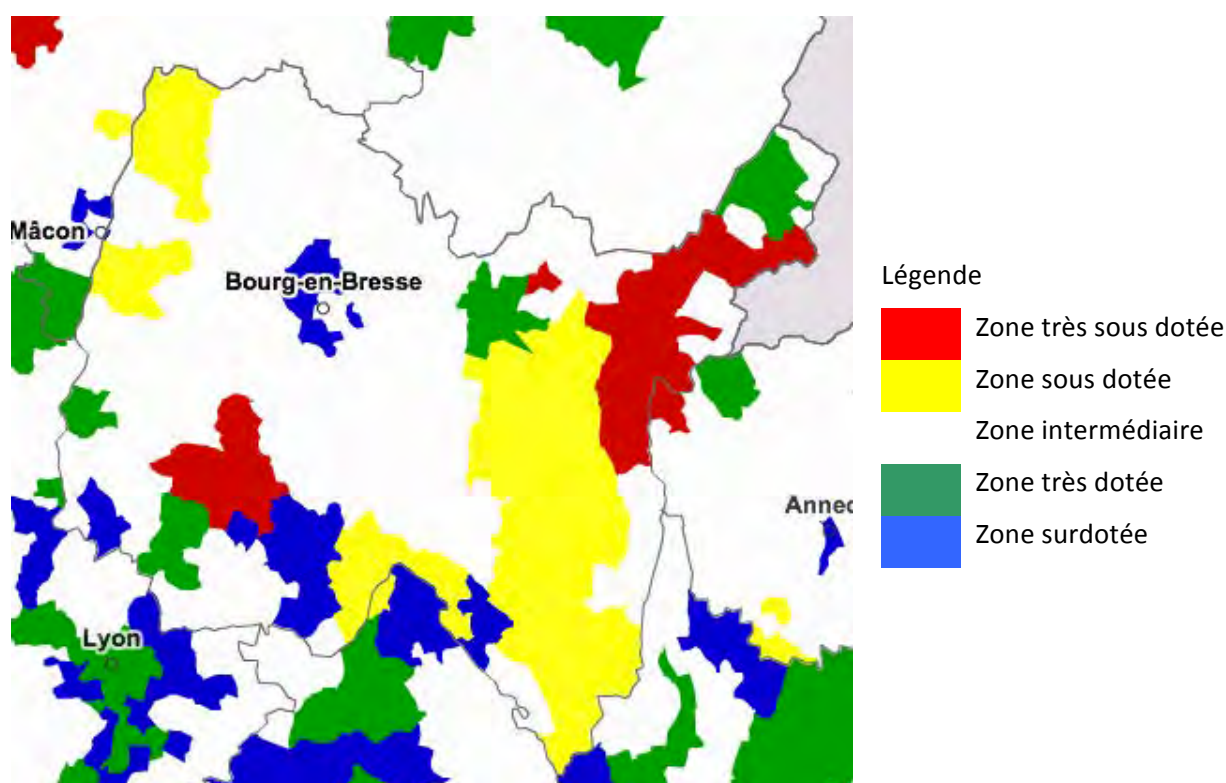
Au delà des aspects réglementaires, cette évolution implique bien un changement de culture inhérent à la santé mentale, que pourra utilement accompagner un projet territorial.

Approche territoriale

A une échelle géographique plus fine se pose la question de la répartition des ressources sur le territoire avec des zones déficitaires et des problématiques d'accessibilité.

Sur le département, le territoire correspondant au secteur « Est » se trouve dans la situation la plus grave en termes de ressources de professionnels de santé. Plus localement, certaines zones semblent sous-dotées au regard des densités. Voir en ce sens l'extrait ci-dessous de Cartosanté faisant apparaître de très rares zones correctement dotées sur le département (Bourg, Meximieux), la majeure partie de l'Ain étant « sous dotée » voire « très sous dotée » (Pays de Gex, Dombes), ou au mieux classée en « zone intermédiaire ».

Ce constat peut être relié avec les questions de transports et d'accessibilité. Un adhérent du GEM La Côtère s'inquiète : « A la fin de l'année il n'y aura plus de médecin à Montluel ... Il faudra aller à Dagneux, pas très loin mais sans voiture c'est compliqué. Pourtant Montluel c'est quand même 7 000 habitants ! ».



Source : Cartosanté

2.2 L'équipement sanitaire, social et médico-social

Il s'agit d'une partie très conséquente, au regard de l'étendue du champ de la santé mentale, de la multiplicité et de la complexité de l'offre institutionnelle relevant des champs sanitaire, social et médico-social.

La présentation de l'équipement se heurte forcément à un double écueil, celui d'un « effet catalogue » inhérent à l'exercice d'état des lieux des ressources, et celui de l'imprécision et de l'absence d'exhaustivité (ne sont par exemple pas abordées ici les structures relevant de la justice, alors que concernées par les questions de santé mentale).

Les principaux intérêts recherchés ici sont de contribuer à :

- une amélioration de la connaissance des ressources par les différents acteurs concernés et au développement d'une culture commune et globale de la santé mentale ;
- une identification des dynamiques et des manques, dans la perspective du diagnostic territorial.

En termes de présentation, différentes options sont possibles, pour lesquelles il s'avère souvent difficile de tenir une logique jusqu'au bout, et ne permettant pas toujours une lisibilité des ressources qui doit pourtant être recherchée dans un tel travail d'état des lieux, ayant vocation à constituer une base de travail pour les acteurs en amont du diagnostic.

Nous proposons une présentation combinant les approches de la circulaire, citée en préambule, relative au projet territorial de santé mentale (en particulier son annexe 2 sur le recueil de données dans le cadre du diagnostic), et de l'ex-mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM).

Malgré un souhait de transversalité dans l'état des lieux en santé mentale, l'entrée principale envisagée dans la présentation de l'équipement est une entrée par public, avec une dimension chronologique et prenant en compte certains publics spécifiques.

Secondairement et à l'intérieur de cette entrée par public seront prises en compte des approches complémentaires :

- **par dimension de vie et de besoins** (en référence à la CIF et à une approche de santé publique),
- **par territoire** lorsque les éléments disponibles le permettent.

Sont intégrés dans cette partie les projets, perspectives de développement et pratiques en termes d'articulation et de coopérations.

Le plan ainsi proposé pour décrire l'équipement sanitaire, social et médico-social est le suivant :

- | | |
|---|--------------|
| A. L'offre destinée à l'enfance et la famille | P. 50 |
| <i>Petite enfance et périnatalité (Prévention, dépistage et diagnostic précoces ; soutien à la parentalité)</i> | |
| <i>Enfance et adolescence (prévention ; scolarisation ; aide sociale à l'enfance ; offre médico-sociale ; pédopsychiatrie)</i> | |
| B. Adultes | P. 63 |
| <i>Le soin – la psychiatrie, l'addictologie</i> | |
| <i>La réhabilitation avec les ressources de l'accompagnement au logement, à l'emploi, à la vie sociale, la participation et la citoyenneté</i> | |
| C. Publics spécifiques | P. 79 |
| <i>Personnes âgées ; personnes porteuses de troubles du spectre autistique ; personnes en situation de précarité ; migrants ; personnes détenues.</i> | |

A. L'équipement destiné à l'enfance et la famille

La politique enfance – famille dans l'Ain

On peut en introduction de cette partie évoquer le rôle important du Conseil départemental, désigné « chef de file » en matière d'action sociale par la loi du 27 janvier 2014²⁷.

Deux schémas départementaux « Naître, grandir et s'épanouir dans l'Ain » et « Enfance-famille : de la prévention à la protection » définissent un axe de cette politique départementale pilotée par le Conseil départemental, en partenariat avec les services de l'Etat (Cohésion sociale, Education nationale), la CAF, la MSA, l'ARS. La prévention se situe en première place de cette politique.

Le schéma « Naître, grandir et s'épanouir dans l'Ain » 2015-2020 comporte 4 orientations relatives à la Petite enfance, la parentalité, la réussite éducative, la citoyenneté.

Le schéma « Enfance Famille » retient quant à lui 3 axes :

1. Promouvoir la santé des enfants, des jeunes et des familles,
2. Accompagner les jeunes à se sentir bien,
3. Améliorer la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques en protection de l'enfance.

Plusieurs actions phares de ces schémas sont en lien direct avec la santé mentale dans sa conception globale et positive :

- ⇒ mettre en place une formation sur la sexualité des enfants et des adolescents pour les personnels des Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), enfance, assistants familiaux et Maisons d'enfants à caractère social (MECS),
- ⇒ développer une équipe mobile avec le Centre psychothérapique de l'Ain (CPA) pour la prise en charge des jeunes ou des adolescents en période de crise, de détresse psychologique,
- ⇒ expérimenter du temps de psychologue (en prestation de service) en direction des familles avec enfants de moins de 6 ans visant à travailler le lien parent – enfant, sur le territoire de 3 Maisons départementales de la Solidarité,
- ⇒ développer les actions collectives de prévention, type Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), animations de salle d'attente de consultations Protection maternelle et infantile (PMI) ...
- ⇒ mettre en place une offre spécifique d'accompagnement des primo-parents,
- ⇒ créer un protocole de fonctionnement entre la protection de l'enfance et la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour améliorer la coordination,
- ⇒ développer des actions de sensibilisation à la lecture en collaboration avec la Direction de la lecture publique.

Source : Conseil départemental de l'Ain

²⁷ Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles

Petite enfance et périnatalité

• L'offre en terme de prévention – dépistage et diagnostic précoces

Etat des lieux

Le service de protection maternelle est infantile (PMI) du Conseil départemental peut être mentionné ici en tant que principal acteur de la prévention et du dépistage précoce.

Le service de PMI comporte des médecins et infirmières de puériculture ainsi que des sages-femmes. Ses missions comprennent notamment :

- des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière ;
- l'agrément, le suivi et la formation des assistantes maternelles ;
- le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.

Un bilan de santé des enfants de 3-4 ans doit être réalisé pour diagnostiquer des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant.

D'autres acteurs ont été recensés dans le cadre d'études conduites pour l'ARS à l'échelle régionale.

	Implantation / couverture	Capacité / activité
Maternités niveau 1	CH du Haut Bugey – Oyonnax	646 naissances en 2014
	CH de Belley	472 naissances en 2014
	Clinique d'Ambérieu-en-Bugey	907 naissances en 2014
Maternité niveau 2B	CH de Fleyriat – Bourg-en-Bresse	2 204 naissances en 2014
<i>Le département ne compte pas de maternité de niveau 3 (avec service de réanimation néonatale) Le nombre de naissances dans les maternités de l'Ain est très inférieur à celui des naissances domiciliées Le territoire du secteur Ouest ne compte aucune maternité</i>		
Réseau de périnatalité	Aurore sur l'ensemble du département (sauf l'Est)	
	RP2S à l'Est du département (Belley / Pays-de-Gex)	
Réseau de suivi	Ecl'Aur sur l'ensemble du département (sauf l'Est)	
	Devenir (RP2S) à l'Est du département (Belley / Pays-de-Gex)	
PMI (consultations, bilan 3-4 ans)	Couverture départementale Implantation dans les MDS et les PAS Interventions en milieu hospitalier et scolaire	2012 : > 8 260 personnes reçues en permanence de puer. > 6 358 enfants examinés (bilans < 6 ans)
Service de santé scolaire (bilan 5-6 ans)	Tous les établissements : Repérage systématique par les enseignants Visite infirmière (environ 89% des 5-6 ans) Consultation médecin scolaire (16% environ)	<i>Voir les parties ci-dessus sur les professionnels de santé et ci-dessous sur l'Education nationale</i>

CAMSP	Bourg-en-Bresse (APF)	65 places
	Ferney-Voltaire (antenne APF)	34 places
	Nantua (antenne APF)	20 places
	Ambérieu-en-Bugey (Entr'aide universitaire)	32 places
CMP II	Un dispositif intersectoriel avec 1 équipe mobile et 10 CMP	<i>Voir ci-dessous</i>
	Ced'Ain (antenne CRA)	

L'ARS note que le Bugey est dépourvu de CAMSP à proximité, mais dispose d'un temps de professionnel en tant que « personne ressource petite enfance » au sein du SESSAD de Belley, avec un rôle de relais entre les structures existantes sur le territoire depuis janvier 2018 (CPOM ADAPEI). Ajoutons que le territoire du secteur Ouest est totalement dépourvu d'antenne de CAMSP, alors qu'il est presque aussi étendu que le territoire Sud.

Les perspectives d'évolution de l'offre médico-sociale de l'ARS

Dans le cadre du projet régional de santé, l'ARS préconise deux évolutions :

- en l'absence de CMPP sur le département, il serait nécessaire de créer une offre qui pourrait assurer les missions dévolues au CMPP – en ce sens on peut mentionner l'actualisation récente du cahier des charges des CMPP par l'ARS dans le cadre du projet régional de santé ;
- La mise en œuvre d'une antenne de CAMSP déjà existant pour couvrir le Haut Bugey pourrait s'envisager.

Quelques pratiques de coopération / intégration à souligner

- Les réseaux de suivi permettent une coordination des professionnels hospitaliers, libéraux et de PMI pour assurer le suivi des bébés nés prématurément ;
- Présence d'un mi-temps de puéricultrice de PMI au CH de Bourg et des réunions mensuelles PMI /CH ;
- Une réunion hebdomadaire de « staff » pluridisciplinaire au CH de Belley entre IDE de PMI et addictologues ;
- La généralisation du PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation) : suivi par des sages-femmes des jeunes mamans sortant d'hospitalisations ;
- sur Ambérieu-en-B. : des rencontres régulières entre sages-femmes et PMI (associant le CMP) ; des rencontres régulières (2 fois par an) entre le CAMSP d'Ambérieu et la PMI ;
- Une rencontre annuelle PMI / médecine scolaire ;
- Le renforcement de la coordination entre PMI, ASE et structures d'accueil ;
- Le développement des liens entre ASE et CAMSP (notamment Haut-Bugey).

Au-delà des fortes problématiques de densité de professionnels, des enjeux sont repérés

Ceux-ci sont formulés en termes :

- de fluidité du parcours entre CAMPS et CH (notamment Belley) ;
- d'accessibilité des CAMSP et de développement du partenariat ;
- de formation des professionnels de la petite enfance au repérage des troubles du développement.

Sources : Schéma départemental (CD) ; Etude ENEIS Conseil sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des pathologies du développement chez l'enfant de 0 à 6 ans ; Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale (ARS).

- **Le soutien à la parentalité**

Il s'agit d'un axe très important dans une politique globale de santé mentale.

L'ensemble des actions conduites ne peut être évoqué ici, mais on peut citer quelques acteurs mentionnés dans le cadre des réunions de territoires, en particulier sur le territoire Sud (le lieu d'accueil Parents-enfants « Pré'Amb'Bulle » proposé avec le centre social « le Lavoir » d'Ambérieu).

Apportons également quelques **éléments de bilan à propos de l'expérimentation conduite depuis deux ans par le service de PMI du Conseil départemental** consistant à financer un temps de psychologue (en prestation de service) en direction des familles avec enfants de moins de 6 ans pour travailler le lien parent – enfant.

Cette expérimentation concerne trois territoires, ceux des Maisons départementales de la Solidarité de la Dombes, la Plaine de l'Ain et le Pays de Gex-Bellegarde.

Principaux objectifs	⇒ Prévenir les perturbations du lien parents – enfant
	⇒ Dépister précocement des troubles du comportement du jeune enfant
	⇒ Soutenir la fonction parentale et renforcer les compétences parentales
	⇒ Apporter aux professionnels une aide à l'évaluation des situations concernant des familles ayant des enfants de moins de 6 ans.
Cadre de l'expérimentation	• Intervention d'un psychologue libéral sur chaque territoire via une prestation de service, à un coût horaire fixe et un nombre d'heures déterminé ;
	• Orientation des familles pour des entretiens psychologiques permettant d'évaluer les difficultés et surtout le potentiel des parents afin de le valoriser pour les aider à résoudre leurs difficultés.

Au regard d'un premier bilan prometteur, l'expérimentation a été étendue jusqu'à fin décembre 2017. En effet, les premières données étaient encourageantes, mais nécessitaient d'être consolidées sur plus d'une année civile. De plus, le volet action collective n'avait pas pu être mise en œuvre.

- 174 familles ont été orientées vers les psychologues entre fin 2015 et septembre 2017, et 143 sont venues effectivement au 1^{er} rendez-vous ;
- 410 entretiens ont été réalisés.

Les motifs principaux d'orientation pour les parents :

- Un besoin de soutien et d'accompagnement de la parentalité : des parents débordés, dépassés par leur enfant, qui sont en demande d'une aide et d'un soutien ;
- Les difficultés intrafamiliales, terme qui regroupe les situations d'isolement, de séparation, de conflit parental, de vulnérabilité ... ;
- La périnatalité : l'arrivée d'un nouvel enfant, une grossesse difficile, le « baby blues »...

Les motifs d'orientation des enfants :

- En majorité : colère, opposition, difficultés de socialisation, de séparation ;
- Plus rarement : des signes de mal-être, et très rarement, les pleurs incoercibles.

Pour 48 % des familles, les entretiens ont permis la levée des difficultés. Pour 39 % des familles, les entretiens avec la psychologue ont permis de dépister une difficulté nécessitant du soin, ou une prise en charge adaptée.

Les retours des parents (questionnaires anonymes envoyés à distance des entretiens) sont en général positifs, certains expriment le fait que l'action les a aidés, soulagés.

Compte tenu de ces résultats, il s'agit de voir comment cette expérimentation peut se transformer en action pérenne sur un plan opérationnel, et en particulier comment financer la rémunération de prestation de service de psychologues.

L'expérimentation s'achevant le 31 juillet 2018, les résultats seront présentés aux élus d'ici fin 2018 avec la proposition de mettre en place le dispositif dans l'ensemble des maisons départementales de la Solidarité en 2019, sur la base d'un cahier des charges issu de l'expérimentation.

Source : Conseil départemental de l'Ain – Domaine Protection Maternelle et Infantile

Les ressources à destination des enfants et adolescents

• Les ressources liées à la scolarisation

En matière de prévention et d'accompagnement des problématiques de santé mentale (de la souffrance psychologique à des situations plus marquées voire pathologiques de troubles psychiques), différentes ressources de l'Education nationale sont mobilisées.

Au niveau de la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale, trois services sont directement concernés et moteurs dans l'organisation des ressources et le développement des partenariats :

- Le service social
- Le service promotion de la santé
- L'ASH : adaptation et scolarisation des élèves en situation de handicap.

A partir de ces trois services de la DSDEN, diverses ressources sont organisées pour répondre aux problématiques liées à la santé mentale :

Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficultés (RASED)

Apparus en 1990, les RASED relèvent aujourd'hui de la circulaire du 18/08/2014. Ils ont pour mission de fournir des aides spécialisées à des élèves en difficultés dans les classes ordinaires des écoles primaires, dans ces classes ou hors de ces classes. Ils comprennent des enseignants spécialisés à dominante pédagogique chargés des difficultés d'apprentissage (« maitres E »), à dominante rééducative (« maitres G »), et des psychologues scolaires.

La lutte contre l'absentéisme et le décrochage

Au niveau de la DSDEN de l'Ain, une commission d'assiduité prend en compte les situations d'absentéisme n'ayant pas trouvé de solutions à l'interne des établissements. Cette commission fonctionne par une étude de dossier et une rencontre avec les familles, permettant de rappeler l'obligation scolaire et de proposer des solutions.

En pratique les situations de souffrance psychique sont très présentes, avec de nombreux « refus scolaires anxieux », qui représentent à la fois un diagnostic et un symptôme. Une étude de cohorte réalisée il y a quelques années par la DSDEN à propos des situations d'absentéisme avait révélé qu'en pratique une part importante de ces situations relève d'un cumul de problématiques de chômage des parents, de précarité sociale, d'isolement, d'absence de loisirs, de repli sur soi ...

La lutte contre le décrochage scolaire constitue une politique forte de l'Education nationale, organisée au niveau départemental par une plateforme de suivi et d'accompagnement des décrocheurs (pilotée par l'Education nationale en lien avec la DIRECCTE, les missions locales et le Conseil départemental).

Au sein de chaque établissement est mis en place un « groupe de prévention du décrochage scolaire » (GPDS) et nommé un « référent absentéisme ».

Le pôle ASH (adaptation scolaire et scolarisation des élèves en situation de handicap)

Il comporte les conseillers pédagogiques et les enseignants référents pour la scolarisation des élèves en situation de handicap. L'Inspectrice en charge de ce pôle constate que celui-ci se trouve en limite de capacité ; les conseillers pédagogiques sont très sollicités, tels des « pompiers », par les équipes pédagogiques qui se disent en grande difficulté.

Si un manque de moyens est noté par l'Education nationale notamment en établissements et services médico-sociaux, est aussi pointé un recours abusif – non estimé ici – aux auxiliaires de vie scolaire (AVS – aujourd'hui AESH), alors parfois qu'il n'existe pas de réel besoin. Dans ces cas les AVS ne répondent ni à la problématique de l'enfant ni à celle de l'enseignant.

Les dispositifs de scolarisation des élèves en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a renforcé les actions en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap, en affirmant le droit à la scolarisation en milieu ordinaire au plus près du domicile, ainsi qu'à un parcours scolaire continu et adapté. Au titre des conséquences importantes de cette loi figurent le développement des coopérations entre les professionnels de l'Education nationale et du médico-social, ainsi que la diversification des modalités de scolarisation possibles. (*voir le schéma de synthèse proposé en annexe sur les différentes modalités de scolarisation*)

En Auvergne-Rhône-Alpes, une convention cadre pluriannuelle signée en 2016 entre le Rectorat et l'ARS, prévoit ainsi deux principaux axes de mise en œuvre de la loi de 2005 :

- **Le développement de l'école inclusive**
- **L'adaptation des structures médico-sociales.**

Les dispositifs collectifs pour l'inclusion (ULIS)

« A compter du 1^{er} septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, tous les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège et ULIS-lycée. » (Circulaire du 21 août 2015)

Ces dispositifs ont connu un fort développement depuis la loi de 2005 (en 2016 ont encore été créées 9 nouvelles ULIS sur le département), mais ils restent à ce jour peu développés dans les lycées (seulement en lycée d'enseignement professionnel). *Une carte annexée au rapport précise l'implantation des ULIS.*

Les Unités d'enseignement externalisées

« Les unités d'enseignement (UE) mettent en œuvre tout dispositif d'enseignement visant à la réalisation des projets personnalisés de scolarisation (PPS) des élèves handicapés dans le cadre des établissements et services médico- sociaux » (décret du 2 avril 2009²⁸). Ces unités d'enseignement sont organisées soit dans les locaux de l'établissement médico-social, soit dans les locaux d'un établissement scolaire (UE « externalisée »), soit dans les locaux des deux établissements ou services.

²⁸ Décret relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements de l'Education et les établissements et services médico-sociaux

Le développement de ces dispositifs permet un réel décroisement des deux « secteurs », par un déploiement des ressources spécialisées au sein du milieu scolaire ordinaire. Pour l'élève, il assure une scolarisation plus adaptée en même temps qu'un accueil de droit commun.

La convention entre ARS et Rectorat précitée prévoit le développement des UE externalisées selon un objectif régional de 80%.

- Aujourd'hui 8 établissements médico-sociaux sur 18 disposent d'une UE en milieu scolaire*,
- ils seront 10 à la rentrée scolaire
- et 13 ou 14 à l'horizon 2019.

A ce jour environ 80 élèves bénéficient d'une modalité externalisée, soit 12% des enfants actuellement en unités d'enseignement au sein des établissements médico-sociaux.

La cible est de 50% à 3 ans (2019) et de 80% à 5 ans (2021).

* A noter qu'une UE est implantée en école préélémentaire à Prevessin-Moëns (à proximité de Ferney Voltaire) et spécifiquement dédiée aux jeunes enfants ayant un diagnostic de troubles du spectre autistique. L'ARS envisage dans le cadre du PRS la « mise en œuvre d'un dispositif de type UEM supplémentaire ».

Voir en annexe la cartographie des unités d'enseignement externalisées.

La formation

Dans le cadre du plan académique de formation ou de formations d'initiatives locales (organisées au sein des établissements), sont proposées aux professionnels de l'Education nationale différentes thématiques en lien avec la santé mentale, par exemple :

- adolescents : le soin et le pathologique ;
- prévention de la santé mentale ;
- développement des compétences en psychiatrie et santé mentale ;
- médiation.

La culture de la formation « interinstitutionnelle » est encore peu développée, il est d'autant plus important de mentionner le projet de formation croisée destiné aux professionnels de l'Education nationale et du secteur médico-social dans le cadre de la convention précitée ARS / Rectorat et du développement des UE externalisées.

Il s'agit de formations co-construites et co-animées, s'adressant conjointement aux professionnels des deux secteurs. Elles présentent plusieurs intérêts notamment celui d'apprendre à se connaître et se reconnaître, ce qui permet d'inciter les acteurs à moins « externaliser » les difficultés.

Ces formations viennent de démarrer dans l'Ain (avec l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) Arc en Ciel de l'ORSAC) dans la perspective de préparer l'accueil d'unités d'enseignement externalisées d'ITEP, « très craintes des équipes enseignantes », plus que d'autres types de handicap. Elles seront ensuite développées sur les autres territoires (dont Pays de Gex et Léman).

• Les structures de prévention

Des ressources importantes recherchant la proximité et s'appuyant sur le partenariat

Il est bien difficile de dresser un état des ressources qui soit exhaustif, cependant quelques structures majeures de la prévention ont été mentionnées lors des réunions de territoire, des entretiens ou des études conduites sur le département.

On peut citer notamment les **missions locales jeunes** (à Bourg-en-Bresse, Ambérieu-en-Bugey et Oyonnax), ressources « généralistes » et de proximité permettant un repérage d'éventuelles difficultés et un lien vers d'autres structures plus spécialisées. Le diagnostic local de santé réalisé par l'ORS sur les communes d'Oyonnax, Arbent et Bellignat précise que la mission locale d'Oyonnax dispose d'une présence de psychologue, et propose des ateliers de relaxation et de sophrologie.

Le document mentionne également le rôle important du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) qui, outre les consultations médicales, constitue un espace de parole, d'écoute et d'information autour des questions relatives à la puberté, l'adolescence, la sexualité et la vie familiale, très investi par les jeunes y compris des quartiers « sensibles ».

La Maison des Adolescents de l'Ain

Elle constitue un outil de prévention fort, un mode d'intervention précoce et précieux sur le mal-être des adolescents. Située à Bourg-en-Bresse et à Oyonnax (où l'antenne prévoit un développement de son temps de permanence à partir de septembre 2018), la « MDA 01 »²⁹ offre des lieux d'accueil, d'écoute, de soutien, d'évaluation et d'orientation, pour les adolescents, leur famille et les professionnels en contact avec des ados.

Elle accueille plus de 600 jeunes chaque année, dans le cadre de consultations gratuites, anonymes et confidentielles, avec ou sans rendez-vous.

La Maison des Adolescents de l'Ain représente également un espace ressources à Bourg pour les professionnels selon deux principales modalités :

- elle ouvre un espace pluridisciplinaire aux professionnels extérieurs chaque jeudi matin, pour échanger autour d'une situation, évoquer ou construire des projets, ou simplement se rencontrer ;
- elle a mis en place un groupe d'échange sur les pratiques professionnelles à destination des infirmier(e)s de l'Education Nationale. Des rencontres trimestrielles du groupe sont animées par le psychiatre coordinateur et une infirmière de la Maison des Ados.

Les professionnels rencontrés la définissent comme « victime de son succès », avec des délais d'attente (*ceux-ci n'ont pas été objectivés ici*).

Les consultations jeunes consommateurs (CJC)

Proposées par les acteurs de l'addictologie (voir ci-dessous), elles offrent un accueil confidentiel aux jeunes et/ou leurs proches pour les aider à répondre à leurs questionnements, faire le point sur leur consommation – de produits psychoactifs, jeux vidéo ou internet – et si besoin les orienter.

Elles sont ainsi réparties sur le département :

- Territoire Centre : 2 CJC à Bourg-en-Bresse
- Territoire Est : Oyonnax, Bellegarde et Gex
- Territoire Sud : Ambérieu-en-Bugey, Meximieux et St Maurice-de-Beynost.

Aucun point de consultation n'existe sur le territoire Ouest.

Le **point accueil écoute jeunes** « Chocolat chaud »³⁰ géré par l'ADSEA (seul du département à Péronnas) propose un accueil inconditionnel à des jeunes adultes confrontés à diverses situations d'errance et nécessitant un appui ponctuel de spécialistes.

²⁹ <http://www.maisondesados01.fr>

³⁰ <http://www.sauvegarde01.fr/Présentation%20Chocolat%20Chaud%202018.pdf>

Est souligné à propos des adolescents l'intérêt de proposer des lieux de prévention de proximité et non stigmatisants, dans d'autres cadres que ceux du soin ou de la psychiatrie mais intégrant des ressources soignantes.

... mais ces ressources se trouvent encore limitées pour prendre en compte le mal-être des adolescents

En termes de répartition de l'offre, les échanges avec les acteurs ont conduit à identifier certaines zones ne disposant pas de ressources et/ou rencontrant des problématiques d'accessibilité (manque de transports), par exemple la Haute Bresse, le Bugey, la Vallée de l'Ain, avec des poches de pauvreté et des zones cumulant des situations de précarité économique et d'isolement social. A noter que le territoire correspondant au secteur Ouest ne compte aucune mission locale ni aucune structure de prévention.

Pour une description plus qualitative des problématiques de souffrance psychique observées chez les jeunes et adolescents par les professionnels, on peut renvoyer à l'approche très fine proposée par l'ORS dans le diagnostic local de santé précité d'Oyonnax, Arbent et Bellignat.

- **La pédopsychiatrie**

Le pôle de pédopsychiatrie du CPA propose une offre diversifiée de prévention et de soins à destination des enfants et adolescents

Dispositif intersectoriel, le pôle de pédopsychiatrie (psychiatrie infanto-juvénile selon son appellation officielle) va lui aussi évoluer dans le cadre du nouveau projet du CPA, qui pointe notamment un « manque de lisibilité, tant dans les modalités de prise en charge proposées aux patients que dans le chemin à emprunter pour accéder aux soins ».

Le dispositif comporte différents types de services, à vocation départementale et territoriale :

- hospitalisation temps plein et centre de jour à vocation départementale, ainsi qu'une équipe mobile encore expérimentale ;
- CMP (Centre médico-psychologique) et CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) sectorisés.

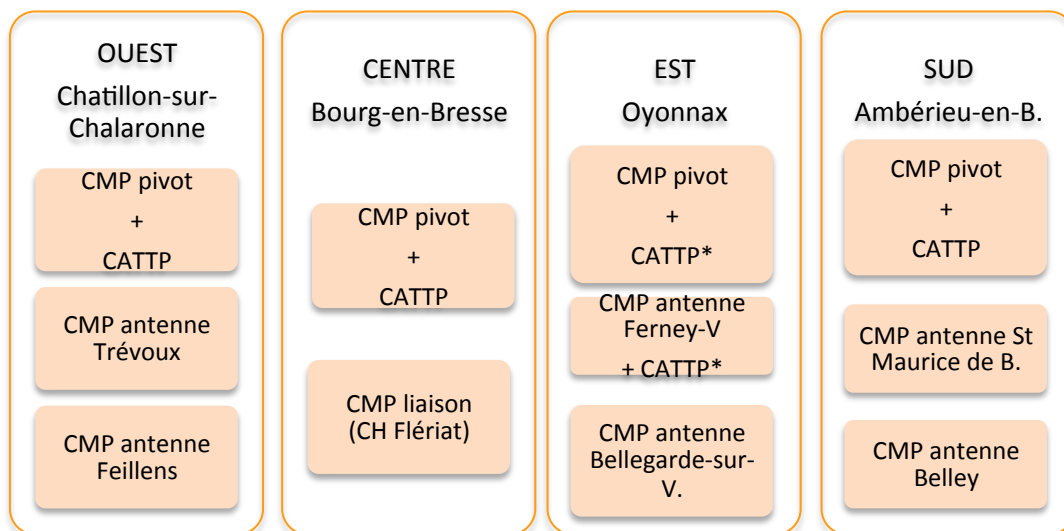
Le projet du CPA définit 4 axes d'évolution du dispositif de pédopsychiatrie :

- Mieux repérer les besoins et améliorer l'accès aux soins ;
- Donner plus de visibilité à la pédopsychiatrie de l'Ain ;
- Diversifier les modalités de prise en charge et diminuer le recours à l'intra-hospitalier ;
- Aller vers plus de pluridisciplinarité et de collégialité.

On peut ainsi résumer les **perspectives** d'évolution de l'offre du CPA en pédopsychiatrie telles que prévues dans le projet médical :

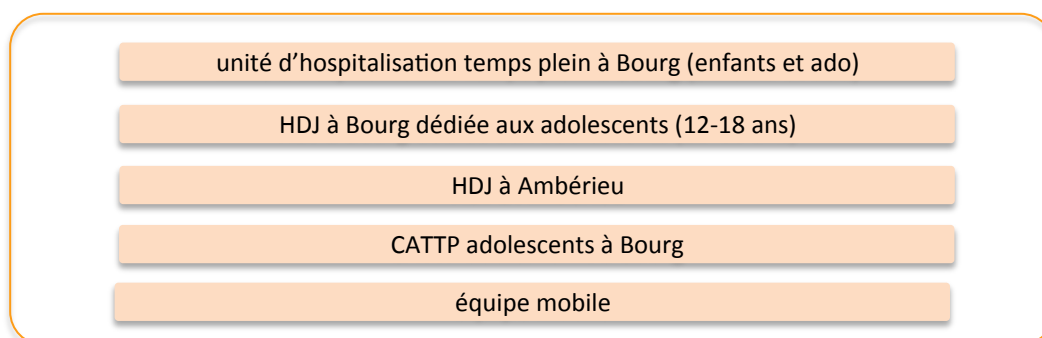
Organisation du pôle de pédopsychiatrie autour des CMP pivots

(voir ci-dessous la description des CMP pivots dans la partie sur la psychiatrie générale)



* il est souhaité qu'un des deux CATTTP du secteur Est évolue vers un service d'hospitalisation de jour (HDJ)

Services du pôle de pédopsychiatrie à vocation départementale



Environ 1 200 jeunes sont vus chaque année (au moins une fois) au niveau des CMP enfants-ados. Environ 40 nouvelles demandes sont reçues chaque semaine.

Malgré un principe d'accueil « tout venant » et un rôle de prévention des CMP enfants, la pédopsychiatrie est **très marquée par la désertification médicale**, en particulier sur le territoire du secteur Est. Des délais d'attente importants en CMP entravent :

- la mise en œuvre de la mission de prévention,
- la possibilité à répondre à des situations moins « lourdes », avec une nécessité de « filtrer » par manque de moyens,
- la mise en place de soins soutenus ou rapprochés.

Pour autant, **l'effort important d'ouverture** de la pédopsychiatrie aux partenaires malgré les contraintes de moyens est apprécié des différents acteurs rencontrés dans le cadre de cet état des lieux.

Ainsi par exemple le dispositif de pédopsychiatrie participe une fois par mois à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH ; aux réunions annuelles d'harmonisation ; aux rencontres organisées autour des situations critiques sur demande des familles.

Elle participe également aux réunions du « Pôle ressources » et à la « Commission d'étude technique » organisées par la Direction de la Protection de l'enfance du Conseil départemental pour les situations complexes (*voir ci-dessous les dispositifs de coordination*).

- **L'équipement médico-social destiné aux enfants en situation de handicap**

Taux d'équipement	ITEP	IME / IEM / EEAP	SESSAD	ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique IME : Institut médico-éducatif IEM : Institut d'éducation motrice EEAP : Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
Départemental 2017	2,48	3,6	3,67	
Régional 2017	1,35	4,71	3,46	
Départemental à 2023*	2,32	3,36		
Régional à 2023*	1,31	4,54		

* taux en places constantes avec projection démographique à 2023.

Source : ARS « Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale dans le département de l'Ain / Volet handicap » (juin 2018)

La cartographie de l'offre en établissements et services proposée par l'Education nationale figurant en annexe illustre les « zones blanches » du département, en particulier le pays de Gex (soulignée dans la réunion de territoire) ainsi que la Bresse et le Bugey autour de Belley.

Un équipement en ITEP supérieur à la moyenne régionale et reflétant des disparités infra-départementales

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) s'adressent à des enfants ou des jeunes « présentant des difficultés psychologiques, dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ». Les jeunes relevant d'ITEP se trouvent, « malgré des potentialités intellectuelles préservées, engagés dans un processus handicapant pouvant compromettre à terme leur participation sociale. »³¹

Le département compte 9 instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques totalisant 437 places installées dont 348 places en internat et 89 places en semi-internat. On relève une surreprésentation des ITEP dans le sud du territoire. Des demandes sont formulées sur Bourg-en-Bresse en revanche, sur le territoire du Pays-de-Gex pas nécessairement.

Le taux d'équipement départemental est le plus élevé la région (l'ARS considère un écart en nombre de places de + 186).

Mais cet équipement est à relativiser au regard du nombre de jeunes originaires d'autres départements accueillis dans les ITEP de l'Ain (le schéma départemental indique qu'environ 1/3 des places d'ITEP serait occupé par des jeunes venant du département du Rhône).

³¹ Décret du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP et Circulaire du 14 mai 2007 relative aux ITEP et à la prise en charge des enfants accueillis

Dans le cadre du Projet régional de santé, l'ARS préconise :

- une évolution de la répartition de l'offre vers plus de services (objectif de 40% de l'équipement DITEP) et de semi-internat (objectif de 30% de l'offre) – ceci devant conduire à une diminution conséquente de la capacité d'internat ;
- une meilleure répartition de la capacité sur le territoire par un redéploiement d'un certain nombre de places d'internat permettant « de créer une offre de services sur les zones blanches du département : Pays de Gex, Bresse, autour de Belley notamment) ».

Au-delà des aspects capacitaires, d'autres remarques peuvent être faites à propos des ITEP : eux aussi sont en manque de ressources médicales – le « thérapeutique » est donc repensé. Cela pose une question de requalification de l'ensemble des professionnels en place ainsi que de leur formation.

Ils ont à exercer une mission « ressource » à destination du milieu ordinaire, en particulier le milieu scolaire, dans une optique préventive et inclusive. **L'approche résolument inclusive** de la politique en faveur des personnes en situation de handicap suppose en effet que les établissements et services médico-sociaux soient consolidés dans leur expertise technique et dans un rôle de ressource.

Elle suppose également qu'ils s'ouvrent en mettant cette expertise au service des environnements de droit commun afin d'en favoriser la réelle capacité inclusive et ce, de manière structurelle et non limitée aux seules situations individuelles ponctuelles.

A ce titre voir le projet précité, en cours avec l'Education nationale (le pôle ASH de la Direction des services départementaux de l'EN), de formations croisées.

Les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile)

L'ARS note dans l'état des lieux sur le volet « handicap » de l'offre médico-sociale que le taux d'équipement départemental est proche de la moyenne régionale, mais qu'il concerne principalement des SESSAD généralistes, le plus souvent rattachés à des IME. Elle préconise également une meilleure prise en compte de certains publics prioritaires, dont les « troubles du caractère et du comportement » (symptôme auquel sont souvent « résumés » les jeunes relevant d'un accompagnement par un dispositif ITEP).

SIRIUS – un dispositif propre au Pays de Gex

Au regard des problématiques d'insuffisance de l'offre médico-sociale et de densité de professionnels rencontrées plus particulièrement sur ce territoire, l'ARS a agréé un dispositif créé par l'association l'UNION à partir d'un redéploiement de l'ITEP de Varey. Ce service nommé SIRIUS³² vise à apporter un soutien aux familles dont l'enfant de 3 à 16 ans bénéficie d'une notification MDPH non mise en œuvre, dans la recherche d'accompagnement et de réponses adaptées.

• L'aide sociale à l'enfance

Les données actualisées relatives à l'équipement de l'aide sociale à l'enfance n'ont pu être vérifiées dans le cadre du présent état des lieux.

Le dispositif d'aide sociale à l'enfance évolue vers une diversification des modalités d'intervention – de la prévention spécialisée au placement en famille d'accueil ou en maison d'enfants selon différents modes d'accueil, en passant par l'action éducative en milieu ouvert ou la médiation familiale notamment.

³² http://www2.ac-lyon.fr/etab/ien/ain/pays-de-gex/IMG/pdf/plaquette_sirius.pdf

L'Ain compte près de 300 places en maison d'enfants à caractère social (MECS) réparties sur le département (essentiellement les territoires Centre et Sud), dont quelques places d'accueil d'urgence et un dispositif départemental pour les jeunes à difficultés multiples (« Ado + » à Peronnas). Ce dernier fonctionne selon le principe d'un accueil de courte durée de jeunes aux parcours institutionnels marqués par des situations d'exclusion (d'ITEP, de maisons d'enfants ...).

Des attentes des professionnels de l'aide sociale à l'enfance vis à vis de la psychiatrie

S'agissant des questions de santé mentale, un des professionnels rencontrés dans le cadre des réunions de territoire estime à environ 10% les jeunes confiés relevant du soin psychiatrique (en termes de suivi et de traitement) et une moitié à propos desquels « on peut parler de souffrance psychique ». Dès lors il s'agit selon les professionnels d'« inventer des choses » pour faire intervenir le soin dans les structures sociales.

En ce sens, le schéma départemental « Enfance Familles » pointe essentiellement les difficultés rencontrées dans le cadre de situations de crise liées à des troubles psychologiques et psychiatriques chez les enfants et jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance (famille d'accueil ou maisons d'enfants). En l'absence de solution immédiate, est le plus souvent constaté un enlisement de ces situations et un sentiment de fragilité des équipes. Est attendue de la part de la psychiatrie une modalité de soutien permettant une réactivité d'intervention mais une possibilité de formation des équipes pour de meilleurs réflexes sans mise en danger.

L'apport de la pédopsychiatrie vis-à-vis des professionnels du social (et réciproquement d'ailleurs !) concerne également la situation des jeunes « à difficultés multiples », relevant de différentes institutions et pour lesquelles les solutions institutionnelles sont limitées. Ces situations sont évoquées ci-dessous dans la partie sur les coordinations.

Une autre problématique est pointée à propos de ces jeunes, celle du retour d'hospitalisation – ceci rejoignant une préoccupation importante pour bien d'autres publics.

C. L'équipement destiné aux adultes

La prise en charge des addictions

Les problématiques d'addiction représentent une comorbidité très fréquemment associée aux troubles de santé mentale. Le lien complexe entre consommation de produits psychoactifs et santé mentale a été évoqué dans la partie sur l'état de santé.

Nous envisagerons ici la présentation de l'équipement en addictologie, qui comprend une palette diversifiée d'interventions (prévention, réduction des risques, soins, soutien ...) et, depuis 2006, prend en charge tous les types d'addictions – addictions aux produits, licites ou non, ainsi que les comportements addictifs (jeux, sexe, achats ...).

Equipement médico-social

La capacité départementale en centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), destinés aux personnes connaissant toute problématique d'addiction, est répartie entre deux gestionnaires (l'ANPAA et le CPA), proposant sur l'Ain deux structures implantées à Bourg et de plusieurs antennes ou permanences situées sur le territoire :

- Gex, Oyonnax et Bellegarde pour le territoire du secteur Est,
- Ambérieu-en-Bugey, Meximieux et St Maurice de Beynost pour le Sud
- Chatillon-sur-Chalaronne pour l'Ouest.

Equipement sanitaire

Une offre hospitalière de soins en addictologie est proposée à Bourg au CH de Fleyriat (une ELSA – équipe de liaison et de soins en addictologie), ainsi que sur le Plateau d'Hauteville, avec au sein de l'hôpital une unité dédiée (l'Espérance) disposant de consultations en addictologie et tabacologie, et d'un centre de sevrage alcoolique (SSR).

Autres structures

Le dispositif compte également les consommations jeunes consommateurs (évoquées dans la partie relative aux enfants / ado).

Un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) mobile, géré par l'Association Aides, complète ce dispositif en s'adressant plus spécifiquement aux consommateurs en situation de grande précarité.

On peut mentionner également les structures d'entraide telles que les associations d'usagers (comme par exemple Alcool association de l'Ain).

La psychiatrie générale

• *Eléments de contexte*

Le département de l'Ain se caractérise par un acteur exerçant jusqu'à ces derniers mois (avril 2018) un « monopole » de l'offre spécialisée en psychiatrie. Le CPA, issu il y a près de 40 ans de la fusion des hôpitaux psychiatriques Saint-Georges et Sainte-Marie, gère par délégation l'ensemble de la psychiatrie hospitalière et de secteur, ainsi qu'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Le contexte du CPA – comme de l'ensemble de la psychiatrie – est celui d'un processus engagé depuis les années 60 avec la sectorisation, d'une forme de « désinstitutionnalisation » : il s'agit d'une évolution de l'offre de soin psychiatrique vers plus de proximité et le développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet visant une diminution de celle-ci.

« L'organisation du dispositif psychiatrique public et associatif participant au service public repose sur la sectorisation psychiatrique. Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients. Les secteurs psychiatriques ont développé une gamme de modalités d'interventions et de soins destinés à répondre aux besoins de santé mentale des personnes adultes, enfants et adolescents, dans un territoire géographique donné. »³³

Cette évolution fondée sur des principes humanistes est confrontée en pratique à diverses difficultés d'ordre organisationnel, financier, culturel mais aussi sociétal, illustrant les représentations fortes et l'ambivalence encore liée à la psychiatrie, « prise » entre des enjeux souvent contradictoires de sécurité et de liberté.

Dans l'Ain, une telle évolution de la psychiatrie a pu être aussi freinée par la tendance à l'inertie d'une institution unique et monolithique.

Depuis 2016, l'évolution très forte du projet du CPA, affirmant premièrement les droits du patient, va dans une double direction de rééquilibrage des moyens vers l'extra-hospitalier et de rapprochement avec les secteurs social et médico-social dans la construction des parcours.

L'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre de l'état des lieux a salué largement ce nouveau projet qui « va dans le bon sens ». La question de sa mise en œuvre a bien sûr été abordée, mais un calendrier et des objectifs progressifs et précis apparaissent comme des gages d'opérationnalité.

On peut citer quelques mots des adhérents d'un GEM rencontrés dans le cadre de cet état des lieux, dont le vécu à propos de l'hospitalisation temps plein est extrêmement douloureux et violent : « J'ai ressenti la prison », les patients sont « shootés », « le rôle du médecin est de prescrire des médicaments ». Si ces témoignages peuvent refléter des vécus anciens ne correspondant plus tout à fait à la réalité, ils illustrent cependant le fait qu'une hospitalisation comporte généralement – au-delà du bénéfice qu'elle peut produire – un risque important de nuire à l'état de santé, et suppose d'être limitée autant que possible.

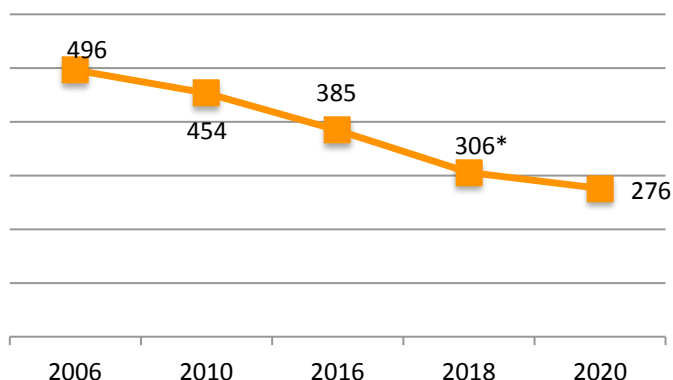
La représentante de l'UNAFAM souligne aussi le fait, malgré la nécessité parfois d'une hospitalisation pour soigner la crise et aider la personne à « accepter la maladie et le soin », que celle-ci n'est pas anodine : « à chaque hospitalisation et récidive, la maladie s'installe. » « A chaque crise, il y a des dégradations de la personne et de la personnalité ».

³³ Extrait du Rapport des Dr Eric Piel, Jean-Luc Roelandt « De la psychiatrie vers la santé mentale » (2001)

- **Une diminution tendancielle de la capacité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie publique**

Diminution prévisionnelle de la capacité en lits d'hospitalisation du CPA
(seul acteur jusqu'en avril 2018)
de près de 45% en 14 ans

* 306 lits en 2018 dont 201 d'entrée et 105 lits de suite



Sources : CPA, STATISS 2010 – Traitement GEFCa

Au sein du CPA, l'hospitalisation temps plein est réalisée dans différents cadres, ceux :

- de **l'unité d'accueil et de régulation** (premier accueil et orientation) pour des courtes durées,
- des **unités d'admission** (4 sectorielles et deux intersectorielles), sur une durée inférieure à 3 mois,
- des **unités de suite** pour les patients hospitalisés au long cours,
- de **l'unité de préparation** à la sortie du dispositif de réhabilitation.

Le projet médical du CPA prévoit de faire évoluer le recours à l'hospitalisation temps plein :

- que les hospitalisations (y compris non programmées) soient régulées prioritairement au niveau des CMP pivots ;
- que la diminution de capacité d'hospitalisation temps plein projetée porte essentiellement sur les unités de suite (de 190 à 60 lits) avec une orientation de patients vers le secteur médico-social ;
- la transformation d'une unité de suite en maison d'accueil spécialisé pour réduire le nombre d'hospitalisation au long cours (voir ci-dessous).

A noter que la diminution de capacité d'hospitalisation à temps plein, qui va dans le sens du contexte national (et européen) énoncé ci-dessus, est cependant fortement relativisée par l'ouverture d'une clinique psychiatrique à Chatillon-en-Michaille en avril 2018, avec 80 lits d'hospitalisation complète.

Pour autant cette offre privée, à vocation régionale, ne s'adressera pas au même public.

- **Une évolution de l'offre vers l'ambulatoire**

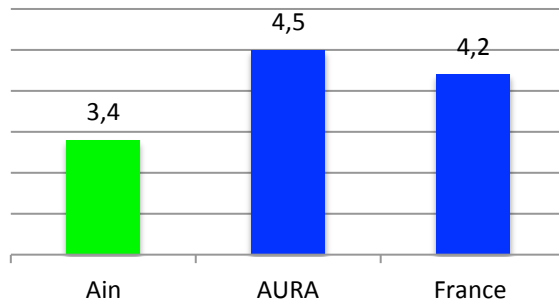
Si les politiques publiques et le projet du CPA vont dans le même sens d'un développement de l'offre ambulatoire, celui-ci doit être poursuivi.

Pour les adhérents du GEM rencontrés, le CMP (centre médico-psychologique) apparaît comme une ressource précieuse même s' « il faut une certaine attente avant d'arriver ». « Une chose qui est bien c'est qu'on peut être écouté par une infirmière ».

Densité de CMP pour 100 000 habitants en 2014

En 2015, la densité de CMP du CPA (donc du département) était encore très inférieure aux densités régionale et nationale.

Les données de comparaison plus récente ne sont pas disponibles.



Source : SAE 2015

Organisation des secteurs de psychiatrie générale autour des CMP pivots

L'arrêté du 14/03/86 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales rappelle les diverses missions des centres médico-psychologues (CMP), *unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert conduisant des actions de :*

- *prévention*
- *diagnostic*
- *soins ambulatoires*
- *d'interventions à domicile.*

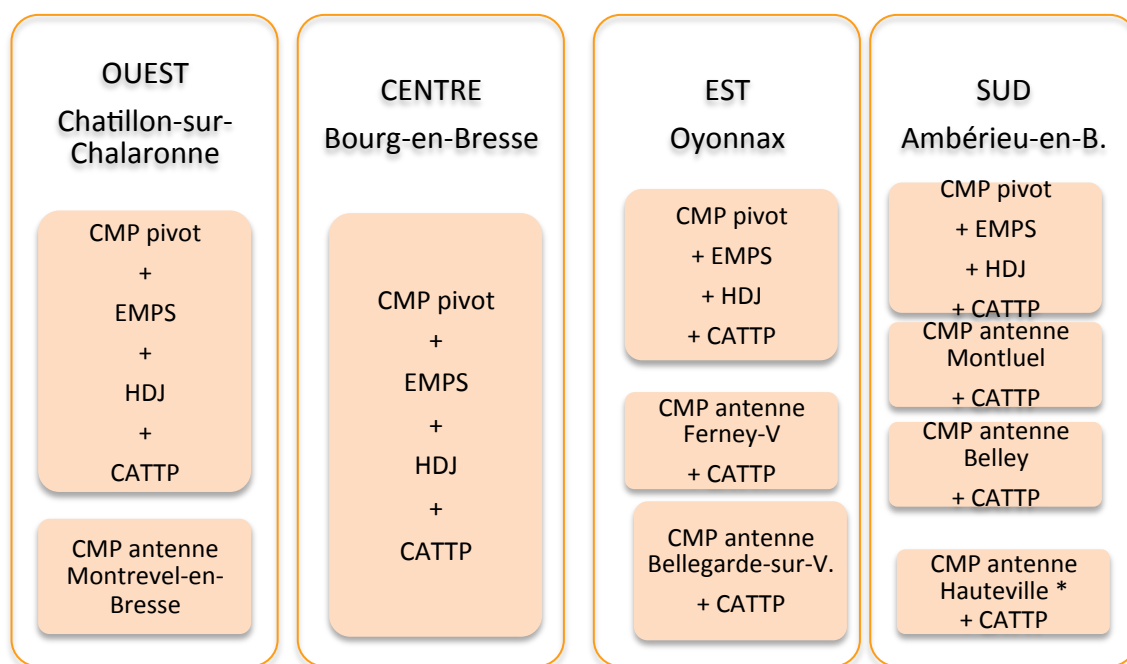
Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

Le projet médical du CPA rappelle que « le rôle pivot du CMP dans la prise en charge doit devenir une réalité. Le CMP doit être la structure qui :

- oriente le patient et élabore son projet personnalisé
- organise les temps de concertation clinique
- anime le réseau partenarial. »

Chaque CMP pivot dispose ou disposera d'une palette d'offre incluant, outre le CMP, un hôpital de jour (HDJ), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ainsi qu'une équipe mobile psychiatrique de secteur (EMPS).

Le schéma suivant tient compte des évolutions prévues dans le projet médical du CPA (*voir également en annexe la cartographie départementale du CPA*).



* avec une vocation départementale dans le cadre du dispositif de réhabilitation.

• *Les ressources mobiles et intégrées*

La psychiatrie de liaison

Ce dispositif présente différents intérêts, notamment celui d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques, un meilleur relai entre les services, et de favoriser une approche globale des patients.

Il se matérialise dans l'Ain par un temps de médecin et/ou infirmier mis à disposition au sein de quatre antennes du CPA localisées dans les hôpitaux généraux (à Bourg-en-Bresse, Belley, Oyonnax et St Julien en Genevois), parfois au niveau des services d'urgence (à Bourg-en-Bresse et St Julien).

Les équipes mobiles de secteur

Le projet médical du CPA prévoit que le principe d'une équipe mobile sectorisée, expérimenté sur le territoire Ouest, soit étendu à tous les secteurs de psychiatrie générale, avec un rattachement de chaque équipe au CMP pivot. Généralisées depuis 2018, les équipes mobiles :

- Sont chargées de l'orientation rapide du patient vers la structure la plus adaptée,
- doivent connaître tous les dispositifs transversaux et développer autant que possible les partenariats,
- constituent des structures ressources pour l'ensemble des partenaires (sociaux, médico-sociaux, sanitaires, médecins et infirmier libéraux, etc.) et tiennent à jour l'annuaire des partenaires.

« L'équipe mobile intervient dans les 24h (jours ouvrables), sur demande d'un CMP, de partenaires, ou de l'entourage du patient. La prise en charge par l'équipe, très courte, démarre par un temps d'observation et d'évaluation (une à plusieurs visites auprès du patient) avant d'orienter, après avis médical, le patient vers un partenaire ou une structure du CPA. » (*extrait du projet du CPA*)

De très fortes attentes vis-à-vis de ces équipes mobiles ont été exprimées par les acteurs rencontrés dans le cadre de l'état des lieux, comme une réponse adaptée aux besoins de réactivité, de relai, d'information mais aussi de « dédramatisation » de certaines situations. Des précisions sont attendues sur ce nouveau fonctionnement et sur les modalités et critères d'intervention des équipes.

Equipes mobiles intersectorielles

Dans une logique de prévention des situations de crise et de recherche d'alternatives à l'hospitalisation, le CPA a développé progressivement différentes équipes mobiles à vocation départementale (intersectorielles), spécifiques à certains publics – rattachées ainsi aux dispositifs concernés – et complémentaires aux équipes mobiles de secteur « généralistes » :

- équipe mobile d'appui au médico-social,
- équipe mobile de pédopsychiatrie,
- équipe mobile pour personnes âgées,
- équipe mobile santé mentale – précarité,
- équipe mobile de réhabilitation psychosociale.

• *Le rétablissement et la réhabilitation psychosociale*

La réhabilitation psychosociale désigne l'ensemble des outils mis en œuvre pour favoriser le rétablissement des personnes touchées par des troubles psychiques sévères – rétablissement qui ne dépasse pas en moyenne 13,5% avec le soin « traditionnel »³⁴.

Elle permet l'utilisation de techniques complémentaires qui agissent non seulement sur les symptômes mais également sur les dimensions et troubles associés (qui handicapent le plus fortement la vie quotidienne de la personne) à partir d'une évaluation et de la définition d'un programme personnalisé.

En tant que processus complexe et multifactoriel, le rétablissement se distingue de la notion de guérison. Il comporte différentes dimensions (sociales, subjective, fonctionnelle, sociétale, cliniques ...) illustrant une approche décloisonnée de la santé mentale. Son principal intérêt est lié notamment à une approche centrée sur la personne, ses capacités préservées et ses motivations et objectifs propres.

Ce principe de soins en développement définit les contours d'un modèle de la psychiatrie ouvert sur la cité et suppose une articulation forte, dans le parcours des personnes :

- avec les autres services (intra et extrahospitaliers, secteurs et intersecteur),
- avec les secteurs social et médico-social (SAVS, CHRS ...),
- ainsi qu'avec les GEM.

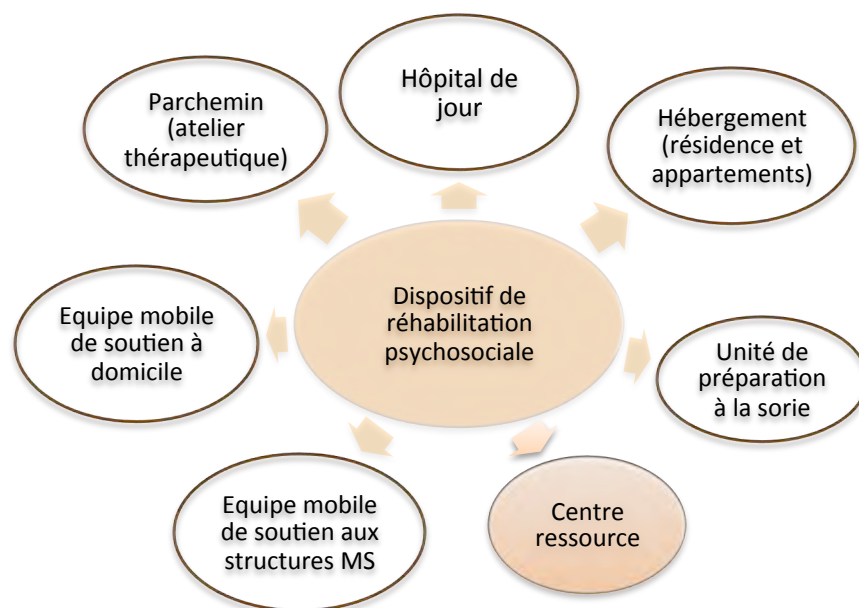
Ajoutons qu'il pourrait constituer une des bases de développement d'une culture commune entre les soins et l'accompagnement social et médico-social (culture commune à promouvoir dans le cadre du projet territorial de santé mentale), en raison d'une proximité de principes et de références, voire d'outils.

³⁴ [http://www.psycom.org/Actualites/Paroles-de/Video-Qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale-Pr-Nicolas-Franck/\(language\)/fre-FR](http://www.psycom.org/Actualites/Paroles-de/Video-Qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale-Pr-Nicolas-Franck/(language)/fre-FR)

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Bulletin-RHIZOME-N65-66.pdf

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/-le-centre-ressource->

Le dispositif de réhabilitation psychosociale du CPA comporte plusieurs services essentiellement extrahospitaliers
(ci-contre une présentation au regard du projet du CPA et des perspectives d'évolution du DRPS)



L'hébergement et le logement

Il s'agit là d'un sujet très important compte tenu de sa corrélation forte et complexe avec la santé mentale dans plusieurs sens.

En effet la situation au regard du logement est un déterminant important de la santé mentale :

- dans une optique négative, une précarité en termes de logement contribue à provoquer une fragilité psychique et représente un terreau favorable au développement de troubles psychiques – à l'extrême les personnes sans-abri sont les plus exposées aux troubles psychiatriques ;
- au contraire et plus positivement, l'accès à un logement stable et sécurisant contribue à « un état de complet bien-être » ..., mais il constitue aussi souvent une des conditions déterminantes dans le processus de rétablissement des personnes touchées par une maladie mentale.

Le logement n'est pas seulement un déterminant mais aussi une conséquence possible des problématiques de santé mentale, qui peuvent « en cascade » provoquer une fragilisation de la situation au regard du logement.

Voici notamment pourquoi cette question est largement – mais encore insuffisamment – prise en compte dans les politiques publiques.

Deux modalités de présentation de l'offre :

- par les capacités globales et taux d'équipement
- par les organismes gestionnaires.

La diversification des offres de logement et d'hébergement, de type social, médico-social, sanitaire, ou de droit commun avec un accompagnement spécialisé, va dans le sens d'une adaptation de l'offre à la diversité des situations et des besoins, dans une logique de parcours. Le seul inconvénient de cette diversification semble la difficulté à décrire un dispositif multiple, complexe et peu lisible.

Jusqu'en 2014, la « Coordination handicap psychique » de l'Ain a réalisé un travail de fond pour répertorier les structures du département accueillant en pratique les personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Ce travail a donné lieu à :

- un fichier recensant les établissements et services sociaux et médico-sociaux que nous avons tenté d'actualiser dans le cadre de cet état des lieux ;
- un « livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département de l'Ain » (déjà évoqué à plusieurs reprises).

S'agissant d'une démarche en santé mentale, le périmètre est bien plus large que celui du « seul » handicap psychique, néanmoins les structures sociales et médico-sociales concernées sont sensiblement les mêmes, structures d'hébergement et de logement social.

En complément des éléments ci-dessous, une présentation de l'offre par organisme gestionnaire est proposée en annexe de l'état des lieux, permettant un meilleur repérage des dynamiques d'acteurs.

Il convient d'évoquer dans cette partie les bailleurs sociaux (notamment SEMCODA, Dynacité et Bourg Habitat) qui constituent des acteurs importants sur la question du logement et de la santé mentale.

• **Logement et hébergement social**

La chaîne de l'hébergement et du logement est complexe, et se caractérise par une insuffisante fluidité se traduisant un manque de possibilité de mobilité des personnes et des difficultés d'accès à un logement libre.

Au 31/12/2016, on relevait les taux d'équipement suivants

	Ain	AURA
taux de logement social	14,2%	14,3%
taux d'équipement en places d'hébergement	1,5‰	2,4‰

Source : INSEE, DREES – FINESS

Les résidences sociales

Les résidences sociales constituent une offre de logement social accompagné, à la jonction entre l'hébergement et le logement social.

Le département compte environ 800 logements en résidence sociale, qui proposent un logement locatif transitoire (avec un reste à charge très faible) couplé à un accompagnement social à des personnes souvent seules et en situation de vulnérabilité. La capacité est essentiellement répartie sur les territoires Est et Sud, dans une moindre mesure sur Bourg.

Les besoins formulés, au regard des personnes ayant des problématiques de « santé mentale fragile » et de la difficulté des équipes à gérer certaines situations de crise les soirs et week-end, ont conduit à la création à partir de 2010 de maisons relais pour apporter une réponse plus adaptée. En outre l'association ALFA3A qui gère une part conséquente des résidences sociales a recruté un temps de psychologue pour évaluer les situations préoccupantes et orienter si nécessaire.

Les maisons relais

Elles sont définies par une circulaire du 10 décembre 2002. Le département de l'Ain compte aujourd'hui cinq maisons relais pour un peu plus de 100 places, situées à Bourg, Oyonnax, St Genis-Pouilly et Ambérieu. Selon l'état des lieux conduit par la Coordination HP01, elles accueillent des personnes en souffrance psychique en moyenne pour un tiers de leur capacité.

Un projet de résidence accueil

Les résidences accueil sont des maisons relais dédiées aux personnes porteuses d'un handicap psychique, suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu'un accompagnement social (de type SAVS).

Gérée par ALFA3A, une résidence accueil de 24 places sera prochainement créée à Viriat sur un terrain contigu au CPA (permettant de mieux assurer la continuité des soins). Des conventions de partenariat seront prévues avec le CPA et à définir également avec des SAVS, dans une complémentarité des interventions.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale

L'Ain compte 5 CHRS proposant plus de 250 places, selon différentes modalités d'hébergement (collectif, regroupé, diffus), réparties sur 3 des 4 territoires des secteurs de psychiatrie générale :

- 2 sur le territoire Centre (Bourg-en-Bresse et Peronnas),
- 3 sur le territoire Est (Oyonnax, Gex et Bellegarde),
- 1 sur le Sud (territoire d'Ambérieu).

Les résidents de CHRS se trouvent en situation de grande précarité socio-économique et d'éloignement durable de l'emploi et du logement. Ils sont pour une proportion importante (mais difficilement estimable) concernés par un cumul de problématiques de santé mentale et d'addictions.

Une étude récemment réalisée par l'ORSPERE – SAMDARRA³⁵ sur le département a permis d'observer les parcours d'hébergement et de santé mentale des résidents de CHRS de l'Ain, soulignant une hétérogénéité de situations et de parcours, avec des situations d'exclusion sociale affectant souvent fortement l'estime de soi – fondement de la santé mentale. Cette étude donnera lieu à une réflexion et un plan d'action départemental soutenus par la DDCS et l'ARS. Le Livre blanc handicap psychique soulignait quant à lui le besoin de 15 places à Bourg sur le modèle du CHRS éclaté avec baux glissants de l'association ORLOGES à Lyon.

• *Les structures à dimension thérapeutique*

Des appartements de transition

Le projet du CPA prévoit le développement d'appartements de transition (actuellement en nombre insuffisants) rattachés à chaque secteur dans l'optique de développement des alternatives à l'hospitalisation.

Le dispositif de réhabilitation psychosociale dispose quant à lui de 23 places d'hébergement à Bourg-en-Bresse réparties en 17 places en résidences et 6 places dans 4 appartements.

Les appartements de coordination thérapeutique

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financières et qui ont besoin de soins et de suivi médical.

³⁵ http://www.ch-le-vinatie.fr/documents/Publications/Rapports_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Rapport_2018_Parcours_d_hebergement_et_sante_mentale_VF.pdf

Le service d'ACT de l'association Basiliade :

- propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes hébergées,
- offre un logement individuel de relais à titre temporaire.

Une équipe pluridisciplinaire (éducateurs, psychologues, CESF, médecins) accompagne les résidents et les oriente vers des partenaires sociaux ou associatifs en vue d'une ouverture des droits (AAH, RMI...) et d'aide à l'insertion sociale, professionnelle, médicale, et psychologique.

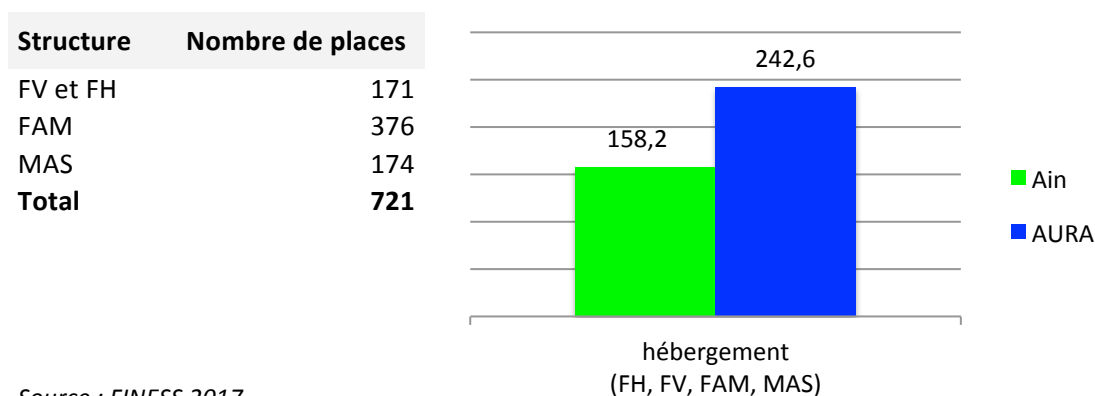
• Les structures d'hébergement pour personnes en situation de handicap

Remarque préalable : il est difficile d'observer en routine l'état de l'offre médico-sociale disponible pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique. Le répertoire FINESS³⁶, principale source officielle de données sur l'état de l'offre sociale et médico-social, ne le permet pas car se réfère à des types d'agrément (tels que foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées ...) pouvant correspondre à plusieurs publics ou « catégories » de handicaps.

Capacité au regard du répertoire FINESS*

Capacité*

Densité* pour 100 000 habitants de 20 ans et plus



* Le répertoire FINESS ne permettant pas d'identifier les capacités destinées spécifiquement aux personnes en situation de handicap d'origine psychique, sont recensées ici les places pouvant potentiellement accueillir ce public, à savoir des places correspondant aux agréments : « tous types de déficiences » ou « déficiences intellectuelles » et « troubles du comportement ». Sont exclues du décompte les places destinées à accueillir des personnes atteintes de déficiences motrices, visuelles, auditives, de surdi-cécité ou d'un polyhandicap.

La capacité dédiée aux seules « déficiences psychiques » s'élevait à 276 places au 31/12/2015 (Source : DRESS, FINESS) – NB cette capacité comprend à la fois l'offre d'hébergement et d'accompagnement.

³⁶ le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément. Ses données sont actualisées au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRJSCS)

Perspectives d'évolution

La capacité indiquée ci-dessus ne tient pas compte de la transformation en maison d'accueil spécialisée (MAS), prévue dans le projet de CPA, de l'unité de Bourneville. Celle-ci accueille actuellement au long cours près de trente patients souffrant de pathologies neuro-développementales (troubles du spectre autistique, cérébro-lésés, psychoses vieillissantes) avec, pour certains patients, des troubles du comportement importants associés à un déficit, et qui relèveraient d'un accompagnement médico-social. Le projet et la capacité de la MAS restent à définir. On peut citer le Livre blanc qui préconisait la création de 40 places réparties en 4 appartements et intégrant de l'accueil temporaire.

Une autre évolution de l'offre de l'ORSAC est envisagée avec la création d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) à Hauteville-L. destiné à l'accueil personnes cérébrolésées et porteuses du syndrome de Korsakoff. Le livre Blanc faisait état d'un besoin de 40 places en FAM.

S'agissant des structures non médicalisées relevant de la compétence du Conseil départemental, le Livre Blanc préconisait en 2014 la création de places supplémentaires dédiées au handicap psychique : 20 places en foyer d'hébergement et 40 places en foyer de vie, à recentrer sur les gros bassins de vie et à organiser en petites unités de vie.

Enfin, le développement de places d'accueil temporaire est proposé dans une logique de souplesse et d'articulation.

Logement inclusif et handicap psychique

Le projet régional de santé prévoit sur le département de l'Ain dans le champ du handicap psychique au moins une offre de service médico-social, conjuguée à de l'intermédiation locative et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

On peut souligner le partenariat développé entre les associations ALFA3A et l'ORSAC, aux savoir-faire complémentaires en matière d'accompagnement au logement et d'accompagnement social et médico-social, dans une optique de diversification et de désinstitutionnalisation de l'accompagnement au logement.

Accompagnement à l'emploi et insertion professionnelle

Les liens entre santé mentale et emploi sont multiples et complexes et n'ont été abordés que très partiellement dans cet état des lieux, au regard des déterminants de santé mentale. Ce domaine est trop vaste en termes d'enjeux et d'acteurs pour être décrit ici de manière satisfaisante, il pourrait faire l'objet d'une réflexion en tant que telle.

Le sujet n'a pas été abordé lors des échanges, cependant quelques éléments factuels peuvent être cités concernant l'emploi et le handicap psychique. *Pour une présentation récente et synthétique sur ce sujet, on peut citer une note régionale rédigée en 2016 par l'Observatoire du CRDI³⁷.*

Entre 2015 et 2016, Cap Emploi a recensé 2 314 demandeurs d'emploi³⁸ et en situation de handicap, dont 43 ayant un handicap d'origine psychique, soit 2 % du nombre d'individus en situation de handicap contre 9 % dans la région.

³⁷ « Handicap psychique et emploi – Contexte et enjeux » Note de synthèse réalisée à la demande de la Direccte Rhône-Alpes (Observatoire du CRDI – Janvier 2016) http://www.handiplace.org/dl_pub.php?p=1360

L'emploi protégé

L'Ain compte 3 ESAT gérés par l'ORSAC : la Ferme Dienet, La Fréta et l'ESAT de transition Envol totalisant 146 places dédiées aux personnes porteuses d'un handicap psychique.

Perspectives d'évolution de l'offre préconisée par le projet régional de santé

« Le PRS doit permettre, au gré des évolutions, d'atteindre la cible de 20% » au profit des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Nombre de places d'ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% de places handicap psychique	Cible 20% en nombre de places	Nombre de places à requalifier (à capacité constante)
989	146	14,7%	198	52

Source : ARS – FINESS, DREES

On peut ajouter l'intérêt de développer les formules d'ESAT hors-les-murs.

L'accompagnement au milieu ordinaire

On ne peut que rappeler l'importance d'un accès, d'une réorientation ou d'un maintien dans l'emploi pour les personnes dans une optique de réinsertion et de rétablissement, et le renforcement depuis la loi du 11 février 2005 de la politique inclusive concernant l'emploi de même que tous les domaines de vie des personnes en situation de handicap.

Or cet accès ou ce maintien dans l'emploi, particulièrement difficiles au regard des spécificités des manifestations des troubles à l'origine de ces situations, le sont d'autant plus que ces spécificités sont encore méconnues et souffrent d'un manque d'accompagnement, ici essentiellement humain. La Coordination handicap psychique de l'Ain a développé des actions de sensibilisation sur l'emploi des personnes en situation de handicap psychique à destination des employeurs et souligné dans son Livre Blanc « handicap psychique de l'Ain » les axes d'évolution attendus.

En ce qui concerne l'accompagnement de l'insertion professionnelle et du retour à l'emploi, le schéma départemental 2015-2020 en faveur des personnes handicapées de l'Ain souligne de nécessaires « progrès à réaliser pour tenir compte des difficultés et besoins particuliers liés au handicap psychique. A noter que l'Ain bénéficie de l'investissement de l'association ORSAC en partenariat avec Cap Emploi, L'ADAPT, la CARSAT, le Conseil Régional ainsi qu'un réseau d'employeurs du département qui acceptent des personnes en stage. » Le schéma saluait le dispositif innovant d'ESAT de transition de 9 places installées en 2015 (pour 15 autorisées), destinées à « des personnes orientées par ORSAC Insertion et la MDPH car ayant les possibilités de s'intégrer progressivement dans le milieu ordinaire. Toutefois, ORSAC insertion voit son intervention limitée géographiquement ; malgré les besoins, la structure n'est pas en capacité d'accompagner les publics de Belley, de Trévoux ou encore du Pays-de-Gex ... ».

³⁸ Intitulées « personnes ayant un parcours actif »

Participation, citoyenneté, pair-aidance

Dans une approche positive de la santé mentale, le développement de la participation et de la citoyenneté des personnes est probablement le levier le plus puissant du « bien-être » psychique et social et suppose de constituer un axe essentiel d'un projet territorial de santé mentale.

Cette perspective de participation promue notamment par la loi du 11 février 2005 éponyme ne peut être décrétée et suppose l'action de chacun. Le président de l'ORSAC souligne le fait que « la santé mentale est sous-traitée à des professionnels » mais dont la professionnalité limite l'implication effective. « Il s'agirait donc de rétablir le niveau de responsabilité ».

Cela peut se traduire en pratique dans des projets de structures et des systèmes inclusifs et dans une association effective et systématique des personnes directement concernées, dans une logique de santé communautaire et une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes³⁹ théorisé par Yann le Bossé.

- **Services d'accueil de jour, services d'accompagnement à la vie sociale, au logement et à l'hébergement**

Bien que s'agissant de structures médico-sociales au sens réglementaire, nous proposons d'intégrer dans cette partie l'offre des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et leurs déclinaisons, qui nous semblent un outil important et un levier pour la participation des personnes. Ces structures apparaissent en effet comme des pivots de l'accompagnement des personnes et supposeraient d'être confortées en ce sens.

Sont regroupés dans la présentation ci-dessous les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accueil de jour (SAJ) et service d'accompagnement au logement / à l'hébergement (SAL / SAH) qui concourent à l'amélioration du mouvement inclusif des personnes en situation de handicap, par un accompagnement social adapté visant le développement de l'autonomie des personnes dans leur milieu de vie ordinaire.

Les structures du département et leur implantation

Agrément	Commune	Gestionnaire
SAJ	Bourg-en-Bresse	Vivre en Ville
SAVS	Bourg-en-Bresse	Vivre en Ville
SAVS / SAL	Bourg-en-Bresse	ORSAC
SAVS	Ornex	Vivre en Ville
SAJ / SAVS	Ambérieu-en-Bugey	Vivre en Ville
SAVS / SAH	Meximieu	APAJH
SAMSAH*	Hauteville-Lompnes	ORSAC

** dédié aux personnes cérébrolésées*

La répartition fait apparaître des zones blanches notamment sur le Bugey et l'ensemble du territoire du **secteur Ouest non pourvu**. L'association Vivre en Ville dit recevoir à Ambérieu des personnes résidant sur le territoire Ouest et bénéficiant d'une notification d'orientation vers un SAVS sans réponse.

Le département ne compte à ce jour pas de SAMSAH dédié à l'accompagnement des personnes ayant un handicap psychique.

³⁹ <http://ardiscanada.ca/?wpsc-product=soutenir-sans-prescrire-2>

• Les groupes d'entraide mutuelle

La loi du 11 février 2005 prévoit le développement de « groupes d'entraide mutuelle » dans un but tant de prévention que de compensation du handicap.

Dès 2005, dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 », un programme de création de groupes d'entraide mutuelle (GEM) destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques est lancé.

Les GEM sont définis dans un cahier des charges, paru en annexe d'une circulaire du 29 août 2005. Leurs caractéristiques principales sont les suivantes :

- les GEM sont, ou ont vocation à devenir, des associations de personnes souffrant de troubles psychiques ou usagers de la psychiatrie, qui se réunissent et s'entraident pour lutter contre l'isolement et organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante ;
- ils sont destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques, qu'elles se considèrent ou non comme handicapées et qu'elles aient ou non choisi de faire reconnaître leur handicap ; l'accès aux GEM n'est pas conditionné par la reconnaissance du handicap et ne passe pas par la MDPH ;
- les GEM sont accompagnés dans la mise en place de leur activité par l'emploi de personnels d'animation ;
- les GEM sont épaulés par des associations ou organismes dits « parrains », en mesure de les aider à développer leur projet associatif et d'assumer les tâches de gestion de leurs activités, notamment en ce qui concerne l'emploi des personnels ;
- ils établissent des partenariats avec certains organismes environnants, principalement la commune où ils sont implantés, l(es) équipe(s) de psychiatrie concernée(s), les associations d'usagers ou de familles d'usagers ;
- les GEM reçoivent une subvention de l'État, notamment pour le salaire de leurs personnels ; ils peuvent également recevoir d'autres subventions et aides diverses.

L'Ain compte à ce jour 5 GEM répartis sur les différents territoires des secteurs :

- Le GEM « Tendre la Main » à Montrevel-en-Bresse : Créé en 2004, il paraît très actif et volontaire pour s'impliquer dans une politique de santé mentale (représentatif des personnes concernées car présidé par un « usager »). Il compense partiellement l'absence d'offre de type SAVS sur l'ouest du département.
- Le GEM de Ferney-Voltaire : Il semble solide, un des plus anciens (ouvert en 2005) et fonctionne en autogestion sous une Présidence de France Bénévolat.
- Le GEM « La Côtière » à Montluel : Ouvert en 2008 il est présidé par une personne en situation de handicap et parrainé par l'association Vivre en Ville. Il note depuis le début d'année 2018 une baisse de fréquentation et de dynamisme. Les adhérents se sont bien mobilisés lors de la rencontre organisée dans le cadre de l'état des lieux.
- Le GEM « à l'Unisson » à Chatillon-sur-Chalaronne : Pour cette structure qui semble très fragile se pose la question du lien avec l'autre GEM du territoire (« Tendre la Main »).
- Le GEM de Bourg-en-Bresse : Créé en 2016, il est au stade de la consolidation. L'état des lieux réalisé dans le cadre du Conseil local de santé mentale de Bourg-en-Bresse⁴⁰ précise que le GEM de Bourg bénéficie depuis octobre 2017 d'un financement de l'ARS destiné à soutenir son développement, et fonctionne avec l'aide de bénévoles et le soutien de l'association Vivre en Ville et d'un Centre Social.

⁴⁰ Etat des lieux des besoins des acteurs de la santé mentale de la Ville de Bourg-en-Bresse – CLSM (Oct. 2017)

Pour les adhérents rencontrés dans le cadre de l'état des lieux, le GEM représente la principale ressource en termes de soutien et d'« entraide », permettant de « rompre la solitude », « échanger », « s'exprimer », « s'obliger à sortir », « aider à rentrer dans la société actuelle ».

Cette hypothèse supposerait d'être confirmée et vérifiée par une observation plus précise de ces dispositifs dans leur environnement, mais les GEM semblent peiner à se situer en tant qu'acteur visible et représentatif (à titre d'exemple, les GEM ne participent pas à la Commission spécialisée en santé mentale, qui ne comporte pas de représentants d'« usagers »).

Les GEM constituent pourtant une ressource précieuse pour la participation des personnes, la pair-aidance mais aussi la prévention des situations de crise.

Ainsi lors de l'échange avec les adhérents d'un GEM il est apparu que ceux-ci savent repérer les signes prédictifs d'un mal-être et d'une crise chez une personne fréquentant le GEM. Les autres adhérents constituent alors un soutien collectif permettant à la personne de prendre conscience de la nécessité de recourir au soin.

Une adhérente du GEM, à propos des « ressources » importantes, cite des professionnels (une IDE et une psychologue) qui assurent son suivi en pneumologie à l'hôpital de la Croix rousse, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. « Je me sens plus soutenue, écoutée ». « Ils nous conseillent, nous aident à nous repérer, nous orienter ». « Je n'ai jamais eu autant de soutien », parfois simplement par téléphone. « Sentir qu'on a quelqu'un derrière ».

Il serait intéressant de penser, à partir des GEM et du dispositif de réhabilitation psychosociale du CPA, une ressource de type éducation thérapeutique du patient.

• **L'UNAFAM et l'aide aux aidants**

Les impacts des problématiques de santé mentale sur le proche entourage de la personne sont multiples et complexes. Transformation de la relation, conséquences nombreuses sur la situation sociale et professionnelle et sur l'état de santé psychique et physique de l'aidant, etc. ...

De nombreux travaux d'étude et de recherche sur les aidants de personnes handicapées ou malades ont permis une reconnaissance progressive de leur rôle – souvent encore invisible et inestimable – et de leur besoin d'aide et de soutien.

S'agissant des situations de maladie mentale et de handicap psychique, certaines spécificités sont à souligner, en particulier

- l'impact psychique pour l'aidant – lié au sentiment d'insécurité et d'incertitude du fait de l'évolutivité et de l'imprévisibilité des troubles,
- ainsi qu'une relation entre aidant et malade fortement affectée et souvent marquée par une communication et une compréhension difficiles, voire une rupture de la confiance.

Les adhérents du GEM rencontrés ont insisté sur ce sentiment d'incompréhension, l'un d'entre eux concluant qu'« il faudrait éduquer les familles ».

L'UNAFAM – Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – joue un rôle prépondérant en termes de soutien et d'aide ainsi que de représentation des familles.

Rôle de l'UNAFAM	- accueil des familles - écoute - information - représentation
Organisation de l'UNAFAM 01 (données mars 2018)	- 1 responsable déléguée (Isabelle Fernandez depuis février 2018) - 1 assistante chargée de communication et de développement (CCD) poste financé par l'ARS - 141 adhérents - 13 bénévoles (4 ou 5 sont actifs)
Représentation : l'UNAFAM siège dans différentes instances	- CPA (siège à la CDU) - Commission départementale des soins psychiatriques - Commission spécialisée en santé mentale - ARS - Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (ex. CDCPH) - Commission droits et autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
Modalités de l'aide aux aidants	- 1^{er} contact : par téléphone via l'assistante CCD - renvoie éventuellement vers la permanence téléphonique (en continu) - proposition d'accueil personnalisé - café rencontre (1 fois par mois) ouvert « à tous » (adhérents ou non) mais pas aux personnes malades - groupe de parole 1 fois par mois animé par un psychologue (financé par l'ARS) et un pair-aidant formé par l'UNAFAM - « Prospect » : programme sur 3 jours pour rompre l'isolement - « Profamilles » participation au programme d'accompagnement sur 3 ans du service Réhab du CPA - Formations sur les troubles psychiques.

D. L'équipement dédié à des publics spécifiques

Comme indiqué dans le préambule méthodologique, ce premier travail d'état des lieux n'a pas ciblé certains publics – recherchant plutôt une approche transversale, néanmoins plusieurs éléments issus des rencontres, entretiens et analyses documentaires ont permis de souligner quelques spécificités liées à l'offre dédiée à certains publics, à prendre en compte de le cadre du diagnostic.

Les personnes âgées

• Organisation du secteur gérontologique sur le département

6 filières gérontologiques traversent le département de l'Ain :

- Pays de l'Ain (CH de Bourg)
- Rhône Nord (CH Villefranche)
- Lyon Nord
- St Julien / Pays de Gex et Bellegarde
- Chambéry / Belley
- Haut-Bugey

Des questions d'accessibilité et de cohérence des découpages territoriaux sont pointées par les acteurs (Trévoux par exemple relève de l'UCC de l'Hôtel Dieu).

2 MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie) interviennent sur le département.

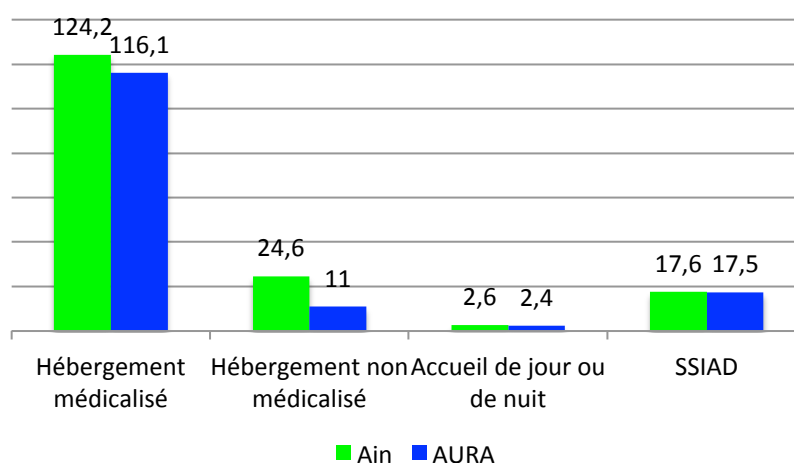
L'Ain compte 8 conseils locaux d'information et de coordination (CLIC) pour 9 territoires, avec, malgré un cahier des charges unique du Conseil départemental, des disparités de fonctionnement liées aux différences de porteurs et de moyens. Celui du Bugey ne fonctionne pas depuis janvier 2017.

• Capacité médico-sociale installée et taux d'équipement

Capacité d'accueil des personnes âgées dans l'Ain au 24/11/2016

Hébergement médicalisé	6 010
<i>Dont accueil temporaire</i>	67
Hébergement non médicalisé	1 188
Accueil de jour ou de nuit	126
ESA	40
SSIAD	852
(dont SPASAD)	(55)

Taux d'équipement en places installées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



Source : STATISS (DREES, FINESS, SAE)

ARS (FINESS 20/11/2016, INSEE 2013)

A propos de cette capacité qui ne semble pas déficitaire (indépendamment du caractère limité et insuffisant d'une approche par le seul taux d'équipement), l'étude récente relative aux parcours d'hébergement et santé mentale indique que « l'accès à des structures d'hébergement adaptées pour des personnes âgées ayant des problématiques d'alcool est très compliqué, et mis en avant par de nombreux professionnels. Refusées des maisons de retraite en raison de leur symptomatologie, ou trop jeunes pour y accéder, ces personnes se retrouvent souvent en CHRS sans solution de sortie. »

Au-delà de ce constat spécifique (mais non quantifié) aux personnes cumulant des problématiques de précarité et d'addiction à l'alcool, plusieurs professionnels ont évoqué lors des réunions de territoire ou des entretiens une certaine réticence des structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées à accueillir des personnes ayant des problématiques psychiatriques.

Perspectives d'évolution de l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées

L'ARS dans son schéma régional confirme et programme l'installation :

- De 13 places d'hébergement permanent, à destination prioritairement de personnes handicapées vieillissantes, sur le secteur de la Filière gérontologique de Saint-Julien / Pays de Gex et Bellegarde en 2019 ;
- De 2 places d'hébergement temporaire sur ce même secteur ;
- De deux plateformes d'accompagnement et de répit à l'échelle du département ;
- D'une offre d'accueil de jour sur le plateau d'Hauteville-Lompnes ;
- De deux PASA sur la filière « Pays du Haut Bugey » (dont un par redéploiement de places d'accueil de jour).

Elle incite les établissements et services à développer des coopérations entre établissements du secteur des personnes âgées et avec d'autres secteurs :

- celui des personnes handicapées (en vue de mutualisation de ressources médicales et spécialisées),
- celui de la psychiatrie, notamment pour les EHPAD afin d'améliorer la prise en compte des situations de crise.

• *L'offre de gérontopsychiatrie*

Le CPA propose un pôle de gérontopsychiatrie (anciennement « dispositif personnes âgées »), dispositif intersectoriel de « prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans atteintes de troubles psychiatriques à décompensation tardive ». Il comporte :

- Deux unités de court séjour – le projet du CPA prévoit que la capacité intra passera de 40 lits à 23 places d'hospitalisation temps plein + 15 places en hôpital de jour ;
- une consultation mémoire interdisciplinaire ;
- 1 équipe mobile psychogérontologique, permettant des interventions ponctuelles pour les situations de crise ;
- 1 CMP dédié aux personnes âgées (à Bourg) ;
- la cellule de prévention en lien avec l'ADAG (voir ci-dessous) ;
- des lits « cachés » en EHPAD.

Le projet du CPA prévoit également que l'expertise développée depuis de longues années par le pôle de gérontopsychiatrie soit diffusée sur les secteurs et les CMP notamment.

- **La cellule de prévention de la détresse chez le sujet âgé⁴¹ :
une référence en matière d'intégration et de prévention**

La cellule de prévention est basée sur un partenariat entre le CPA et l'ADAG (association d'action et de réflexion gérontologique de l'Ain)⁴² et s'appuie sur un fort travail en réseau tissé depuis trente ans et articulant dépistage, prévention et soin.

Elle envisage la détresse du sujet âgé en tant que processus⁴³ à l'issue duquel peut apparaître la crise suicidaire. Cette approche suppose, dans une optique préventive, de porter une attention et une vigilance particulières aux différentes étapes de ce processus et notamment :

- en amont : à la « crise du vieillissement » (comparable à la crise d'adolescence) qui comporte un risque d'évolution vers une dépression morbide ;
- aux différentes étapes de vie se caractérisant par une fragilisation, en particulier l'entrée en EHPAD qui s'avère traumatique.

« Outil de prévention psychosocial fabriqué à partir du partenaire social », la cellule départementale coordonne 9 cellules relais au niveau local des CLIC et CMP, avec 50 référents cellules qualifiés de « sentinelles » (coordinateurs CLIC, référents APA, médecins EHPAD ...).

L'action de la cellule – qui comporte une forte dimension expérimentale, s'articule autour des modalités suivantes :

1. La pré-vention

- Sensibilisation (grand public, centres sociaux), information,
- Formation : sur 3 demi-journées avec mises en situation
→ *Qu'est-ce que la souffrance de la personne âgée ? Comment la repérer ? Quelles sont les ressources disponibles ?*

2. L'inter-vention

- Evaluation et accompagnement : pour les personnes en souffrance, détresse psychologiques ne relevant pas forcément du soin psychiatrique mais du psychologique

3. La post-vention : lieu de parole, d'échange à destination de l'entourage après un suicide.

Le projet et le fonctionnement de cette cellule, selon un modèle de prévention remarquable, interrogent l'articulation entre la prévention et le soin, ainsi que la mission préventive de la psychiatrie (ce sujet sera abordé par la suite dans la partie sur les parcours, plus particulièrement la prévention et la gestion des situations de crise).

- **Autres ressources**

Le département compte en juin 2018 :

- **245 places en unité de soins de longue durée (USLD)**, soit un taux d'équipement départemental (5,1‰) inférieur au taux régional (5,7‰),
- **138 lits et 7 places de SSR**,

accueillant des personnes âgées atteintes de polypathologies.

⁴¹ <http://www.detressepersonnesagees01.org>

⁴² <http://www.adag01.fr>

⁴³ En référence à Jean-Louis Terra

15 EHPAD disposent d'un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), dispositifs proposant des activités sociales et thérapeutiques et permettant « d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. »⁴⁴

Une unité cognitivo-comportementale (UCC) de 10 lits située au CH de Bourg est destinée à l'accueil de personnes malades d'Alzheimer en état de crise psycho-comportementale, afin de gérer la crise, évaluer la situation et aider à l'orientation.

Trois **unités d'hébergement renforcées (UHR)** sont autorisées par l'ARS sur le département, mais selon les acteurs une seule est installée (au CH de Fleyriat à Bourg).

6 structures proposent des **consultations mémoire**.

L'Ain dispose également de deux **plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants** de personnes âgées.

Les personnes porteuses de troubles du spectre autistique

Pour les enfants et adolescents l'offre est nuancée

Le diagnostic des troubles du spectre autistique chez l'enfant est réalisé par le CEDA'Ain (Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme de l'Ain)⁴⁵, service du CPA et antenne du Centre Ressource Autisme. A noter sur le Pays de Gex que certaines familles (qui le peuvent) font faire des « études » s'apparentant à un diagnostic à l'Université de Genève.

Le secteur « enfants » sur le département apparaît relativement bien doté en offre dédiée aux personnes souffrant d'autisme ou de TED, mais l'approche quantitative ne tient pas compte de la répartition de l'offre ni des conditions d'accompagnement. Or quelques nuances sont formulées à propos de l'adaptation des établissements médico-sociaux : un seul IME (H. Lafay) serait réellement spécialisé dans l'accompagnement des TSA.

S'agissant d'accompagnement en milieu ordinaire, l'offre en SESSAD est limitée à Bourg et Nantua / Gex. Certains enfants sont orientés vers le SESSAD S'Calade de Villefranche.

A noter des moyens importants affectés à l'unité d'enseignement en maternelle dédiée à l'autisme à Prévessin-Moëns.

L'offre à destination des adultes semble insuffisante

La MDPH pointe :

- l'absence de ressource en termes de diagnostic (le CEDA'Ain s'adresse aux enfants) ;
- le manque d'adaptation des structures médico-sociales pour adultes handicapés porteurs de troubles du spectre autistique et nécessitant un accompagnement soutenu.

Cela conduit d'une part à ce que certaines situations « critiques » se tournent vers le Vinatier, d'autre part à ce que la MDPH préconise des orientations vers des structures hors département. Ce point supposerait d'être approfondi car au regard des agréments et des « livrets autisme Rhône-Alpes » (LARA, proposés par le Centre ressources Autisme pour mieux connaître les structures médico-sociales accueillant ce public), plusieurs établissements sont concernés dans l'Ain (au moins 4 FAM).

⁴⁴ *Cahier des charges des PASA*

⁴⁵ http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_Plaquette-CEDA-AIN.pdf

Le document « état des lieux et évolution de l'offre médico-sociale » réalisé dans le cadre du PRS indique que le département ne dispose pas à ce jour d'établissements pour adultes autistes. « La création d'une offre pour adultes autistes pourrait être étudiée en fonction des orientations du 4^{ème} plan autisme et des marges régionales disponibles ».

S'agissant de personnes moins dépendantes, le secteur de l'emploi en milieu protégé n'a pour l'instant pas travaillé sur une offre spécifique, interpellant la continuité des parcours.

Le SAVS-SAJ « Eclat » couvrant le Pays de Gex et le canton de Bellegarde accompagne certaines personnes porteuses de TSA.

En outre deux ressources départementales sont mentionnées à propos de l'accompagnement des TSA chez les adultes :

- une équipe mobile de 20 places à vocation départementale pour des interventions à domicile et en établissements⁴⁶ ;
- une plateforme de répit⁴⁷ dédiée à l'accompagnement des aidants non professionnels de personnes porteuses de troubles du spectre autistique.

Sources : Entretien MDPH, Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Schéma départemental handicap, site internet du CRA

L'accès aux soins psychique des personnes en situation de précarité

Rappelons à l'échelle régionale l'existence d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dédié spécifiquement aux personnes en situation de précarité.

Le département de l'Ain compte deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à Bourg et Oyonnax destinées à faciliter l'accès aux soins hospitaliers notamment par l'accès aux droits. Il dispose également d'une PASS psy, portée par le Carrefour santé mentale et précarité.

Dispositif intersectoriel du CPA, le CSMP est une institution dans le département créée par un psychiatre militant.

Il comporte aujourd'hui différents services :

- une équipe mobile santé mentale précarité ;
- une permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique ;
- une équipe de psychologues insertion (jusqu'en décembre 2017) ;
- une coordination santé mentale dans l'Ain* ;
- un espace de réflexion et d'informations sur la précarité.

* voir ci-dessous la partie concernant les dispositifs de coordination.

La file active du Carrefour en 2016 était de près de 900 patients, plus de 350 ayant été accompagnés par la Permanence d'accès aux soins de santé (avec une majorité de migrants). Le rapport d'activité du Carrefour fait notamment état :

- ⇒ de conditions de vie des patients fortement dégradées
- ⇒ de difficultés d'accès aux soins très variables selon les secteurs.

⁴⁶ http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_ema-bourg-en-bresse-livret-autisme-rhone-alpes.pdf

⁴⁷ http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_plateforme-de-repit-apajh-01.pdf

Les migrants et demandeurs d'asile

Le dispositif de demande d'asile

Le présent état des lieux ne se risquera pas à décrire un dispositif relativement complexe et changeant rapidement compte tenu de sa forte actualité politique.

Il s'avère cependant que les diverses structures de l'Ain accueillant des demandeurs d'asile, telles que les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), se trouvent confrontées à de nombreuses situations de souffrance voire de troubles psychiques graves et spécifiques. Celles-ci sont liées aux problématiques de l'exil associées aux divers vécus traumatiques (non seulement de par la situation à l'origine de l'exil mais aussi du fait des conditions de voyage et d'accueil) – avec des impacts plus particuliers et potentiellement plus graves pour les enfants.

Des réponses ponctuelles et « a minima »

Face à ce constat et à l'augmentation forte du nombre de personnes concernées, l'association ALFA3A gestionnaire d'une part majeure du dispositif de demande d'asile de l'Ain, a fait le choix de recruter un temps de psychologue (2 fois 0,8 ETP pour le centre provisoire d'hébergement (CPH) et les deux sites du CADA) permettant de repérer et d'orienter les principaux troubles, mais aussi de proposer des actions de soutien sous une forme collective.

Rappelons que l'équipe mobile santé mentale précarité accompagne des migrants vivant avec des problèmes de santé mentale depuis sa création en 2008. Aujourd'hui, 60% de sa file active est constituée de migrants, quel que soit leur statut (demandeurs d'asile, déboutés, statutaires). Si les migrants vivant avec des troubles psychiatriques sévères peuvent aussi être soignés par les CMP et services intra du CPA, l'équipe mobile santé mentale précarité reste l'équipe en charge du dépistage et de l'orientation de l'ensemble des migrants arrivant sur le département de l'Ain et prend en charge sur le plan psychothérapique les migrants vivant avec des troubles traumatiques.

Une réflexion urgente à développer

Si cette problématique ne saurait être suffisamment développée ici, quelques points d'attention peuvent être soulignés dans le cadre de cet état des lieux en santé mentale :

- Les problématiques connues par les personnes concernées sont très spécifiques même si elles peuvent être rapprochées de la situation des réfugiés (voir remarque précédente sur la question de l'exil et du vécu traumatique). Au regard de la précarité de leur statut et de l'incertitude quant à l'issue de leur situation (qui relève d'une procédure d'une durée moyenne de 6 mois) il semble risqué de prendre en compte ces personnes dans le cadre du droit commun, y compris s'agissant des problèmes de santé mentale. **La question d'un dispositif de soin dédié** (de même que pour l'hébergement) doit donc être posée, éventuellement selon une approche interinstitutionnelle.
- Le phénomène actuel de la demande d'asile est considérable en nombre : si la capacité des structures d'accueil est limitée (237 places de CADA en 2016), le flux de personnes concernées est très important (on se rapproche actuellement de 2000 personnes suivies dans le cadre du dispositif « asile » de l'Ain) et son ampleur suppose d'être prise en compte dans une approche prospective.

Santé mentale et détention

Cette question n'a pas été prise en compte dans le présent état des lieux, or il existe des liens très importants entre ces deux notions.

On peut souligner la situation préoccupante du centre pénitentiaire de Bourg (qui comporte une maison d'arrêt, un centre de détention et un centre de semi-liberté pour une capacité totale approchant 700 places) – en termes d'accès aux soins et de prévention. L'offre de santé mentale et de psychiatrie du centre pénitentiaire est portée par le CPA, qui doit assurer un lien avec le CH de Fleyriat en charge de l'offre de santé somatique du CP.

De nombreux détenus (environ $\frac{1}{4}$ selon une estimation) nécessitent des soins psychiatriques, certains une hospitalisation, qui doit être organisée dans un cadre très sécurisé à concilier avec l'évolution de l'offre du CPA vers une ouverture des services plus conforme à la liberté d'aller et venir des patients.

Le projet médical du CPA prévoit également d'améliorer l'organisation du suivi des patients à la sortie de détention.

2.3 Les acteurs de la coordination et de l'intégration

Au regard de la complexité du dispositif et des cloisonnements institutionnels faisant obstacle aux parcours des personnes, se développent différents dispositifs de coordination, à différentes échelles (départementale ou locale) et selon différents niveaux de positionnement et d'action (au niveau des situations accompagnées par les professionnels ou au niveau des structures).

Dans une logique de transversalité, leur présentation est peu aisée compte tenu de la complexité des dispositifs qu'ils coordonnent (mentionnés dans les parties précédentes sur l'équipement).

Nous proposons d'évoquer d'une part les ressources de coordination « généralistes », d'autre part celles dédiées à certains domaines ou « types » de publics (personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, personnes âgées), avant de souligner le développement de diverses commissions de concertation et de coordination.

Les ressources « tous publics »

- *Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)*

Au nombre de 27 sur le département, elles permettent un lieu d'exercice pluridisciplinaire et parfois un travail en réseau.

Leur développement s'accompagne d'une évolution vers l'idée « d'équipe traitante » (plutôt que médecin traitant) ou référente.

Les représentants de Vilhôt'Ain comparent la prise en charge au sein des MSP à celle des CMP. Ils soulignent l'enjeu de faire mieux connaître ces structures par l'hôpital et le CPA.

Leur fonctionnement est organisé autour du principe d'une coordination systématique avec analyse du niveau de complexité lors de réunions de concertation pluriprofessionnelle (permettant une approche plurifactorielle). Il est intéressant de noter qu'environ la moitié des MSP du département, au moment de leur labellisation, mentionnait dans leur projet de santé la présence d'un temps de psychologue (ceci ne pouvant préjuger de l'effectivité de cette présence aujourd'hui).

Si la complexité d'une situation s'avère importante (par exemple une association de problématiques médicale et sociale), la MSP sollicite de réseau de santé Souti'Ain qui apporte un appui opérationnel avec un souci de réactivité.

- *Souti'Ain*

Souti'Ain est un réseau de santé polyvalent et global issu en 2013 d'une fusion entre un réseau addictions et le réseau Vilhôt'Ain sous statut expérimental.

Cette plateforme d'appui à la coordination des parcours a pour missions d'informer, orienter et accompagner les personnes en demande (patients ou professionnels) dans leur parcours de santé.

L'intervention du réseau se fait selon 3 niveaux :

- **Niveau 1 : Réponse immédiate : information – orientation**, peut être sollicité par toute personne (professionnel, parent, patient)
- **Niveau 2 : Appui ponctuel aux professionnels de santé**
 - Information – orientation
 - Appui
 - Réunion de concertation pluriprofessionnelle

NB : le médecin reste ici le pivot de la prise en charge pour toutes les situations.

- **Niveau 3 : Coordination ou appui à la coordination**
 - L'intervention à domicile des coordinatrices d'appui pour une évaluation multidimensionnelle permet un repérage des dysfonctionnements
 - Elle donne lieu à un échange avec les personnes et leur entourage et les professionnels
 - Un projet personnalisé de santé est rédigé par la coordinatrice et validé par tous
 - Dans ce cadre, le réseau a la possibilité de prendre en charge des consultations de psychologue, diététicienne, ergothérapeute ...

La notion de complexité retenue est celle de complexité *ressentie* par les professionnels, elle est donc très subjective et varie selon le contexte (les personnes, les ressources sur le territoire, l'expérience des professionnels etc. ...). Les quatre coordinatrices d'appui sont formées et utilisent une grille d'identification des critères de complexité.

Très apprécié des professionnels qui le sollicitent, à ce jour le réseau semble insuffisamment identifié par la MDPH.

- ***Les équipes mobiles de psychiatrie***

Précédemment décrites dans la partie sur l'équipement, ces équipes mobiles s'apparentent à des structures de coordination.

Les ressources de coordination dédiées à certains publics

- ***Les personnes en situation de handicap***

La maison départementale des personnes handicapées

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été créées par la loi de 2005 dans un souci de simplification des parcours et d'amélioration de l'accès aux droits des personnes handicapées avec la mise en place d'un « guichet unique » dans chaque département. « La MDPH assure une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ». Elle assure à celles-ci « l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. ».

« La réponse accompagnée pour tous »

En juin 2014, le rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » entérine le « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches » et propose que tous les acteurs (maisons départementales des personnes handicapées, agences régionales de santé, rectorats, conseils départementaux, gestionnaires d'établissements)

s'organisent et se coordonnent pour construire avec les personnes ou leurs familles des réponses à leurs besoins.

Ce rapport « choc » a donné lieu au lancement d'une démarche nationale, « une réponse accompagnée pour tous », d'abord expérimentée dans certains départements puis appliquée dans des territoires pionniers (tels que l'Ain courant 2017) avant d'être généralisée dès 2018. Cette démarche comporte 4 axes :

- ⇒ Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent ;
- ⇒ Déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous ;
- ⇒ Soutien par les pairs ;
- ⇒ Accompagnement au changement des pratiques.

Les principes du dispositif d'orientation permanent ont été traduits dans l'article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En cas d'inadaptation des réponses ou d'indisponibilité d'une offre satisfaisante, un usager de MDPH peut bénéficier d'un plan d'accompagnement global (PAG) proposé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Ce plan a pour objectif d'anticiper les risques de rupture de parcours ou de permettre d'expérimenter un accompagnement qui n'avait pas pu être mise en œuvre jusque-là.

La MDPH peut mobiliser un groupe opérationnel de synthèse (GOS) auquel participent les professionnels et les institutions concernés par la situation de la personne ou susceptibles d'apporter des réponses, l'usager ou son représentant légal. La MDPH peut également solliciter la participation des autorités de contrôle et de tarification pour acter tout moyen supplémentaire et/ou dérogation garantissant la mise en œuvre opérationnelle de la solution.

Ce plan prévoit des modalités de suivi : périodicité (actualisation au moins une fois par an) et identification d'un coordonnateur de parcours parmi les acteurs de la mise en œuvre du plan. Il a pour objectif, au-delà des seules situations critiques, de ne laisser aucune personne handicapée sans solution en anticipant les risques de rupture de parcours.

Au niveau de la MDPH de l'Ain, une référente « réponse accompagnée pour tous » a été nommée depuis août 2017. Elle nous a précisé qu'à ce jour la quasi-totalité des situations dont elle a été saisie sont liées à des situations de handicap d'origine psychique. Au-delà de la gestion des situations, un travail important est nécessaire en termes de prévention de ces situations.

Les pôles de compétences et de prestations externalisées

Issus du Plan autisme et mis en œuvre par la circulaire du 12 avril 2016⁴⁸, ces « PCPE » s'inscrivent dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » à la suite du rapport « Zéro sans solution » visant à « créer les conditions nécessaires pour assurer la continuité des parcours des personnes handicapées et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique du fait de l'absence d'une réponse adaptée ».

Le département compte en juin 2018 cinq pôles de compétences et de prestations externalisées autorisés, ayant pour vocation de travailler en réseau en s'appuyant sur une palette de prestataires extérieurs et un coordonnateur de parcours.

⁴⁸ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40807.pdf

• Les personnes en situation de précarité

Le carrefour santé mentale précarité du CPA

Le CSMP, au-delà de son action de « 1^{er} niveau » de prévention et de soins à destination des personnes en précarité, exerce une fonction de coordination et d'appui à la concertation par différentes actions, notamment :

- l'organisation d'« espaces rencontres » trimestriels au sein de la plupart des CHRS (entre l'équipe éducative, l'infirmière et le psychologue de l'équipe mobile santé mentale précarité), permettant un échange et une analyse partagée sur certaines situations complexes ;
- l'appui à la coordination de parcours, via l'équipe mobile, en apportant après évaluation de la situation un soutien aux partenaires dans l'orientation et l'accompagnement ;
- L'unité de coordination en santé mentale (CSM01) qui vise à impulser une dynamique de concertation entre les différents acteurs de l'Ain en vue d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion. Son objectif est de développer les actions de coordination des parcours et de gestion des situations complexes. Elle propose notamment un appui à l'émergence, la structuration et l'action des Conseils Locaux de Santé Mentale (*voir ci-dessous*).

La Coordination santé mentale de l'Ain s'inscrit dans la continuité des travaux de la Coordination handicap psychique, née en 2010 pour répondre à un besoin de travailler ensemble en recréant du lien entre le médico-social et le social et la psychiatrie.

La veille sociale et le service intégré de l'accueil et de l'orientation

Le dispositif départemental de veille sociale comprend :

- Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) de l'Ain ;
- un service d'appels téléphoniques pour les sans-abri dénommé « 115 » qui permet d'apporter, par voie téléphonique, à tout moment et sans délai, une première écoute attentive et humaine ;
- un accueil de jour sur Bourg-en-Bresse, géré par l'association Tremplin, lieu de sociabilité, d'échange et d'abri dans la journée ;
- une équipe mobile ou maraude qui, pendant les périodes hivernales, va à la rencontre des personnes en difficulté sur Bourg-en-Bresse.

Le SIAO, géré par l'association Tremplin, est chargé de coordonner l'ensemble des dispositifs relatifs à la veille sociale. Ce service n'a pas été approché dans le cadre de cet état des lieux, mais il constitue la principale source d'observation en termes de besoins et d'offre de logement et d'hébergement, déterminants de santé mentale.

Le SIAO anime une Commission « Parcours Résidentiel » à laquelle participent différents acteurs du social et de la santé mentale, afin d'échanger sur des situations complexes.

• Les personnes âgées

La MAIA

MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. C'est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : **l'intégration des services d'aide et de soins**. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008. L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. Elle conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine

à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décroisée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

La MAIA fonctionne selon 3 mécanismes interdépendants :

- **La concertation**, qui permet de décroiser les différents secteurs et de construire un projet commun entre les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- **Le guichet intégré** consiste à fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
- **La gestion de cas** mise en œuvre pour les personnes âgées en situation complexe, avec un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation). Le gestionnaire de cas devient l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire. Pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés.

3 outils permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert :

- **Le formulaire d'analyse multidimensionnelle** (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle – le *ResidentAssessment Instrument-Home Care* (utilisé en principe par les gestionnaires de cas).
- **Le plan de service individualisé (PSI)**. C'est un outil de gestion de cas servant à définir, à planifier et à suivre de manière cohérente et continue l'ensemble des interventions assurées auprès d'une personne âgée en situation complexe.
- **Le système d'informations partageables** entre les professionnels du territoire dans un objectif de continuité des parcours de vie des personnes.

Au-delà de cette présentation générale, le dispositif sur le département n'a pas été observé. Rappelons comme indiqué dans la partie précédente que le territoire de l'Ain est couvert par 2 MAIA.

La cellule de prévention ADAG / CPA

Le modèle de coordination développé par la Cellule départementale ADAG CPA en matière de prévention et d'intervention (voire de postvention) a été présenté dans la partie sur l'équipement. Elle s'avère un outil précieux et efficace de coordination des interventions du social et de la psychiatrie.

Plusieurs échanges dans le cadre des réunions de territoire ont souligné le fait que le secteur gériatrique, qui est avancé en termes de réflexion sur la notion d'intégration, pourrait être source d'inspiration.

Autre source de réflexion possible, le modèle américain des ACO (accountable care organizations) pour l'organisation intégrée des différents acteurs autour du projet de soin – incluant une dimension de prévention.⁴⁹

⁴⁹ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf>

- **Les commissions développées autour des « situations complexes » :
une gestion inter-institutionnelle de problématiques institutionnelles**

Le développement de ces commissions de « concertation » ou de « coordination » répond, par une approche et une gestion inter-institutionnelle, aux limites des logiques institutionnelles et à des problématiques de parcours parfois engendrées par une complexité des dispositifs et un cloisonnement des institutions. Quelques exemples de cette « nouvelle » approche.

La prise en compte des jeunes en « situation complexe » ou « à difficultés multiples »

Des difficultés ont été soulignées dans le cadre de cet état des lieux, notamment en termes de continuité de parcours et d'accompagnement, pour des enfants et adolescents relevant de différentes institutions à la fois (MDPH, ASE, PJJ, Education nationale, pédopsychiatrie ...), sans solution d'accompagnement stable et satisfaisante. Parmi les nombreux jeunes « aux frontières de différentes structures et institutions »⁵⁰, certains vivent des situations inadaptées ou inopérantes (adoptées par défaut), et insatisfaisantes à bien des égards : placements multiples, marqués par l'échec, hospitalisations répétitives, incertitude sur le retour dans les institutions d'origine ...

Ces jeunes sont souvent qualifiés de manière abusive et univoque d'« incasables » ou encore de « cas lourds ». Or c'est non seulement la complexité de la situation des jeunes (familiale, psychologique, parfois de handicap, au sens retenu dans la définition de la loi du 11 février 2005), mais aussi la complexité institutionnelle autour de ces jeunes, qui provoquent ces difficultés.

Pour mieux prendre en compte ces « difficultés multiples » relevant des différents champs sanitaire, social (voire médico-social) et les nombreuses situations d'exclusion dont sont l'objet ces jeunes, le Conseil départemental a mis en place un « pôle ressources », instance de concertation entre les institutions concernées, visant à une définition partagée de modalités d'accompagnement plus adaptées.

Si les situations rencontrées sont peu nombreuses, elles sont complexes et mobilisent beaucoup de temps et d'énergie de la part des professionnels. Les difficultés sont principalement liées :

- Au « cercle vicieux de l'exclusion » et l'incapacité à « penser positif » à propos de ces jeunes marqués par l'échec ;
- à l'urgence qui fait souvent obstacle à la pensée.

Comment alors penser et construire le projet de manière positive ?

Le Directeur des Solidarités du Conseil départemental note que « des solutions restent à imaginer, par exemple selon le principe de la réponse accompagnée pour tous dans le champ du handicap, ou encore de la MAIA en gérontologie avec des gestionnaires de cas (ou référents) ».

D'autres commissions de concertation se développent plus localement

Ainsi la commission « cas complexes » de la ville de Bourg-en-Bresse réunissant des professionnels municipaux de l'accompagnement social et médico-social (des services « action sociale » et « aînés et personnes handicapées »), du service hygiène et santé publique (hygiène de l'habitat et ASV), la chargée de mission prévention-sécurité de la police municipale, et la plate-forme Souti'Ain (convention avec la Ville).

D'autres peuvent être mentionnées, telles que la « commission d'étude technique » au niveau de la MDS de Bourg-en-Bresse, ou encore la commission « situations complexes » entre l'ATMP et le CMP.

⁵⁰ *Projet médical du CPA*

Eléments de réflexion sur ces commissions

Le développement spontané et progressif de ces modes d'intervention « interinstitutionnelle » de plus en plus organisés est positif puisque permet de créer des espaces de concertation voire de décision entre acteurs d'institutions diverses dont les différences de point de vue sur une même situation nécessitent échange et partage.

Pour autant quelques points d'attention peuvent être formulés, dont un souligné dans l'état des lieux réalisé en 2017 dans le cadre du Conseil local de santé mentale de Bourg-en-Bresse : « Ces commissions de coordination apportent de réelles plus values aux professionnels. (...) Elles sont à développer et à pérenniser mais également il est important de les faire connaître à l'ensemble des acteurs de la santé mentale, pour éviter les clivages et améliorer la coordination, pas seulement au niveau des acteurs et des institutions, mais aussi entre les différents champs de la santé mentale. »

On peut à partir de cette remarque souligner l'intérêt de veiller à ne pas superposer ces espaces de coordination. Le CLSM de Bourg-en-Bresse tente ainsi de mettre en cohérence les différentes commissions à l'échelle de la ville et de les réunir sous une seule commission d'étude de cas complexe portée par le CLSM et animée par la MDS.

Un autre point d'attention très sensible est celui de la place reconnue et effectivement accordée aux personnes principalement concernées (usagers, patients, bénéficiaires ...) dans ces fonctionnements. On ne peut que rappeler que cette place est à promouvoir systématiquement.

PRINCIPALES RESSOURCES ET COORDINATIONS DANS LES TERRITOIRES DU DEPARTEMENT DE L'AIN

EST

*Le plus peuplé en nombre (près de 173 000 habitants), mais peu densément car très étendu (1 852 km²)
Peu de ressources*

Ressources d'appui

- 3 MDS (Bresse, Dombes, Côteire Val-de-Saône)
- 1 CH (Trévoux) / pas de SAU/SMUR
- 3 MSP
- 1 coordinatrice d'appui (Souti'Ain)
- CMP Pivot : Chatillon-sur-Chalaronne
- 1 CMP antenne : Montrevel-en-Bresse
- 2 GEM (Montrevel-en-B., Chatillon-sur-C.)

Coordinations

- 3 territoires CLIC

OUEST

*Le plus faible en superficie (875 km²)
et en nombre d'habitants (112 800)
« Effet Préfecture »*

*Concentration des dispositifs – notamment en psychiatrie (dispositifs intersectoriels)
→ « Migration » des bénéficiaires et usagers*

CENTRE

Ressources d'appui en santé mentale

- 2 MDS (Bourg-en-B., Bresse)
- 1 CH / 1 SMUR – 2 SAU
- 7 MSP
- 1 coordinatrice d'appui (Souti'Ain)
- CMP Pivot : Bourg-en-Bresse
- 1 GEM (Bourg-en-B)

Coordinations

- 1 Contrat de Ville, 2 quartiers politique de la ville,
- 1 CLS, 1 ASV et un CLSM à Bourg-en-Bresse
- 2 territoires CLIC

*Plus étendu (1 901 km²) / Moins densément peuplé (172 900 habitants)
Géographiquement contrasté : plateau d'Hauteville, Côteire ...
144 communes dont : Ambérieu / CCPA ; Belley ; Hauteville / CCPH*

Ressources d'appui

- 3 MDS (Côteire Val-de-Saône, Plaine de l'Ain, Bugey)
- 2 CH (Belley, Hauteville-L.) / 2 SAU/SMUR (Belley, Ambérieu)
- 11 MSP
- 1 coordinatrice d'appui (Souti'Ain)
- CMP Pivot : Ambérieu-en-Bugey
- 2 CMP antennes : Montluel et Belley
- 1 GEM (Montluel)

Coordinations

- 3 Contrats de Ville, 3 quartiers politique de la ville
- 5 territoires CLIC

SUD

*Le plus densément peuplé (167 528 habitants / 1 122 km²)
Économiquement plus aisé mais très contrasté
Fortes dynamiques partenariales
Proximité avec la Suisse :
- manque de ressources (notamment libérales et enfance)
- près de 30 000 bénéficiaires et ayant-droits à réintégrer l'AM française*

Ressources d'appui

- 3 MDS (Haut-Bugey, Pays-de-Gex – Bellegarde, Bugey)
- 1 CH (Oyonnax) / 1 SAU/SMUR
- 6 MSP
- 1 coordinatrice d'appui (Souti'Ain)
- CMP Pivot : Oyonnax
- 2 CMP antennes : Bellegarde-sur-V. et Ferney-V.
- 1 GEM (Ferney-V.)

Coordinations

- 2 Contrats de Ville, 3 quartiers politique de la ville
- 3 CLS en cours de signature (Gex, Bellegarde et Oyonnax) ; 1 ASV (Oyonnax)
- 4 territoires CLIC

Ressources / coordinations

ASV : atelier santé ville

CH : centre hospitalier

CLIC : centre local d'information et de coordination

CATTP : centre d'activités thérapeutiques à temps partiel

CLSM : conseil local de santé mentale

CMP : centre médico-psychologique

CMP pivot : intègre équipe mobile et HDJ

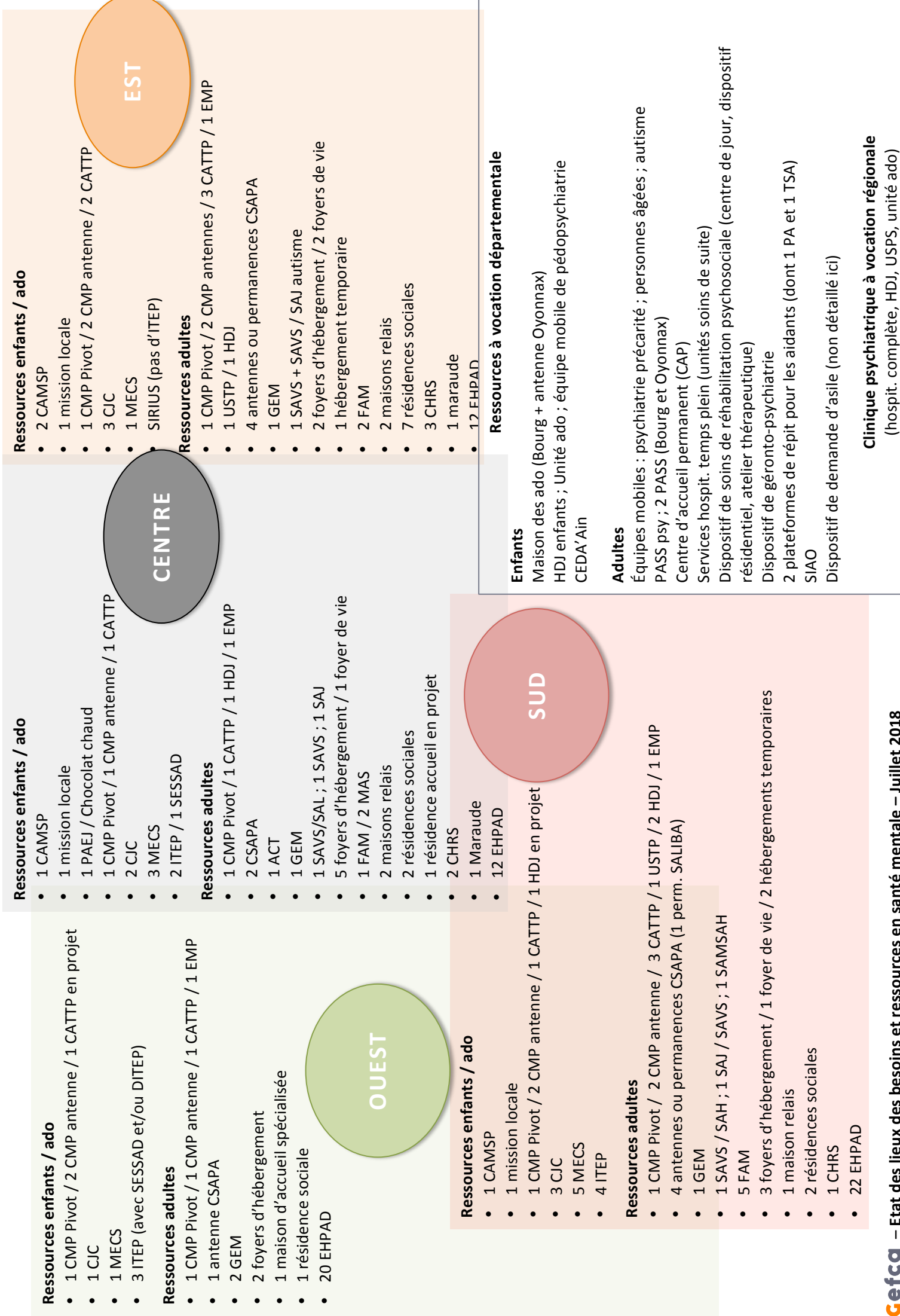
GEM : groupe d'entraide mutuelle

MDS : maison des solidarités

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

SAU : service d'accueil d'urgence

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation



3. SYNTHÈSE DE LA 1^{ÈRE} PARTIE

« CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE APPROCHE DES BESOINS ET RESSOURCES »

Quelques spécificités de l'Ain peuvent être soulignées au regard de cet état des lieux en santé mentale :

- L'Ain est très étendu et contrasté, avec une disparité infra-départementale importante ;
- Sa dynamique démographique actuelle et prévisionnelle est bien plus forte que la moyenne ;
- Sa densité en fait un département « de taille humaine, où tout le monde se connaît » ce qui s'avère favorable au travail transversal ;
- Situé « entre Lyon et la Suisse », l'Ain semble relativement peu attractif pour les professionnels ;
- Un « effet Préfecture » doit être pris en compte dans l'état des lieux des besoins et ressources.

Insuffisance des indicateurs liés aux déterminants sociaux de santé mentale

L'Ain se trouve dans une situation relativement « correcte » par rapport aux données régionales :

- des revenus disponibles plutôt élevés ;
- une présence relativement faible de foyers allocataires à bas revenus ;
- une part de la population couverte par le RSA (et le « RSA socle ») beaucoup plus faible qu'en moyenne dans la région ;
- un taux de bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les moins élevés.

Mais ces indicateurs « généraux » masquent certaines réalités préoccupantes, telles que :

- une intensification de la pauvreté ;
- des contrastes infra-départementaux importants en termes de précarité.

Les données concernant l'état de santé permettant une approche quantitative des besoins

En 2014, les données sur les mortalités selon les causes indiquaient dans l'Ain :

Données sur la mortalité

- environ 190 décès pour troubles mentaux et du comportement, nombre en forte augmentation entre 2010 et 2014 ;
- près de 28 décès pour abus d'alcool ;
- environ 60 décès par suicide – avec une tendance à la baisse.

Estimations de l'état de santé mentale	Par application du taux national, on peut estimer à près de 45 000 le nombre de personnes dans le département, tous âges confondus, qui souffriraient de symptômes dépressifs. Plus de 12 300 personnes de plus de 65 ans seraient ainsi concernées.
---	---

Recours à l'offre	Environ 600 jeunes sont accueillis chaque année par la Maison des ados 543 élèves en situation de handicap du fait de « troubles du psychisme » sont scolarisés en milieu ordinaire ; 576 au sein des établissements médico-sociaux. 527 jeunes ont fait l'objet d'une orientation vers un ITEP en 2016, soit une augmentation progressive de 13,1% depuis 2012. 10% des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance relèveraient de soin psychiatrique ; la moitié environ serait en souffrance psychique. Environ 1 200 jeunes sont vus chaque année (au moins une fois) par le dispositif de pédopsychiatrie. Le CPA compte une file active annuelle totale : - d'un peu plus de 15 000 patients vus en ambulatoire, - d'un peu moins de 1 000 patients hospitalisés à temps plein uniquement.
--------------------------	--

Affections psychiatriques	Selon les données admises sur les estimations de prévalence des diverses pathologies psychiatriques en France, on peut estimer à près de 24 000 le nombre de personnes concernées dans l'Ain (soit 5% de la population adulte). En 2016, 10 990 personnes sont prises en charges au titre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) dans le département de l'Ain, soit plus de 15% de plus qu'en 2012. On peut estimer entre 990 et 1160 le nombre de jeunes de 0 à 19 ans porteurs de troubles du spectre autistique sur le département, dont 330 à 405 avec retard mental. On peut estimer entre 7 500 et 10 000 le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés dans l'Ain. Selon les données de prévalence de l'ALD 15, ce sont 2 370 personnes qui étaient prises en charge pour une affection de longue durée « maladie d'Alzheimer et autres démences » dans l'Ain en 2016.
----------------------------------	--

Handicap psychique	Par application d'une estimation de prévalence du handicap psychique de 1% de la population, environ 6 260 personnes seraient concernées dans le département.
---------------------------	---

Protection juridique	En 2016, 3 450 majeurs faisaient l'objet d'une mesure de protection juridique dans l'Ain. En 2008 ils étaient 2 620 (soit + 31,7%).
-----------------------------	--

Des disparités dans la répartition de l'équipement

Une problématique de désertification des professionnels de santé publique

La démographie des professionnels de santé alarmante dans le département de l'Ain concerne tant les médecins généralistes que psychiatres, ainsi que les psychologues et les professionnels paramédicaux.

Un effet « Préfecture » avec deux écueils

- la concentration des dispositifs sur Bourg qui conduit à un « appel » et une « migration », avec une concentration des difficultés et des publics cumulant les problématiques (non chiffrée) ;
- un manque d'accessibilité des ressources pour le reste du territoire.

Des « zones blanches » sur le département, en particulier

- **le pays de Gex** – cumulant un déficit d’offre médico-sociale et libérale ainsi qu’en pédopsychiatrie ;
- **la Bresse**, territoire très étendu disposant de peu de ressources avec une faible dynamique d’acteurs ;
- **le Bugey autour de Belley** (des manques notés pour l’enfance handicapée).

Certaines structures inexistantes ou insuffisantes sur le département

Le département de l’Ain ne dispose pas de certains types de structures ou modalités d’accueil : Centre médico-psycho-pédagogique, lits halte soins santé, hospitalisation à domicile en psychiatrie, accueil familial thérapeutique (offre non connue, très réduite ou inexistante), SAMSAH dédié au handicap psychique.

Le poids de l’institution

En termes de ressources recensées dans le cadre de cet état des lieux, le poids de l’offre institutionnelle apparaît disproportionné par rapport à d’autres types de ressources notamment de pair-aidance. Cet écart a pu ressortir par exemple des rencontres organisées dans les territoires où les professionnels étaient très majoritaires par rapport aux personnes directement concernées.

Le corollaire de ce poids est l’importance des problématiques institutionnelles conduisant à une approche de la santé mentale encore trop souvent centrée sur les institutions.

Une offre en évolution

Depuis plusieurs années, le mouvement de « désinstitutionnalisation », de diversification de l’offre et de proximité des réponses traverse les différents champs sanitaire, social, médico-social.

Il se traduit notamment dans l’Ain comme ailleurs par **un développement de l’« aller vers » et des ressources mobiles** : équipes mobiles (de psychiatrie, médico-sociales ...), services médico-sociaux (SESSAD, SAVS ...) ou encore de structures spécialisées « intégrées » au droit commun (unités d’enseignement externalisées, psychiatrie de liaison ...).

Ce mouvement inclusif à poursuivre suppose une transformation des cultures et pratiques professionnelles qui demande à être accompagnée.

Le développement de dispositifs de coordination apparaît lui aussi comme un révélateur des limites d’une logique institutionnelle primant sur les notions de parcours et de besoins des personnes.

Des évolutions sont à soutenir vers le développement de ressources mobiles et intégrées ainsi que d’une approche préventive.

Cette évolution – encore lente mais déterminante – fait écho aux recommandations du rapport d’E. Piel et JL Roelandt⁵¹ selon lesquelles « la logique doit être de type réseau plus que de type institutionnelle ». « Nous proposons une mutation du dispositif de psychiatrie qui permette d’aller vers les personnes malades ou souffrantes, avec les professionnels sanitaires, médico- sociaux et sociaux et avec les élus locaux. »

⁵¹ « de la psychiatrie vers la santé mentale » (2001)

Des dynamiques d'acteurs sur lesquelles s'appuyer

Au-delà du recensement des ressources « institutionnelles », étape préalable nécessaire dans le cadre d'un état des lieux, le diagnostic en santé mentale et la démarche projet consécutive supposent en effet de s'appuyer sur des dynamiques d'acteurs et de réseau.

Les acteurs rencontrés dans le cadre de cet état des lieux (notamment les réunions de territoire) ont de différentes manières souligné l'enjeu d'« inventer des choses ensemble » pour dépasser les limites des ressources, optimiser et relier les moyens.

• Les dynamiques à l'échelle départementale

Sans volonté d'exhaustivité, la mission d'état des lieux a permis de repérer « de l'extérieur » certaines dynamiques d'acteurs sur lesquelles une politique de santé mentale pourrait utilement s'appuyer, mais non exclusivement puisqu'elle nécessite de mobiliser bien d'autres acteurs (notamment la MDPH dont la place devrait être interrogée).

Celles-ci ont été identifiées essentiellement sur les publics et thématiques suivants :

Santé mentale et hébergement social	ALFA 3A CPA – CSMP Tremplin – SIAO	ARS DDCS
Santé mentale et logement	ORSAC ALFA3A Bailleurs sociaux CD – pôle logement	ARS
Santé mentale et jeunes	MDA Education nationale CPA – dispositif de pédopsychiatrie CD – Protection de l'enfance - CPEF	ARS
Santé mentale et personnes âgées	ADAG CPA CD	ARS
Handicap psychique et emploi	ORSAC Insertion ADAPT Cap Emploi CARSAT	ARS

D'autres thématiques sujets à réflexion conjointe pourraient être soulignées, telles que les addictions, ou la petite enfance (autour de la PMI).

D'autres enfin pourraient être suggérées :

Santé mentale et parcours de soins	Souti'Ain CPA Aides UNAFAM	ARS
Santé mentale et citoyenneté	Vivre en ville GEM CPA – DRPS	

- *Les contrats locaux de santé et conseils locaux de santé mentale, instances locales de concertation*

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), piliers de la démocratie en santé mentale et outils de décloisonnement

Issus de la politique de sectorisation dans les années 60, puis préconisés en tant que Conseils locaux de secteurs dans la circulaire du 14 mars 1990, les Conseils locaux de santé mentale se sont largement développés à partir des années 2000.

Ces instances ont pour vocation de réunir, sur un territoire donné, les différents acteurs et institutions concernés par les questions de santé mentale (élus locaux, psychiatrie, acteurs sociaux et médico-sociaux, personnes directement concernées – usagers et aidants).

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé donne une base légale à ces instances, dont l'objet suppose une organisation souple et variable en fonction des caractéristiques, besoins et ressources du territoire.

CLSM dans l'Ain

Un seul CLSM existe à ce jour, sur la ville de Bourg-en-Bresse. Créé en 2007 dans le cadre de la politique de la Ville, puis « mis en sommeil » à partir de 2012, le CLSM de Bourg a été « réactivé » en 2016 dans le cadre du Contrat local de santé, avec le recrutement d'un poste de coordinateur. Un état des lieux en santé mentale a été réalisé en 2017 dans le cadre du CLSM faisant l'objet d'un rapport.

Deux autres CLSM sont en projet, à Oyonnax et Saint Genis Pouilly.

Les CLSM peuvent prendre appui sur les contrats locaux de santé – outre à Bourg-en-Bresse, ceux-ci sont en cours de signature sur trois communes du territoire Est : Gex, Bellegarde-sur-Valserine et Oyonnax – où existe déjà un Atelier santé ville très actif.

2^{EME} PARTIE : PROBLEMATIQUES AU REGARD DES PARCOURS

Nous reprenons dans cette partie le « modèle de la rosace » de l'ANAP dans son guide méthodologique⁵² qui propose une approche centrée sur les parcours des personnes et cible les difficultés et points de rupture potentiels généralement repérés dans les parcours en psychiatrie et santé mentale.

Ces difficultés sont regroupées en cinq « portes d'entrées » interdépendantes utiles pour établir pour un diagnostic partagé, et présentées dans le schéma ci-contre.



Cette approche diagnostique pertinente dans une logique institutionnelle et organisationnelle est complémentaire à une approche centrée sur les déterminants de santé mentale.

Les cinq dimensions de la rosace peuvent être mises en regard des 6 priorités de la circulaire du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale :

1. Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;
2. Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
3. L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
4. La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
5. Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;
6. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

⁵² ANAP « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale – Méthodes et outils pour les territoires » (décembre 2016)

Les cinq dimensions de la rosace n'ont pas fait l'objet ici d'une étude approfondie comme cela a pu être le cas dans les expérimentations conduites par l'ANAP (qui préconise dans sa méthodologie de diagnostic 3 réunions de concertation pour chacune des cinq « portes d'entrée »).

1. L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

La question de l'accès au diagnostic et aux soins a été pointée par l'ANAP au regard de nombreuses situations délétères mais difficilement mesurables de **non accès aux soins psychiatriques** (environ un tiers seulement des personnes atteintes de schizophrénie aurait recours chaque année à un soin) et d'**errance diagnostique** (le temps moyen séparant l'apparition de troubles bipolaires et leur diagnostic est d'environ 8 à 10 ans).

Ces problèmes sont complexes car multifactoriels avec, au-delà de la difficulté à la formulation d'un diagnostic psychiatrique liée à la complexité des troubles, différents obstacles notamment :

- d'ordre culturel et sociétal (peu maîtrisables à l'échelle des acteurs locaux) liés aux représentations fortement négatives relatives à la maladie mentale et à la psychiatrie, pouvant freiner une démarche individuelle d'accès aux soins ;
- d'autres plus organisationnels et institutionnels liés au manque d'accessibilité des soins psychiatriques, se traduisant en termes de disponibilité, de proximité, de réactivité, d'adaptation, d'alternatives à l'hospitalisation ...

Dans l'organisation actuelle, cet accès au diagnostic et aux soins est le plus souvent envisagé :

- par la psychiatrie de secteur et le centre médico-psychologique,
- par le « centre d'accueil permanent » (CAP), le plus souvent sollicité pour les situations de crise (voir la partie 5 sur ce sujet).

En pratique les personnes peuvent faire une démarche spontanée d'accès aux soins, ou être adressées par divers professionnels de santé (médecins libéraux, services hospitaliers dont les services d'urgence) mais aussi d'autres professionnels.

Nous aborderons ici d'une part une approche quantitative de cette dimension (à l'appui notamment des indicateurs ANAP), d'autre part des problématiques délicates liées à cette question et soulignées par les acteurs lors des différents échanges comme de possibles axes de travail :

- le « problème » de la non demande et du refus de soins ;
- celui du manque de réponse à l'issue de ce 1^{er} accès au diagnostic ou aux soins.

Approche quantitative des difficultés d'accès aux soins

- **Une variabilité des délais de 1^{er} rendez-vous en CMP**

Sur ce point sont notés des écarts importants :

- entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile
- entre les différents CMP selon leur organisation.

En ce qui concerne les enfants

Le délai s'élève en moyenne à 6 mois d'attente, ce qui est évidemment lié pour partie aux postes non pourvus.

Là encore sont constatées des disparités importantes selon les territoires, avec des situations extrêmes en psychiatrie infanto-juvénile pour le territoire « Est » :

- les CMP de Ferney-Voltaire et de Bellegarde n'ont plus de pédopsychiatre depuis plusieurs mois, les patients sont orientés vers Bourg-en-Bresse ;
- le pédopsychiatre intervenant au CMP d'Oyonnax n'est présent qu'un jour par semaine (venant de Bourg-en-Bresse).

Mais le délai d'attente important s'explique également par l'organisation de la prise en charge, et par le fait que le 1^{er} rendez-vous n'est proposé qu'avec un psychologue ou un médecin.

		CPA			Rhône-Alpes		
		Moyen	Mini	Maxi	Moyen	Mini	Maxi
Psychiatrie générale	1 ^{er} RDV	13,1	4	50	21	1	90
	RDV médecin	45,8	15	90	43,5	0,5	140
	RDV psycho.	97,6	7	815	65,2	1	815
	Post-hospit.	14,8	7	30	20,8	0	90
Psychiatrie IJ *	1 ^{er} RDV	67,5	30	90	114,9	3	550
	RDV médecin	105	30	180	119,5	3	550
	RDV psycho	80,6	30	180	114,4	3	547
	Post-hospit.	14,75	8	21	15,15	0	60

Source : ARS – Etude sur les CMP en Rhône-Alpes (2015 – données portant sur l'activité 2014)

Pour les adultes

En cas d'urgence un rendez-vous est proposé **le jour même ou le lendemain** (J ou J+1). Hors situations d'urgence, un 1^{er} rendez-vous est proposé avec un infirmier **sous une quinzaine de jours** – le projet médical du CPA prévoit de réduire ce délai à moins de 7 jours.

L'étude précitée de l'ARS relative aux CMP faisait état de délais très variables, selon les CMP, selon les publics (enfants, adultes, sortant d'hospitalisation) et selon les types de rendez-vous (1^{er} RDV, consultation médicale ou psychologique) :

- de 4 à 50 jours de délai pour un premier rendez-vous (13 jours en moyenne) pour les adultes
- de 30 à 90 jours pour les enfants, avec une moyenne de plus de 2 mois.

* 8 répondants sur 10 CMP

• **Pourcentage de rendez-vous programmés en CMP non honorés**

Cette donnée issue de l'étude de l'ARS renvoie à une problématique importante des CMP (et d'ailleurs plus généralement des structures de soins) qui constitue un élément de difficulté de l'optimisation des ressources humaines.

	Moyen	Mini	Maxi
CPA	12,57%	5%	30%
Rhône-Alpes	11,4%	0%*	35%

Source : ARS – Etude sur les CMP (2015)

* certains CMP déclarent un pourcentage nul de RDV non honoré (cf. Vinatier, St Cyr, CHAI, CH de Roanne, CH Drôme Nord) ce qui peut poser question !

Les données actualisées du CPA font état de pourcentages différents, très variables en fonction de l'organisation du service :

	Maxi	Non excusés
Psychiatrie générale	15,8%	8%
Psychiatrie infanto-juvénile	11,4%	6%

Cette question des délais est complexe, puisqu'elle renvoie à la diversité de fonctionnement interne des CMP, elle-même liée à différents paramètres, celui des ressources disponibles, de leur organisation, mais aussi des critères d'inclusion des patients. A ce propos, l'état des lieux réalisé dans le cadre du CLSM de Bourg-en-Bresse relève que « les critères d'inclusion des différents CMP du département ne semblent pas être les mêmes, certains faisant de la question de la demande du patient un critère d'inclusion fort et pas d'autres, d'autres privilégiant certaines psychopathologies (psychoses notamment) ».

Problématiques liées à la question de l'accès aux soins et au diagnostic

• La « non demande » et le « refus de soins »

Ce sujet s'avère sensible en psychiatrie et très complexe, il sera difficile de le synthétiser ici mais les principaux éléments de ce qui apparaît souvent comme un problème ont été rappelés lors des réunions de territoire (notamment à Oyonnax) et des entretiens.

Qu'il s'agisse de soins somatiques ou psychiques, le fait de recourir aux soins (ou de les refuser) est par principe un droit et une liberté, non une obligation. Les soins sans consentement doivent rester une exception très encadrée et limitée dans le temps⁵³. Il est cependant difficile de dissocier cette question de la demande de celle de la crise (voir ci-dessous la partie 5).

A partir de ce principe juridique, de multiples points de vue en présence (évoqués ici de manière assez simplifiée) peuvent se trouver en contradiction ou en tension à propos de la perception d'un besoin de soins :

- au regard du droit et d'une efficacité thérapeutique, les soignants « attendent » en principe la formulation d'une demande ;

⁵³ Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

- l'entourage et la famille se trouvent souvent dans une situation d'appréhension, d'inquiétude voire d'angoisse pour leur proche et/ou pour eux-mêmes, avec souvent le sentiment de ne pas être entendus ;
 - les médecins traitants lorsqu'ils orientent vers la psychiatrie peuvent se retrouver face à des situations de refus de prise en charge incompris (si non explicités) ;
 - la personne quant à elle peut souvent se trouver en position de déni, ou d'anosognosie, ou encore être réticente pour diverses raisons évoquées plus tôt (manque de disponibilité ou d'adaptation des réponses aux besoins ressentis, manque d'alternatives à une hospitalisation redoutée, force des représentations vis-à-vis de la psychiatrie ...).
- Les professionnels rencontrés soulignent le fait qu'une « non demande » peut constituer une demande dès lors qu'un autre permet de la révéler.

L'extrait d'un article du dernier bulletin de la revue Rhizome⁵⁴ résume sur ce point assez bien les enjeux et ce que l'on peut dire des phénomènes de projection vis-à-vis de la psychiatrie (avec une ambivalence sociétale renvoyant à la tension entre sécurité et liberté) : « La psychiatrie a souvent été accusée de « surinterventionnisme » (hospitalisations abusives, contrôle social, gestion de l'ordre public, psychiatrisation du social), alors même qu'elle se limitait à soigner ceux qui venaient à elle, d'eux-mêmes ou emmenés par des tiers. Plus récemment, alors que les prises en charge psychiatriques se déroulent de plus en plus en dehors des lieux de soins, elle est également critiquée pour son « sous-interventionnisme » (dés-hospitalisations abusives, socialisation de la psychiatrie). Les différents acteurs de l'action sociale, du médico-social, de l'ordre public, de la justice, de la psychiatrie et les familles rencontrant des situations impliquant potentiellement la psychiatrie, questionnent la légitimité de celle-ci à intervenir – et à ne pas intervenir – hors d'un lieu de soins. Une frontière, ou plutôt une zone d'intersection floue et mouvante existe entre les situations dans lesquelles une intervention psychiatrique est considérée légitime (et où ne pas intervenir serait illégitime) et celles dans lesquelles elle serait considérée illégitime. Sachant que, bien souvent, les acteurs n'ont pas le même avis, y compris au sein des équipes psychiatriques. »

Il semble que la question de l'accès aux soins (y compris en situation de crise comme nous l'évoquerons ci-dessous) doive se recentrer sur la personne – avec toute la difficulté que cela représente et le temps que cela peut nécessiter – ainsi que sur la tension entre le vécu de la personne et celui de son propre entourage.

Insistons ici sur l'intérêt des structures d'« aller vers », développées à partir des situations de grande précarité à la fin des années 1990, puis généralisées à d'autres publics et d'autres secteurs. Autre facteur d'amélioration de l'accès aux soins, les ressources intégrées, telles que la cellule de prévention de l'ADAG ainsi que la psychiatrie de liaison ou encore l'implantation du CMP dans une maison de santé pluridisciplinaire (comme c'est le cas à Chatillon-sur-Chalaronne).

Cette évolution s'inscrit dans un des principes directeurs du rapport de 2001 « De la psychiatrie vers la santé mentale » : « Il est urgent d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la cité ».

• *l'« après diagnostic »*

L'accès au diagnostic et l'accès aux soins psychiatriques semblent devoir être distingués, car la question de la mise en place d'un soin sur la durée se pose au delà de la 1^{ère} consultation.

Le CPA indique qu'à défaut de moyens, de nombreuses personnes ne sont vues qu'une fois. Parmi elles **80% auraient besoin d'un suivi mais qui ne peut être proposé par le CPA faute de moyens.**

⁵⁴ « Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ? – In « Aller vers » ... d'autres pratiques ? Rhizome (Juin 2018)

Différents professionnels rencontrés dans le cadre des réunions de territoire ont souligné de nombreuses situations dans lesquelles le diagnostic ouvre une porte sur un « vide » en termes de soins (voir notamment la situation de démographie des professionnels de santé dans la partie sur les ressources). Si des progrès ont pu être faits en termes de dépistage, de diagnostic et d'orientation, l'accès aux soins reste problématique. Ce point concerne différents territoires – en premier lieu l'Est et le pays de Gex dont la situation est « catastrophique », mais il a également été évoqué pour le territoire Ouest. Il concerne de manière plus spécifique le secteur de l'enfance, avec un malaise perçu par les professionnels – notamment de l'Education nationale – lorsqu'ils réalisent un travail peu aisé d'accompagnement des parents à la formulation d'une demande et que celle-ci ne peut donner lieu à une réponse dans des délais satisfaisants.

2. Situations inadéquates

La notion d'inadéquation est révélatrice de difficultés en termes d'observation et d'objectivation des besoins. Elle appelle deux remarques principales illustrant la difficulté d'une telle approche – malgré tout son intérêt :

- Elle est fortement subjective – qui considère comme inadéquate telle situation ? Une situation est-elle considérée comme inadéquate du point de vue de la personne concernée ? Le plus souvent, il s'agit du point de vue de la structure d'accueil, en référence à ses propres contraintes institutionnelles (l'inadéquation peut alors s'observer par des situations d'exclusion) ;
- Elle est reliée à un contexte de temps et d'espace, caractérisé par exemple par une capacité donnée de tel ou tel équipement ; elle rejoint ainsi la question de l'observation des flux – « la personne est-elle à la bonne place au bon moment ? »

L'ANAP, dans sa méthodologie sur les parcours en psychiatrie et santé mentale, propose d'objectiver cette notion au regard de certains indicateurs d'observation des « situations inadéquates », en particulier liées à l'hospitalisation en psychiatrie (hospitalisations prolongées et réhospitalisations).

Nous proposons d'ajouter à ces indicateurs « rosace » de l'ANAP des données informant sur l'inadéquation des réponses proposées aux situations rencontrées, ainsi par exemple les situations connues de la MDPH telles que les « situations critiques » ou les situations d'exclusion. D'autres données – par exemple celles du « pôle ressources » du Conseil départemental – pourraient utilement compléter ces éléments.

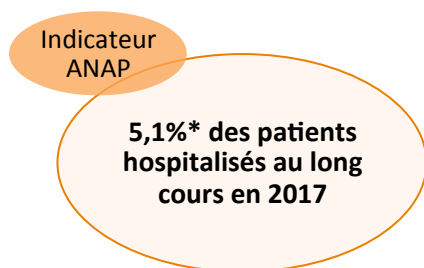
Les situations d'hospitalisation inadéquate en psychiatrie

Les hospitalisations prolongées en psychiatrie

Cet indicateur renvoie à une observation précédente selon laquelle la psychiatrie dans sa mission de soin et non d'hébergement, n'a pas vocation à accueillir des personnes de manière durable – celles-ci relevant d'autres modes d'accompagnement.

Au CPA en 2017 la durée moyenne de séjour d'hospitalisation (= nombre annuel de journées d'hospitalisation / nombre de séjours observés sur la même période) était de 22,6 jours et la durée moyenne d'hospitalisation par patient (= nombre annuel de journées d'hospitalisation / nombre de

patients concernés) de 49,9 jours. On peut alerter sur le fait que des précautions d'ordre méthodologique sont utiles⁵⁵ pour pouvoir réaliser des comparaisons.



** Taux d'hospitalisation temps plein prolongées
= Nombre de personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
÷ File active des personnes hospitalisées sur l'année
= 101 / 1979.
Source : CPA, DIM*

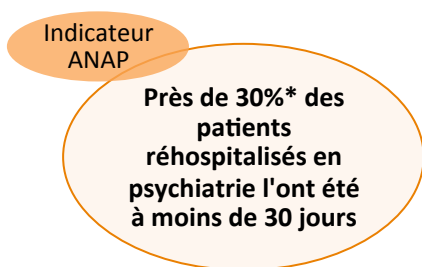
Cet indicateur diffère à plusieurs égards de celui utilisé par l'ARS dans son enquête sur les hospitalisations au long cours en psychiatrie⁵⁶, qui observe le taux de patients hospitalisés à temps plein au long cours **un jour donné** en divisant le nombre de patients hospitalisés au long cours au 21/10/2015 par le nombre de patients hospitalisés à temps plein le même jour (121 / 339).

La notion de long cours concerne ici « les hospitalisations supérieures ou égales à 292 jours dans l'année (continues ou non) associées à une présence en hospitalisation l'année précédente. »

Ainsi calculé, ce taux était au moment de l'enquête de l'ARS (octobre 2015) de 36% pour l'Ain (CPA) et de 21% pour la moyenne de Rhône-Alpes.

L'objectif fixé par l'ARS est de parvenir à un taux maximum de patients hospitalisés au long cours. Le CPA a engagé depuis un travail, et a inscrit dans son projet médical la perspective de transformer dans les prochaines années deux unités de suite pour mieux répondre à la réalité des besoins (voir la partie sur la présentation de l'équipement).

Les réhospitalisations en psychiatrie



** Taux de réhospitalisation moins de 30 jours après la sortie d'hospitalisation
= Nombre de réhospitalisation temps plein à moins de 30 jours
÷ nombre total de réhospitalisations temps plein à 365 jours
= 345 / 1173
Source : CPA – DIM*

⁵⁵ <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-5-page-381.htm>

⁵⁶ Les hospitalisations psychiatriques au long cours en Rhône-Alpes – ARS Rhône-Alpes (Octobre 2016)

Les hospitalisations de patients jeunes en psychiatrie adulte

Indicateur
ANAP

**Moins de 0,5%* de
patients jeunes
hospitalisés en
psychiatrie adulte**

* = Nombre de personnes présentes en hospitalisation temps plein (complète ou partielle) ayant moins de 17 ans
÷ file active des personnes hospitalisées à temps plein sur l'année
Source : CPA – DIM

Situations d'exclusion des établissements médico-sociaux

Au regard des statistiques de la MDPH concernant les demandes d'exclusions ou de fin de prise en charge par des établissements médico-sociaux, on constate une augmentation du nombre de demandes d'exclusions entre 2016 et 2017.

Concernant les enfants et adolescents

En 2016
6 exclusions

- 2 d'IME (17 et 18 ans)
- 4 d'ITEP (10 et 14 ans)

En 2017
10 exclusions

- 1 d'IME (18 ans)
- 8 d'ITEP (1 de 7 ans, les autres de 12 à 16 ans)
- 1 du CRP Perspective Jeunes

Concernant les adultes

En 2016
4 exclusions

- 1 d'ESAT
- 1 de foyer d'accueil médicalisé
- 1 de SAMSAH
- 1 de foyer de vie

En 2017
9 exclusions

- 7 d'ESAT
- 1 d'SAVS
- 1 de foyer d'accueil médicalisé

Le rapport d'activité de la MDPH fait état de 12 recours gracieux (sur 375) concernant une décision d'orientation médico-sociale d'adultes en situation de handicap en 2016.

Chez les enfants 115 recours (sur 190) concernent des décisions relatives au parcours de scolarisation.

Les « situations critiques » de personnes handicapées nécessitant une coordination avec la psychiatrie

La personne en charge de la « réponse accompagnée pour tous » à la MDPH de l'Ain nous a transmis les chiffres relatifs aux « situations critiques » qui ont impliqué une coordination avec la psychiatrie.

NB : les commissions de situations critiques sont en voie d'être remplacées par des groupes opérationnels de synthèse (GOS) dans le cadre du dispositif d'orientation permanent (DOP) et du plan d'accompagnement global (PAG) s'inscrivant dans la mise en œuvre de la démarche nationale « une réponse accompagnée pour tous » (*présenté précédemment dans la partie sur les dispositifs de coordination*).

En 2017 : sur 12 situations « critiques », 6 ont impliqué la présence d'un ou plusieurs professionnels du secteur psychiatrique.

2018 : sur 12 situations connues au 18 mai, 8 ont nécessité cette coordination.

« Cette coordination s'est faite sous forme de présence aux commissions de situations critiques, à des synthèses organisées par la MDPH, l'Aide sociale à l'enfance, une association de tutelles ou une unité du CPA. »

Le caractère très relatif et contextuel de ces « situations inadéquates » suppose de permettre une approche « macro » voire « méta » et interroge l'organisation et la fluidité du dispositif (*voir aussi la partie suivante sur l'accès aux accompagnements*).

Sur ce point on peut souligner le besoin d'une clarification partagée des rôles de chacun entre acteurs du sanitaire, social et médico-social, ainsi que l'intérêt d'une concertation entre les lieux d'orientation en matière d'accompagnement médico-social et de logement / hébergement (CDAPH et SIAO).

3. L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Sont envisagés ici :

- les délais de traitement des dossiers MDPH
- les orientations vers les établissements et services médico-sociaux
- les durées de séjour dans les établissements et services médico-sociaux
- l'accès à l'hébergement
- la question de l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique.

Les délais de traitement des dossiers MDPH

Le rapport d'activité 2016 de la MDPH de l'Ain indique que :

- la quasi totalité des dossiers (98%) est traitée en moins de 6 mois,
- un peu plus de la moitié (51,7%) en moins de 4 mois.

Le délai moyen d'instruction diffère selon le type de demande (et selon les années). En 2016 les demandes d'orientation (professionnelle et médico-sociale) ainsi que les demandes de PCH nécessitaient un peu plus de temps que la moyenne :

Délai moyen d'instruction selon le type de demande en 2016 (en mois)

Prestation de compensation du handicap	5,11
Orientation professionnelle	4,66
Orientation médico-sociale	4,22
Allocation pour adulte handicapé /complément	4,07
Reconnaissance de travailleur handicapé	3,89
Affiliation à l'assurance vieillesse	3,77
Carte d'invalidité ou de priorité	3,72
Carte de stationnement	3,63
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé /complément	3,6
Allocation compensatrice de tierce personne	3,53
Parcours de scolarisation	3,14

Source : Rapport d'activité 2016 MDPH de l'Ain

NB : Ces données concernent le délai de traitement des dossiers réputés complets, et ne prennent pas en compte le délai moyen éventuel à compter du dépôt de la demande initiale.

Les autres indicateurs de l'ANAP n'ont pas pu être renseignés :

- Proportion de patients hospitalisés en attente de logement, en attente de place en établissement médico-social ;
- Difficultés en termes d'accès au logement.

Les orientations vers des établissements et services médico-sociaux

Indicateur
ANAP

Environ 60 patients
hospitalisés en
psychiatrie adulte
bénéficient d'une
orientation CDAPH en
attente de structure

*Sont concernés 100% des patients de l'unité
« Bourneville »*,
ainsi qu'environ ¼ des autres services de suite
du CPA.*

* Dans la partie sur l'équipement a été mentionné le projet du CPA de transformer l'unité de Bourneville en Maison d'accueil spécialisée, ce qui permettra d'une part de résoudre une partie des situations d'hospitalisations inadéquates, d'autre part d'augmenter la capacité du département en MAS – mais ceci n'excluant pas la nécessité d'adapter les structures existantes à l'accueil des personnes ayant des problématiques psychiatriques.

S'agissant des orientations vers les établissements et services médico-sociaux, on peut citer le rapport d'activité 2016 de la MDPH qui constate, à propos des décisions d'orientation vers des établissements et services médico-sociaux, des « taux d'évolution très élevés entre 2012 et 2016 (certes comportant des doubles-comptes) alors que sur la même période la population générale n'a augmenté « que » de 9%, ce qui pose question. La diminution des lits d'hospitalisation en psychiatrie, le vieillissement de la population et l'accroissement de l'espérance de vie des personnes handicapées sont vraisemblablement les principaux facteurs de cette évolution. »

On peut nuancer cette observation par le fait que ces évolutions concernent en pratique essentiellement des orientations vers des services – d'accueil de jour (SAJ), d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), et d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés (SAMSAH), plus que vers des établissements.

L'utilisation de l'extranet « portail établissements » permet de faire le lien entre l'orientation prononcée par la Commission départementale Droits et Autonomie et l'inscription en liste d'attente ou l'admission effective en établissement (étendue en 2016 aux foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées). Mais la principale difficulté en termes d'observation des orientations réside dans le fait que les données de la MDPH ne sont pas associées à des typologies de handicaps ou de troubles, mais concernent des décisions d'attribution de prestation ou d'orientation vers des types de structures.

A partir de celles-ci, il n'est pas possible de préciser la population faisant l'objet d'une décision de la CDAPH et relevant du handicap psychique, à deux nuances près :

1. Les jeunes relevant d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

Ne sont disponibles ici que les flux d'orientation vers les ITEP, c'est à dire le nombre annuel de décisions d'orientation. En 2016 selon le rapport de la MDPH, 527 faisaient l'objet d'une orientation, soit une **augmentation progressive de 13,1% des orientations vers les ITEP depuis 2012**.

2. Les jeunes relevant de l'amendement Creton

Le rapport d'activité 2016 de la MDPH fait état de plus de 55 jeunes, au 1^{er} mars 2017, maintenus en établissements pour enfants dans le cadre de l'amendement Creton.

Sur ces 55 jeunes on peut en identifier a minima 7 relevant d'une problématique de santé mentale :

- 2 relevant de MAS ou FAM très spécialisés pour personnes autistes avec troubles du comportement graves ;
- 5 relevant de MAS ou FAM pour personnes avec déficience intellectuelle et troubles associés.

Par ailleurs, il est précisé dans le schéma départemental en faveur des personnes handicapées qu'**environ 30% des dossiers étudiés par la CDAPH relèveraient de situations de handicap psychique**, et mériteraient une prise en compte dans le cadre d'une sous-commission spécifique ou une amélioration de la connaissance des problématiques.

La CNSA lancera prochainement un projet national sur l'analyse des pratiques des équipes pluridisciplinaires des MDPH pour élaborer une méthodologie d'aide à la proposition des réponses en matière d'orientation médico-sociale des personnes en situation de handicap.

La durée de séjour dans les établissements et services médico-sociaux

L'ANAP interroge le taux de rotation par type d'établissements et de services médico-sociaux : foyers d'accueil médicalisé (FAM), maisons d'accueil spécialisé (MAS), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), foyers de vie, services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Celui-ci n'a pas pu être recueilli dans le cadre de cet état des lieux. Il serait disponible dans les tableaux de bord des structures médico-sociales recueillis par l'ANAP.

Quelques indications sur ce point sont issues d'une étude conduite en 2013 par le siège de l'ORSAC relative aux collaborations sanitaire, médicosocial et social entre les structures gérées par l'association dans l'Ain. Cette étude qui portait notamment sur les « flux de patients entre les structures » constatait un « turn-over » relativement faible dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, en particulier lié au manque de possibilités de sorties – en milieu ordinaire, ESAT ou logement adapté. Lors des réunions de territoire dans le cadre de cet état des lieux, a par exemple été mentionnée une durée moyenne de séjour d'environ 8 ans ½ pour le FAM de Roche Fleurie.

L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique

Cette question a été évoquée lors des entretiens avec l'UNAFAM et avec la MDPH.

L'étape d'évaluation des situations par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH, en amont de l'orientation, est essentielle et déterminante. Celle-ci doit intégrer les projets de vie des personnes et s'appuyer sur le guide national officiel d'évaluation multidimensionnelle des situations de handicap (GEVA), inspiré d'une approche environnementale du handicap et portant sur différents domaines de vie (emploi, logement, soins, participation à la vie sociale ...).

Dans les faits le GEVA n'est pas uniformément utilisé ni dans son intégralité ni pour toutes les demandes. En outre s'agissant des situations de handicap d'origine psychique, les équipes chargées des évaluations peuvent rencontrer des difficultés notamment liées à la délimitation du champ de l'altération, aux particularités de certaines maladies mentales, au rapport des personnes avec leurs troubles psychiques ainsi que d'autres facteurs tels que l'évolutivité et la variabilité intra-personnelle des troubles.

De nombreuses questions se posent, liées principalement :

- à la recherche de l'expression des attentes de la personne concernant son projet de vie, à la prise en compte la non demande ; à la place des aidants familiaux ;
- à la dimension situationnelle de l'évaluation et sa faisabilité ;
- au repérage de l'évolution des capacités et besoins de la personne ; à la réactivité nécessaire pour les prendre en compte et éviter les ruptures ...

En pratique la MDPH de l'Ain constate souvent qu'elle manque d'éléments d'évaluation. Elle évoque l'intérêt d'une instance de discussion telle que « l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) CPA » dédiée qui existe pour les enfants.

La principale problématique évoquée par l'UNAFAM et la MDPH concerne celle de l'évaluation et de la valorisation des capacités de la personne, de l'évaluation avec la personne de ses besoins en accompagnement. Plus précisément, la subtile distinction entre « capacités » de la personne et « réalisation effective » des activités – très prégnante au regard des problématiques de volition souvent rencontrées – n'est pas toujours faite dans l'application des critères d'éligibilité à la prestation de compensation du handicap (PCH).

L'ANAP dans son guide sur les parcours en psychiatrie et santé mentale note ainsi que l'utilisation insuffisante du référentiel GEVA pour évaluer les besoins des personnes en situation de handicap psychique peut conduire à formaliser des plans personnalisés de compensation inadaptés ou à sous évaluer la PCH voire ne pas la délivrer⁵⁷. On peut faire référence également au travail important conduit par la CNSA sur la question de l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique et au guide technique d'appui établi en 2017 pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques⁵⁸, ainsi qu'au décret du 2 mai 2017 « modifiant le référentiel d'accès à la prestation de compensation » visant à améliorer l'accès à la PCH pour les personnes porteuses d'un handicap psychique, cognitif ou mental.

Dans l'Ain, la représentante de l'UNAFAM évoque la perspective d'un travail conjoint sur ce thème avec le service social du CPA. Insistons ici sur le fait qu'il serait important d'associer à ce travail la MDPH ainsi qu'un GEM.

L'accès à l'hébergement

Le rapport de l'étude de l'ORSPERE sur les parcours d'hébergement et de santé mentale souligne un taux de rotation très faible sur les dispositifs des maisons relais et des résidences sociales, créant d'importants délais d'attente. Ainsi en 2017 :

- sur 803 places en résidence sociale, seulement 26% des préconisations du SIAO ont été admises ;
- sur 88 places en maisons relais, seulement 19% des préconisations ont abouti.

Le même rapport préconise la création de places supplémentaires en CHRS, en particulier sur les territoires de Gex et Bellegarde en soulignant qu'en 2016, 42% des réponses faites aux demandes du 115 étaient négatives, dans la quasi totalité des cas par manque de place.

Le PDALPD quant à lui indique que le territoire ne fait pas face à un manque structurel de places d'hébergement mais d'avantage à une « inadéquation entre l'offre proposée et les besoins parfois spécifiques des ménages ». Cela aurait pour conséquence que la fluidité dans les parcours de l'hébergement au logement ne soit pas toujours assurée, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ajoutons que la tendance n'est pas du tout dans la création de place en CHRS mais plutôt dans le développement de la politique du logement d'abord⁵⁹.

4. L'accès aux soins somatiques

Bien que s'agissant d'une problématique importante et ciblée par l'ANAP dans sa méthodologie de diagnostic territorial, peu d'éléments sont ressortis sur ce point des entretiens et des réunions. Or plusieurs travaux et rapports mettent en évidence les multiples corrélations entre soins somatiques et santé mentale (qui est une composante essentielle de la santé), parmi lesquelles :

- une morbidité et une mortalité supérieures à la moyenne chez les personnes malades* ou en situation de handicap ;

⁵⁷ Voir aussi le rapport de l'ODENORE « La compensation du handicap psychique face au risque de non recours » (juillet 2017)

⁵⁸ https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf

⁵⁹ <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>

- des comportements plus à risque : problèmes en termes d'hygiène de vie (nutrition, hygiène corporelle), surconsommation de substances psychoactives ...
- des inégalités dans l'accès aux soins somatiques ...

* Ainsi par exemple « le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé dans la schizophrénie que dans la population générale et l'espérance de vie diminuée de 20 % chez les patients atteints de schizophrénie. Cette diminution serait due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste étant lié à des maladies physiques, aux difficultés d'accès aux soins et à des conditions socio-économiques défavorables. Parmi les maladies physiques en cause dans la surmortalité observée chez les patients schizophrènes, figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de risques sont l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète et les troubles du métabolisme lipidique⁶⁰ ».

De plus, de nombreuses études internationales⁶¹ montrent que certains neuroleptiques participent à cette surmortalité et que le risque de mortalité augmente avec le nombre de neuroleptiques différents prescrits.

Les indicateurs proposés par l'ANAP⁶² pour observer l'accès aux soins somatiques des personnes ayant des problématiques de santé mentale concernent :

- les personnes présentant une ALD « affection psychiatrique de longue durée » ;
- les patients de psychiatrie.

Ces indicateurs n'ont pu être construits dans le cadre de l'état des lieux, ils supposeraient un travail spécifique ainsi qu'une possibilité de comparaison (dans le temps ou dans l'espace).

On peut préciser qu'au niveau du CPA une unité fonctionnelle de médecine somatique (UFMS) est dédiée en intra-hospitalier à l'examen somatique de l'ensemble des admissions sous 24 heures. Cette unité regroupe différents métiers du somatique (médecins généralistes, cabinet dentaire, service infirmier, service de kinésithérapie, diététicienne) et assure l'organisation des consultations médicales spécialisées sous forme de vacation (toutes les 4 ou 6 semaines) en partenariat avec le centre hospitalier de Fleyriat (gynécologie, rhumatologie, ophtalmologie).

En lien avec le secteur, cette unité propose un appui méthodologique aux soignants en matière d'éducation à la santé (qui devrait être développé).

Des médecins rencontrés dans le cadre d'un entretien ont souligné l'intérêt de s'inspirer de dispositifs existant pour les personnes en situation de précarité (agents de santé dans le cadre du RSA), permettant un meilleur repérage des difficultés et un accompagnement aux soins.

La question de l'accès aux soins somatiques renvoie également au « clivage » entre hôpital et médecine de ville pointé dans différents travaux dont ceux de l'ANAP.

Une amélioration des modalités d'échange et de collaboration entre la psychiatrie et les généralistes est à rechercher dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale.

⁶⁰ Granger, B., Naudin, J. (2015), *La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence*, Ed. Le Cavalier Bleu

⁶¹ Loas, G. (2009), « Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie », *Annales Médico-Psychologiques*, E. M.

⁶² - Consommation de soins par les personnes présentant une ALD psychiatrique, dont : soins de ville, soins hospitaliers MCO hors psychiatrie

- Recours à des consultations de soins somatiques à l'hôpital psychiatrique

- Pourcentage de patients de la file active hospitalière du secteur sans médecin traitant

5. La prévention et la gestion des situations de crise

Il s'agit d'un sujet particulièrement sensible en matière de santé mentale et de psychiatrie, à propos duquel on observe souvent un risque de confusion dans les termes et de tension entre les acteurs. Sur ce point un travail de concertation et de réflexion partagée semblerait particulièrement bienvenu.

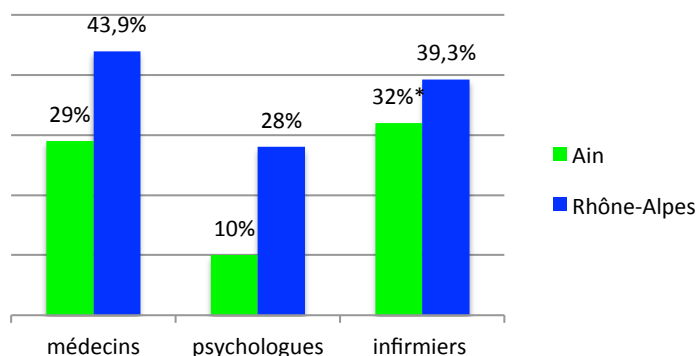
Des indicateurs sur la gestion des situations de crise

- **Prise en compte des urgences en CMP**

Part des CMP dans lesquels un créneau pour les urgences est conservé sur le planning des professionnels

Sur 21 CMP dans l'Ain répondant à l'enquête

* 2 non réponses



Source : Etude ARS sur les CMP (2015 – Données 2014)

A propos des horaires d'amplitude ouverture des CMP et de la transformation à venir du dispositif d'accueil d'urgence et de crise, la représentante de l'UNAFAM souligne l'imprévisibilité des troubles dans le fait que « ce n'est pas quand il y a des réponses qu'on en a besoin ».

- **Approche des besoins – recours à l'offre**

Indicateur
ANAP

24,2%* des admissions en hospitalisation temps plein adulte au CPA en 2016 ont eu lieu suite à un passage aux urgences (généralistes ou psychiatriques)

* $\text{Nombre de personnes admises en HTP en 2016 en provenance d'un service d'urgence} \div \text{Nombre de personnes hospitalisées dans l'année} = 532 / 2198$
(Source : CPA – DIM)

Autre indicateur ANAP non connu ici : les prises en charge par les services d'urgence de pathologies psychiatriques.

Sur ce point on peut rappeler l'intérêt des dispositifs de liaison existant auprès de centres hospitaliers du département, l'un d'entre eux couplé avec une permanence au niveau des urgences (Bourg). Cela n'est pas le cas à Oyonnax, où un médecin urgentiste présent lors de la réunion de territoire a souligné les difficultés au niveau des urgences en termes d'évaluation de la dangerosité – qui nécessiterait un avis, pas forcément médical, mais spécialisé.

Synthèse des enjeux

La représentante de l'UNAFAM résume les principales « données du problème » :

« Le moment de la crise est très particulier, il n'est pas traité ».

« Parler de consentement éclairé pendant la crise paraît une aberration », même si « le droit, la loi, la liberté ne doivent pas être remis en cause ».

Elle constate qu'en pratique les proches appellent l'UNAFAM au moment de la crise, en citant des exemples d'appels : « mon proche doit être hospitalisé, je ne veux pas signer » qui illustrent le conflit de loyauté et l'altération de la relation de confiance liés à ces situations.

A partir du principe juridique rappelé à propos de l'accès aux soins, les tensions précédemment évoquées entre les différents points de vue peuvent se cristalliser au moment de la crise :

- La psychiatrie et les différentes projections et attentes ambivalentes dont elle fait l'objet ;
- la famille qui se trouve généralement démunie et dont l'inquiétude et les signaux d'alerte semblent encore très insuffisamment (voire pas) pris en compte ;
- les professionnels « de proximité » (il peut s'agir de bailleurs sociaux, services de tutelle, professionnels d'établissements) qui peuvent exprimer une « urgence » et des difficultés qui sont relatives et ressenties de leur propre point de vue institutionnel ;
- la personne comme évoqué précédemment peut exprimer un refus de soin trop souvent interprété uniquement comme un déni ou une anosognosie – surtout en cas de crise.

Sans aller plus loin ici sur ce sujet complexe, nous proposons de souligner quelques points d'attention ou éléments de résolution :

- la réflexion suppose d'être conduite en dehors du contexte de la crise ;
- il est primordial de définir une manière de dialoguer, afin que chacun des acteurs soit entendu – en premier lieu les patients mais aussi leurs proches dans une logique de co-construction ;
- une réflexion partagée sur la notion de crise et son objectivation, ainsi que sur le rôle possible de la psychiatrie, paraîtrait très utile – des professionnels ont eu l'occasion de rappeler qu'« une crise d'agitation dans un foyer n'est pas un motif d'hospitalisation », ou encore que « la crise n'est pas une décompensation psychiatrique » ;
- il semble que la question de l'accès aux soins notamment en situation de crise doivent se recentrer sur la personne – avec toute la difficulté que cela représente et le temps que cela peut nécessiter – ainsi que sur la tension entre le vécu de la personne et celui de son propre entourage ;
- l'expertise de différents acteurs (entourage personnel et professionnel, pairs-aidants – notamment GEM) doit pouvoir être valorisé dans la perspective d'une meilleure prévention ;
- le développement de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique du patient peuvent contribuer à améliorer la prévention des situations de crise ;
- l'identification d'une personne ressource en amont de la crise est à rechercher ;
- des alternatives à l'hospitalisation doivent pouvoir être proposées **y compris en cas de crise.**

L'intérêt, souligné à plusieurs reprises et à propos de l'accès aux soins, des dispositifs d'« aller vers » (diverses équipes mobiles) et des ressources intégrées, est majeur s'agissant de la gestion des situations de crise. Gageons que leur développement, couplé avec la définition et la mise en œuvre d'un projet territorial de santé mentale, favorisera la diffusion d'une culture partagée et une meilleure prévention.

Cette évolution permet aussi un relais des familles qui se trouvent souvent dans une situation intenable comme le rappelle la représentante départementale de l'UNAFAM : « amener aux soins ce n'est pas à nous de le faire ».

Problématiques liées à la question de la crise

- *à propos de la prévention et du soin ...*

La question de la prévention des situations de crise interpelle plus largement le rôle et la valorisation de la prévention. Si dans un contexte de manque de ressources les arguments en faveur de la prévention ne sont pas toujours entendus, l'effet multiplicateur de celle-ci et ses bénéfices en termes de réduction des problématiques et des situations de crise est certain même si difficilement comptabilisable.

Le choix d'une approche préventive influe sur la conception du soin et suppose de réinterroger le modèle, en déplaçant les efforts de soins à d'autres niveaux, tels que la prévention primaire, afin d'assurer le repérage précoce des troubles psychiques pour ne pas attendre l'aggravation des manifestations des différents symptômes.

- *« L'après-crise » et le retour d'hospitalisation*

La question du retour d'hospitalisation a été soulignée par différents professionnels lors des entretiens et des rencontres de territoires (CHRS, établissements médico-sociaux, médecins libéraux), en termes de manque d'information et d'anticipation.

- *Réflexion autour de la notion de crise et d'urgence*

A propos de situations de « crise », il a souvent été fait référence par les professionnels à une notion d'« urgence ». Sur ce point une représentante de la Direction de l'Education nationale propose en contrepoint l'idée selon laquelle « on a perdu de vue ce qui relève vraiment de l'urgence », au regard d'un certain « culte de l'urgence » lié à un « climat d'insécurité entretenu », et conduisant souvent à faire l'impasse du temps d'échange avec les familles.

Elle fait aussi l'hypothèse d'une certaine « médicalisation des problèmes sociaux », cette approche rejoignant le constat, partagé par différents acteurs, d'un recours souvent abusif ou inadapté à la psychiatrie mais aussi à la Justice. Un effet pervers induit par cette tendance (au-delà de la question du mésusage des ressources), consiste en une décontextualisation des difficultés et dans le fait qu'« on fait porter les problèmes sur l'individu », paradoxalement sans plus tenir compte de leurs ressources.

6. Synthèse

Nous proposons en guise de synthèse de la partie sur les parcours un extrait du projet médical du CPA qui pointe clairement un certain nombre de problématiques en termes de parcours (accès aux soins, crise, prévention, articulation entre sanitaire et médico-social) :

« Le département de l'Ain compte près de 400 structures sanitaires et médico-sociales de tous types (EHPAD, SSIAD, FAM, MAS, SESSAD...), 70 tournées vers l'enfant et l'adolescent, 120 vers la personne âgée et 180 vers l'adulte. Les liens institutionnels entre ce foisonnement de structures et le CPA n'existent pas. Le CPA représentant l'offre psychiatrique quasi exclusive de l'Ain, les structures médico-sociales savent adresser leurs patients, **souvent tard** et dans des situations d'épuisement des équipes au CPA via la structure du Centre d'Accueil Permanent (CAP), ouvert 24 heures sur 24.

Ces venues en « situation de crise » débouchent souvent sur des hospitalisations qui auraient pu en grande partie être évitées si le contact avait été plus précoce et programmé, évitant ainsi de longs séjours inadaptés aux besoins des patients.

Les structures médico-sociales en particulier en charge des personnes handicapées sont saturées et ne disposent que rarement de places disponibles. De plus, un résident étiqueté « psychiatrique » effraie les équipes, par méconnaissance de la prise en charge, ce qui est un frein supplémentaire à l'admission ou à la réadmission des patients passés par le CPA. Beaucoup de ces patients auraient pu éviter le passage en hospitalisation temps plein, parfois chronique, si un appui psychiatrique avait pu être offert précocement soit via les CMP, soit par les équipes mobiles. Malheureusement ces dispositifs actuellement dispersés, avec des horaires variables, sont peu connus et peu lisibles de l'extérieur du CPA. Le retour ou l'admission de patients du CPA dans les structures médico-sociales serait également plus simple si les structures d'accueil savaient qu'elles peuvent bénéficier d'un appui psychiatrique en fonction de leurs besoins.

L'intérêt des patients, qui préside à l'élaboration du projet de soins, pose comme fondement que la prise en charge psychiatrique doit être au plus près de leur environnement habituel. D'évidence pour toute une frange de patients, cela ne pourra être réalisable qu'avec des liens construits avec le secteur médico-social. Là encore cela nécessitera probablement la création de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de gestionnaire de réseau médico-social. »

CONCLUSION

VERS UNE DEMARCHE DE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Principaux points d'attention

Etat des lieux des besoins (caractérisé par les difficultés à être précisément décrits) et des ressources (marquées par le nombre et l'éclatement des dispositifs), ce document constitue un panorama de la situation du département.

Nous proposons dans cette partie conclusive de souligner quelques pistes et points d'attention pour envisager la suite de la phase diagnostique de la démarche projet – en insistant sur le fait qu'elle sera conditionnée par la politique de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes en la matière, en cours de définition.

Eléments à investiguer dans le cadre du diagnostic

Certaines enquêtes ad-hoc pourraient être envisagées pour améliorer la connaissance des besoins, par exemple :

- auprès des médecins généralistes ;
- auprès du CPA sur des parcours (les trajectoires des patients en amont et en aval de l'hospitalisation)
- sur les « perdus de vue » du dispositif (l'association Vivre en Ville projette de réaliser une étude en ce sens).

En termes d'observation, d'autres données (non disponibles ici) pourraient être mobilisées :

- celles des enquêtes ES, EHPA, DEPP (3 et 12) ...
- sur les flux interdépartementaux (par ES entre autres) notamment vers la Suisse et le Rhône,
- issues des tableaux de bord de l'ANAP.

D'autres thèmes pourraient faire l'objet d'une étude ou réflexion plus spécifique (au regard des priorités définies dans le PTSM) :

- L'autisme – notamment la question du diagnostic et de l'adaptation de l'offre médico-sociale,
- Santé mentale et travail (esquissé ici seulement sous l'angle du handicap psychique), notamment en lien avec la fin du dispositif psychologues insertion mais aussi avec la question des risques psychosociaux,
- Santé mentale et migration (le thème demande d'asile supposant d'être traité de manière spécifique).

Si l'identification et la connaissance des besoins sont particulièrement complexes ainsi qu'évoqué dans ce rapport, elles doivent rester primordiales dans toute construction de réponse.

Rappel des enjeux

Le PTSM pourra prendre en compte les références théoriques et méthodologiques proposées :

- une approche globale et de santé publique de la santé mentale (associant prévention, promotion de la santé, soin, réhabilitation),
- la prise en compte des différents points de rupture possibles dans les parcours des personnes : accès au diagnostic et aux soins (psychiatriques mais aussi somatiques), accès aux accompagnements médico-sociaux, prévention et gestion des situations de crise.

L'amélioration des parcours et une meilleure réponse aux besoins supposent nous semble-t-il de retenir plus spécifiquement 3 principaux enjeux dans l'Ain, qui devraient être intégrés à tout axe de travail et toute action opérationnelle :

1. L'amélioration de la participation et de la représentation des personnes premièrement concernées (bénéficiaires, usagers ...) ;
2. L'optimisation des ressources (notamment médicales) ;
3. Le développement et l'effectivité des articulations entre sanitaire social et médico-social.

Principaux thèmes de travail identifiés

NB : Dans la poursuite du travail départemental il s'agira de prendre en compte les six priorités du PTSM définies au niveau national dans la circulaire du 5 juin 2018 (voir rappel page 100) ainsi que de définir les modalités de mise en œuvre dans le département du volet santé mentale du projet régional de santé.

Nous proposons ici de pointer certaines thématiques transversales de travail et de réflexion partagée dont l'importance est ressortie des différentes modalités d'investigation et que le PTSM pourra approfondir :

- La crise et l'urgence
- Le secret médical et l'information partagée
- L'articulation entre soins et prévention
- L'évaluation des situations de handicap psychique
- Le suicide.

Le diagnostic en tant que tel suivi d'un plan d'action (ou d'une feuille de route) pourra donner lieu à une priorisation de ces thématiques – éventuellement selon les territoires – ainsi qu'à des précisions quant à la manière de les aborder (groupes de réflexion, construction d'outils, définition de conventions de partenariats, actions de formation ...).

Ajoutons que le plan d'action pourra utilement prendre en compte :

➔ les actions préconisées à l'occasion d'autres travaux :

- départementaux (travaux de planification médico-sociale, le Livre blanc Handicap psychique, l'étude sur les parcours d'hébergement et santé mentale des résidents de CHRS, le projet « 1 sur 10 » issu de l'état des lieux « Pauvreté et précarité dans l'Ain »)
- ou plus localement (état des lieux de Bourg, diagnostic local de santé d'Oyonnax) ;

➔ ou encore des dispositifs ou actions existants dans d'autres territoires.

Suite des travaux

Le présent état des lieux étant une première étape de la démarche « projet territorial en santé mentale », il s'agira pour les acteurs d'établir dans les prochains mois un diagnostic partagé en santé mentale donnant lieu à un plan d'action départemental.

Une condition importante de réussite du projet exprimée par les acteurs est une recherche d'opérationnalité tendant, au regard de l'étendue du champ, des acteurs et du territoire, à réduire et prioriser le nombre d'axes de travail en termes d'enjeux et de moyens.

Echelle territoriale

Nous l'avons constaté au long de cet état des lieux, la question de l'approche territoriale est déterminante. Plusieurs dimensions supposent d'être articulées :

- **L'échelle départementale** apparaît la plus structurante en termes de pilotage au regard des politiques publiques concernées (Etat, ARS, DDSC notamment) ;
- **Les territoires correspondant aux secteurs de psychiatrie générale**, retenus dans le cadre de cet état des lieux, constituent une échelle intermédiaire utile d'observation et d'organisation des parcours de soins autour des CMP pivots : Ambérieu-en-Bugey, Bourg-en-Bresse, Chatillon-sur-Chalaronne, Oyonnax ;
- Ces deux niveaux peuvent s'appuyer, en termes d'animation et de déploiement des solutions, mais aussi de remontée d'initiatives, sur les **dynamiques et réseaux existants ou émergeant plus localement** sur certains des 4 territoires, notamment : le Pays-de-Gex et Bellegarde à l'Est, Montrevel-en-Bresse pour l'Ouest très étendu, le Plateau d'Hauteville pour le Sud, ainsi que La Côtère tournée vers Lyon, et Belley tourné vers la Savoie.
A partir des contrats locaux de santé, les Conseils locaux de santé mentale et Ateliers santé ville (encore trop peu nombreux à ce jour sur le département) constituent de précieux outils de coordination des ressources, d'initiatives participatives voire de « laboratoires » d'innovation.

Approche par public et par thématique

Nous renvoyons ici au tableau proposé dans la synthèse sur les besoins et ressources p. 98, identifiant les dynamiques d'acteurs départementaux sur lesquelles s'appuyer et celles pouvant être développées.

Gouvernance et pilotage de la démarche

La circulaire de juin 2018 relative au diagnostic territorial de santé mentale précise à ce propos que « les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement. La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales. Elle permet la circulation de l'information nécessaire entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs associés. La mise en place d'un comité de pilotage territorial peut être recommandée à cette fin. Elle peut s'intégrer dans un cadre juridique, par exemple un GCS ou un GCSMS déjà existants, une communauté psychiatrique de territoire élargie aux autres acteurs, une association ».

Cette question centrale dans la conduite du PTSM reste très délicate et complexe dans une telle démarche, avec un enjeu d'équilibre entre des principes de **représentativité**, liée à la démocratie en santé, et d'**opérationnalité**.

Deux niveaux peuvent être préconisés à l'échelle départementale :

- Un niveau de représentativité,
- Un niveau opérationnel de « conduite de projet ».

Quelques remarques et questions relatives au pilotage et aux acteurs concernés :

- **Le rôle de l'ARS est à préciser** : les travaux de l'ANAP et certains acteurs rencontrés la considèrent comme un pilote désigné, alors que les textes relatifs aux PTSM sont moins clairs, la positionnant comme un soutien à une démarche portée par les professionnels ;
- **Des institutions sont à associer** – de manière plus ou moins étroite – au pilotage et à la gouvernance, au regard des différentes politiques publiques en jeu s'agissant de la santé mentale : en premier lieu le **Conseil départemental** dont le rôle suppose d'être explicité et affirmé, mais aussi la DDCS, la Direction de l'Education nationale, et dans une déclinaison territoriale les collectivités locales ;
- **Quelques opérateurs « référents » sont déjà identifiés**, de manière transversale (CSMP, Souti'Ain), ou plus spécifique à certaines thématiques (ADAG, Vivre en Ville, ALFA3A ...)
- **La place des acteurs directement concernées est à renforcer** : du côté des familles l'UNAFAM est un interlocuteur clair, solide et bien repéré ; s'agissant des personnes « usagers » la marge de progrès reste très importante et de nombreux bénéfices seraient tirés d'une association plus effective à la définition et la mise en œuvre du PTSM ;
- Au regard de la **forte mobilisation des professionnels**, y compris de la psychiatrie, observée dans le cadre de cet état des lieux (à travers les réunions de territoire et les entretiens), les acteurs semblent très demandeurs d'un « cap » et d'une animation à définir.



<http://gefca-asso.fr>

Contact : Camille Gilibert, Directrice • camille.gilibert@gefca-asso.fr • 07 81 89 80 25

Etat des lieux Besoins et ressources en sante mentale dans le département de l'Ain

Annexes



septembre 2018

TABLE DES ANNEXES

Eléments de synthèse sur les ressources

- Annexe 1 Schémas de présentation de l'offre sociale et médico-sociale de logement et d'hébergement à destination des adultes, par opérateur (GEFCA)
- Annexe 2 Schéma de synthèse sur les modalités de scolarisation des élèves en situation de handicap (CRDI – GEFCA)

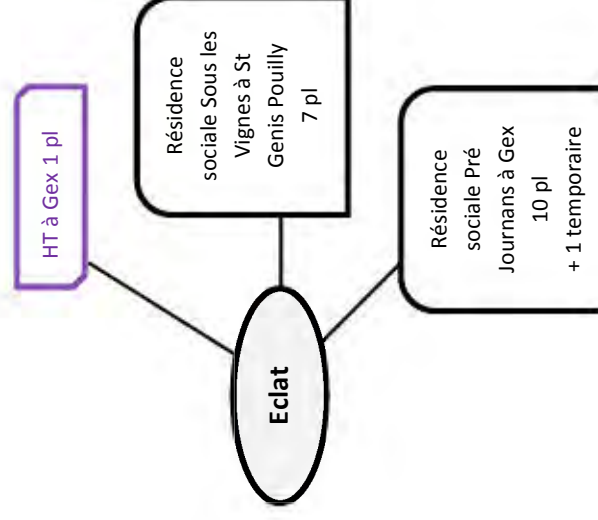
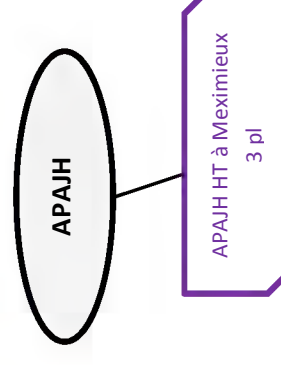
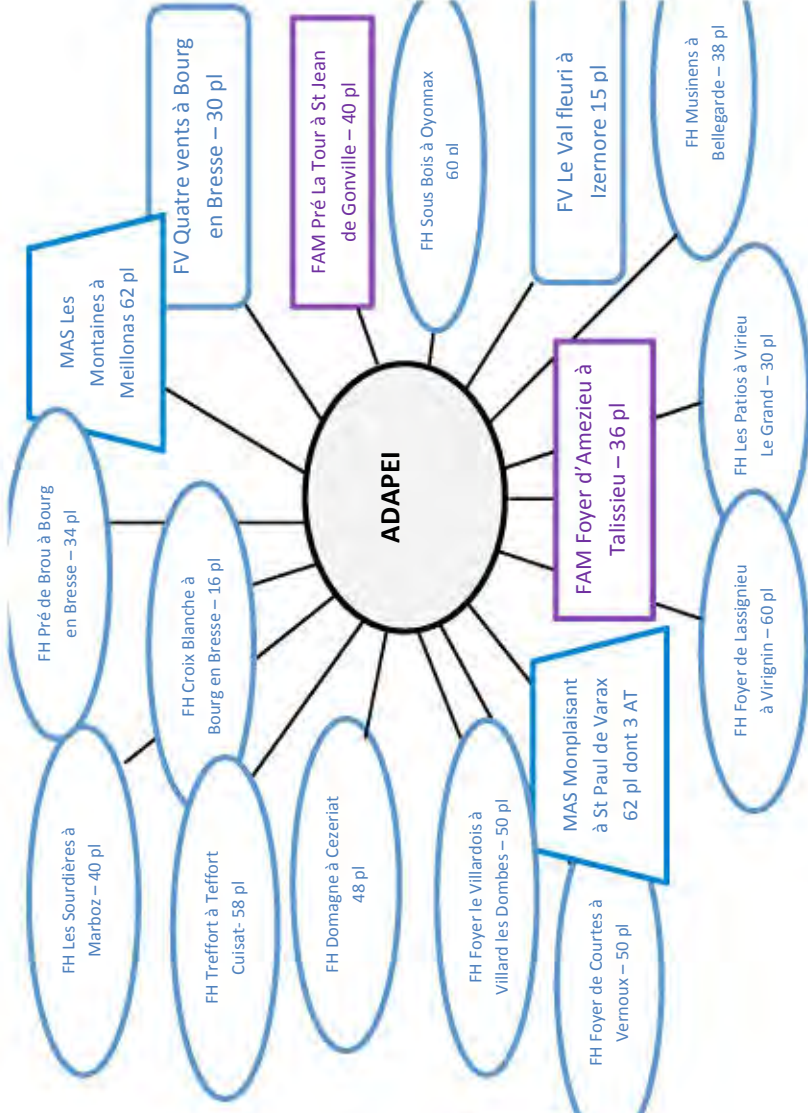
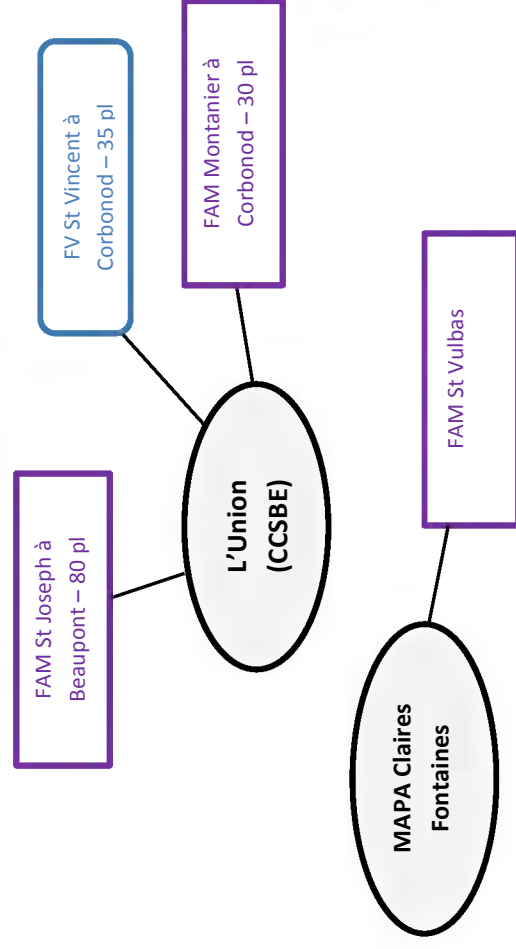
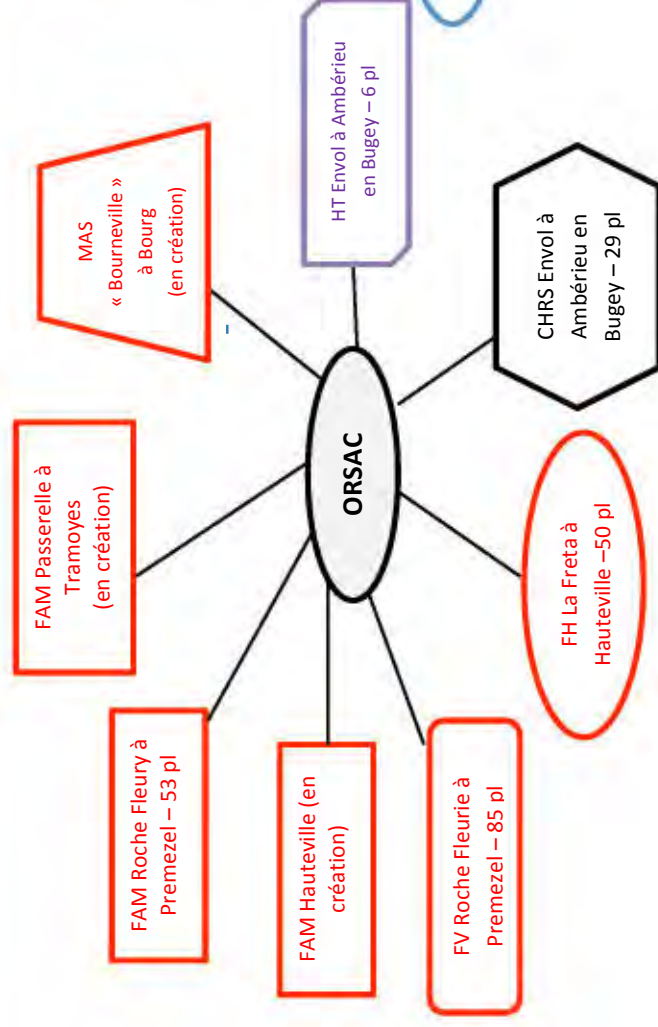
Eléments cartographiques

- Annexe 3 Carte des secteurs et dispositifs sectorisés de psychiatrie générale (CPA)
- Annexe 4 Carte de correspondance des territoires des CLIC et des secteurs de psychiatrie (ADAG)
- Annexe 5 Carte des maisons de santé pluridisciplinaires (ARS)
- Annexe 6 Zonage de médecine générale (ARS)
- Annexe 7 Cartes de la Direction des services départementaux de l'Education nationale (pôle ASH) sur les dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap :
4 cartes des établissements et services médico-sociaux et une carte des ULIS

Annexes méthodologiques

- Annexe 8 Bibliographie et sitographie
- Annexe 9 Lettre de mission
- Annexe 10 Calendrier de l'état des lieux – mise à jour juin 2018
- Annexe 11 Récapitulatif des entretiens réalisés
- Annexe 12 Courrier d'invitation pour les réunions de territoire
- Annexe 13 Courrier aux adhérents du GEM de La Côtère

Schéma de l'offre d'hébergement médico-social et mixte sociale / MS à destination des adultes en situation de handicap – par organisme gestionnaire



Légende :

- Offre handicap psychique
- Offre handicap mental
- Offre mixte handicap psychique et mental
- Offre sociale

Schéma de l'offre de logement et d'hébergement exclusivement sociale à destination des adultes
par organisme gestionnaire

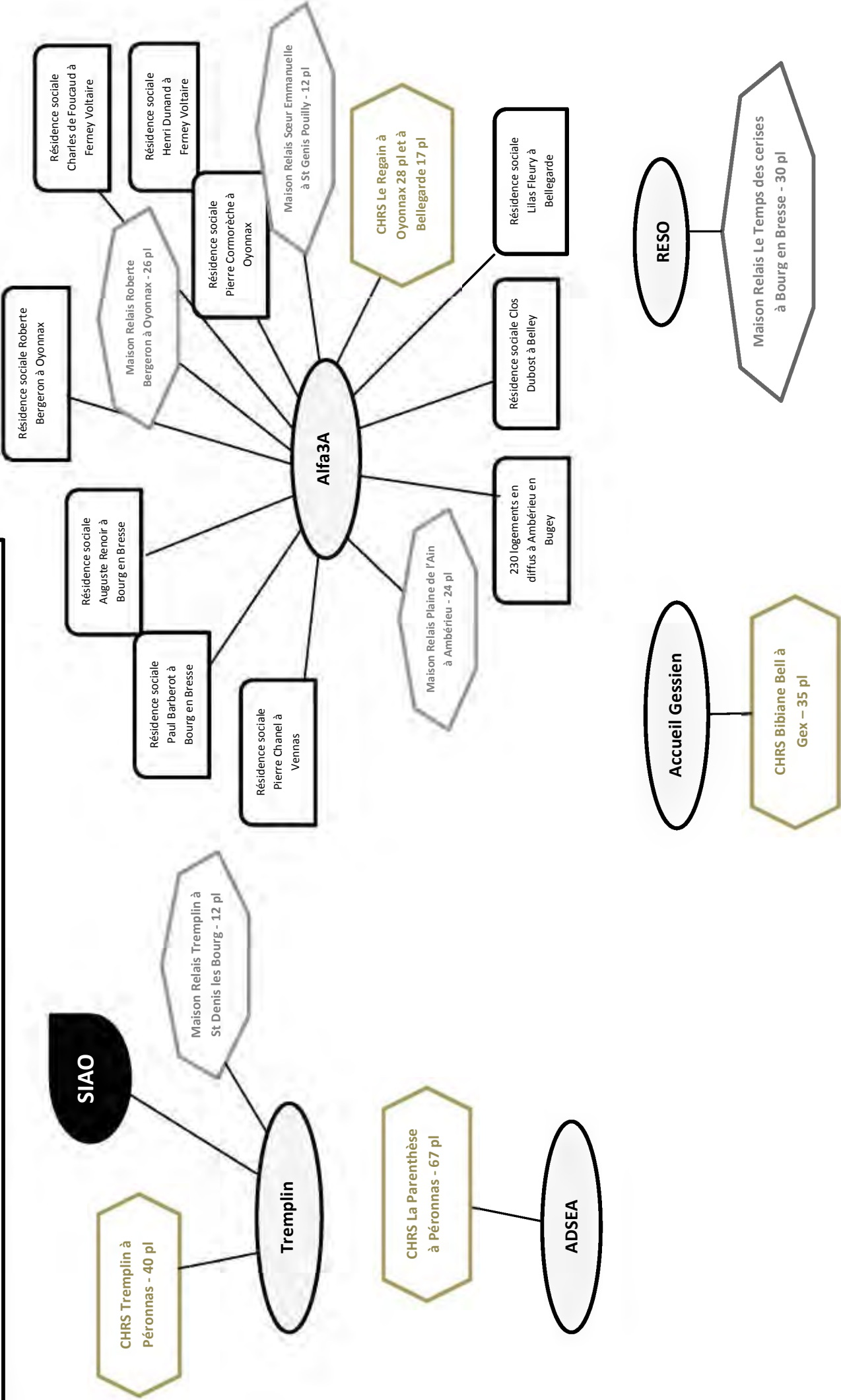
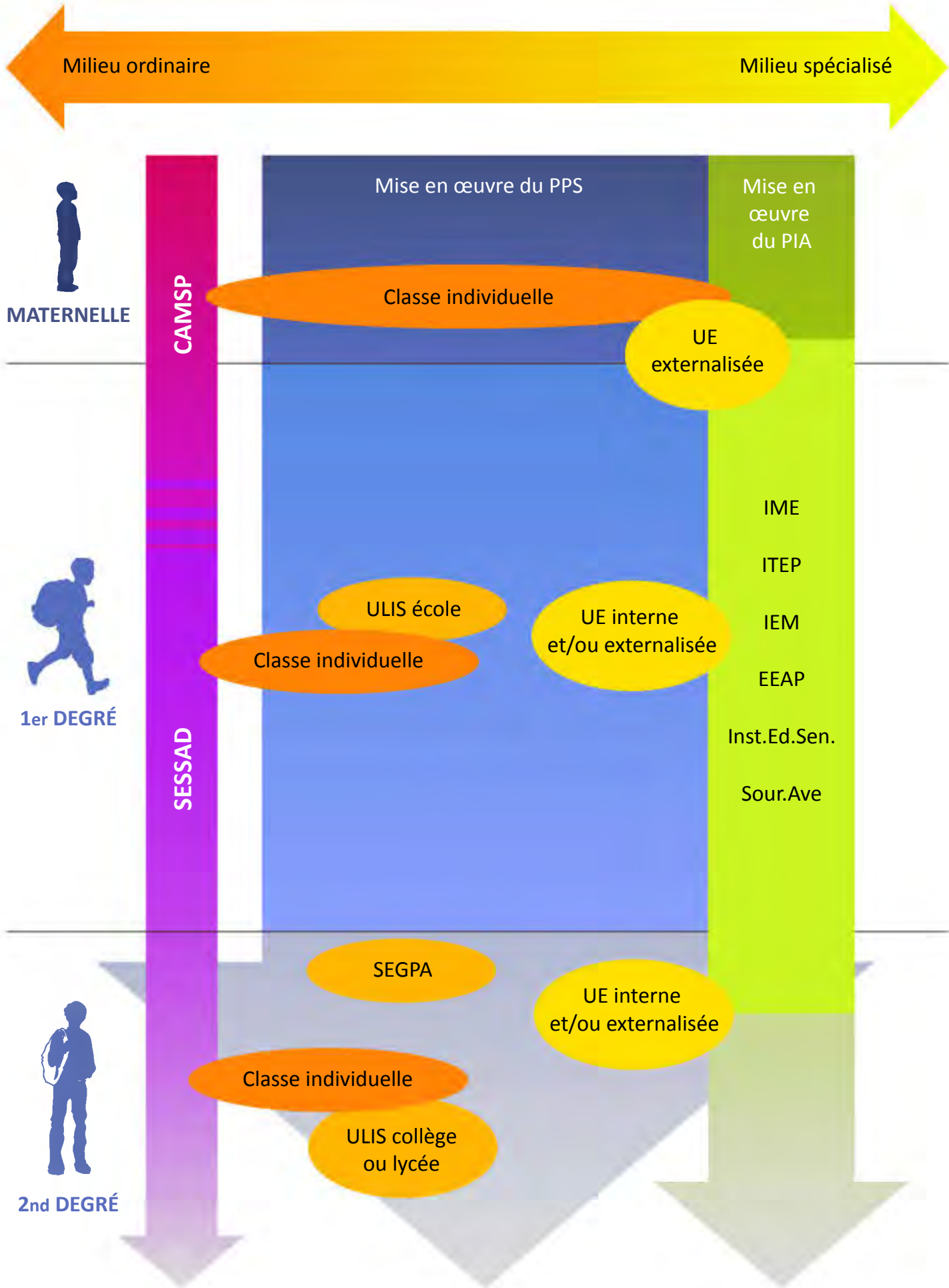
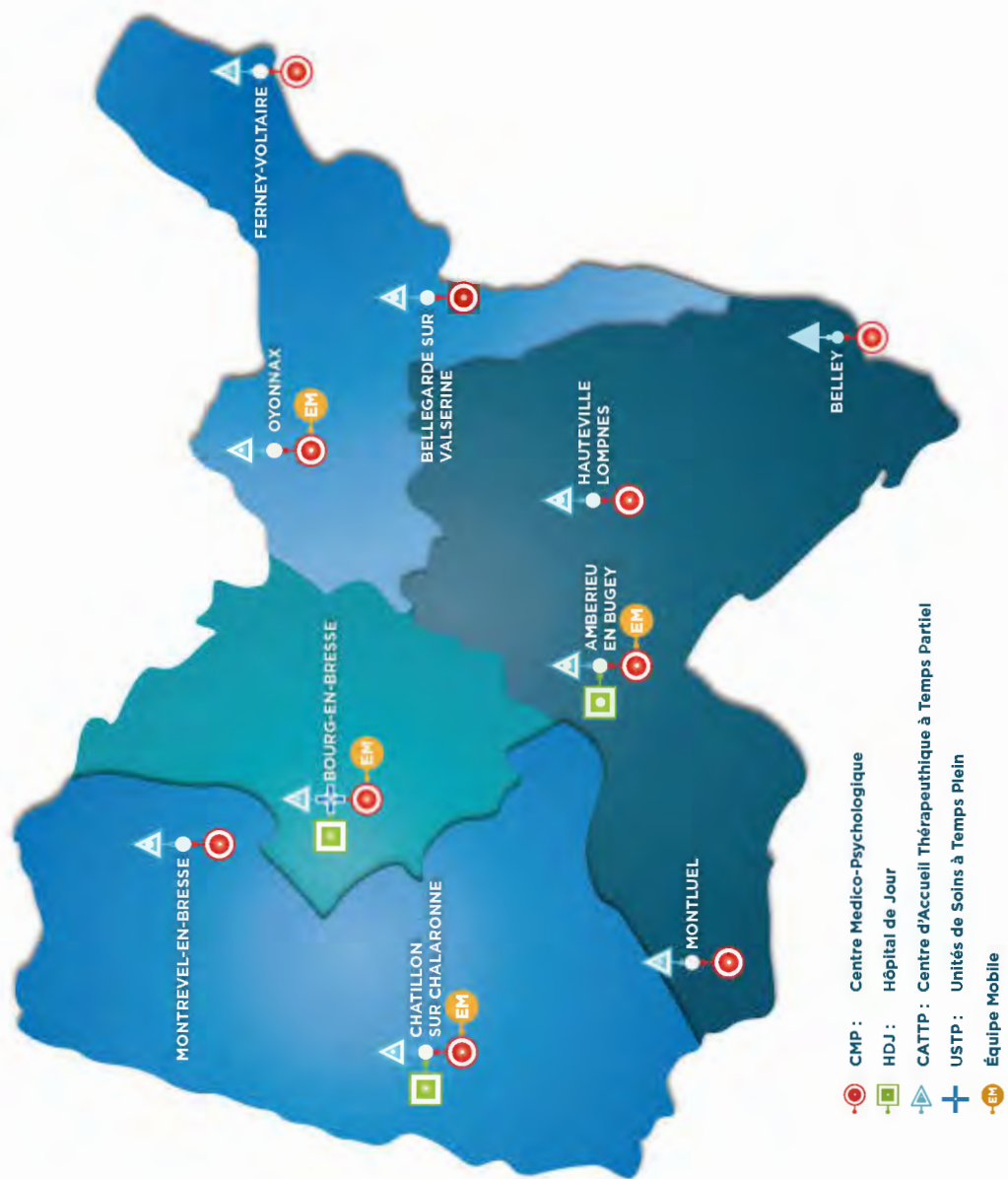


Schéma modes de scolarisation





LES CELLULES RELAIS DE L'AÏN

PARTENARIAT SANITAIRE (Secteurs de psychiatrie et CMP locaux) & SOCIAL (CLIC)

SECTEUR PSYCHIATRIQUE CENTRE

BASSIN BURGIE

HAUT BUGEY

SECTEUR PSYCHIATRIQUE EST

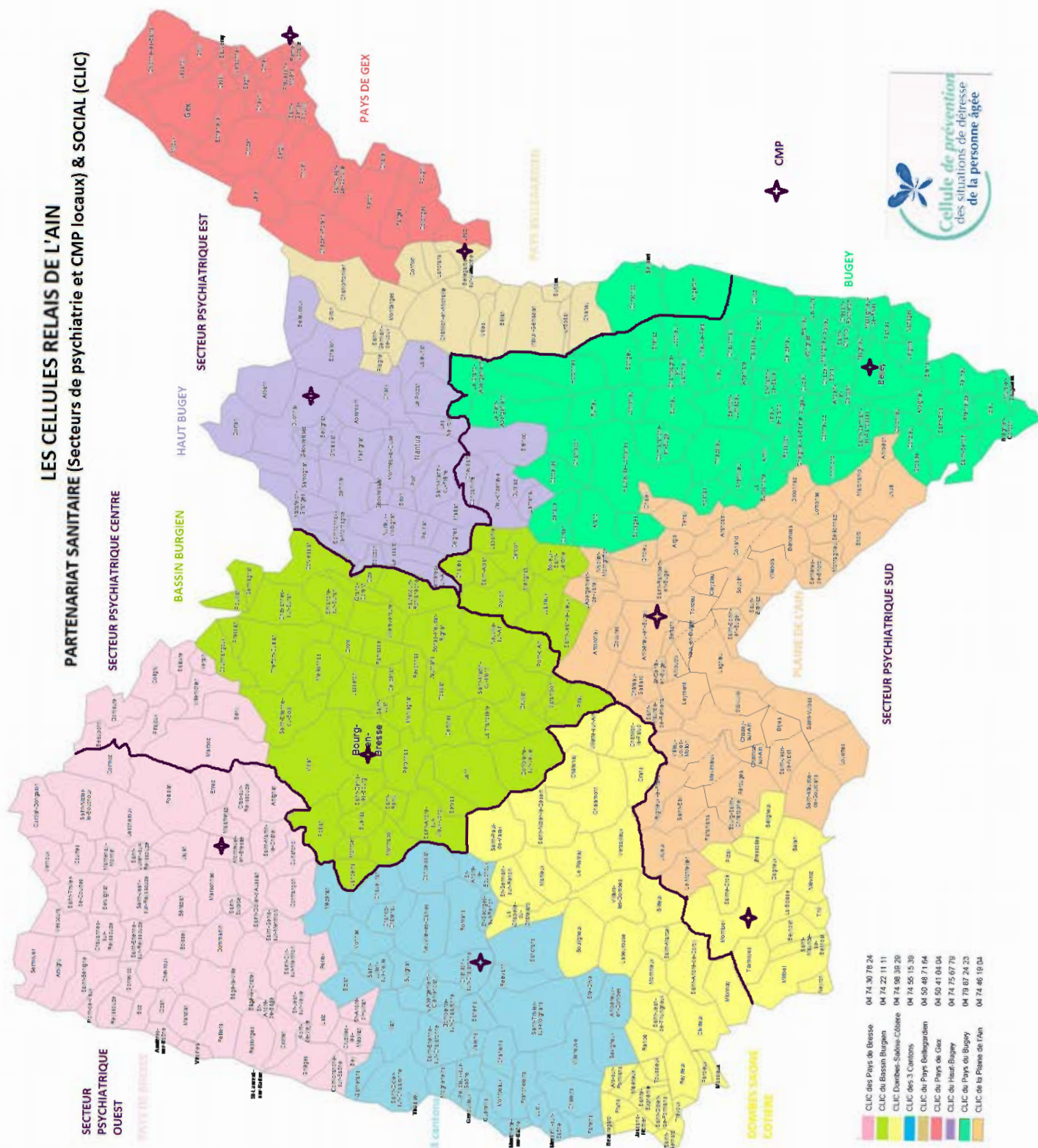
PAYS DE GEX

BUGEY

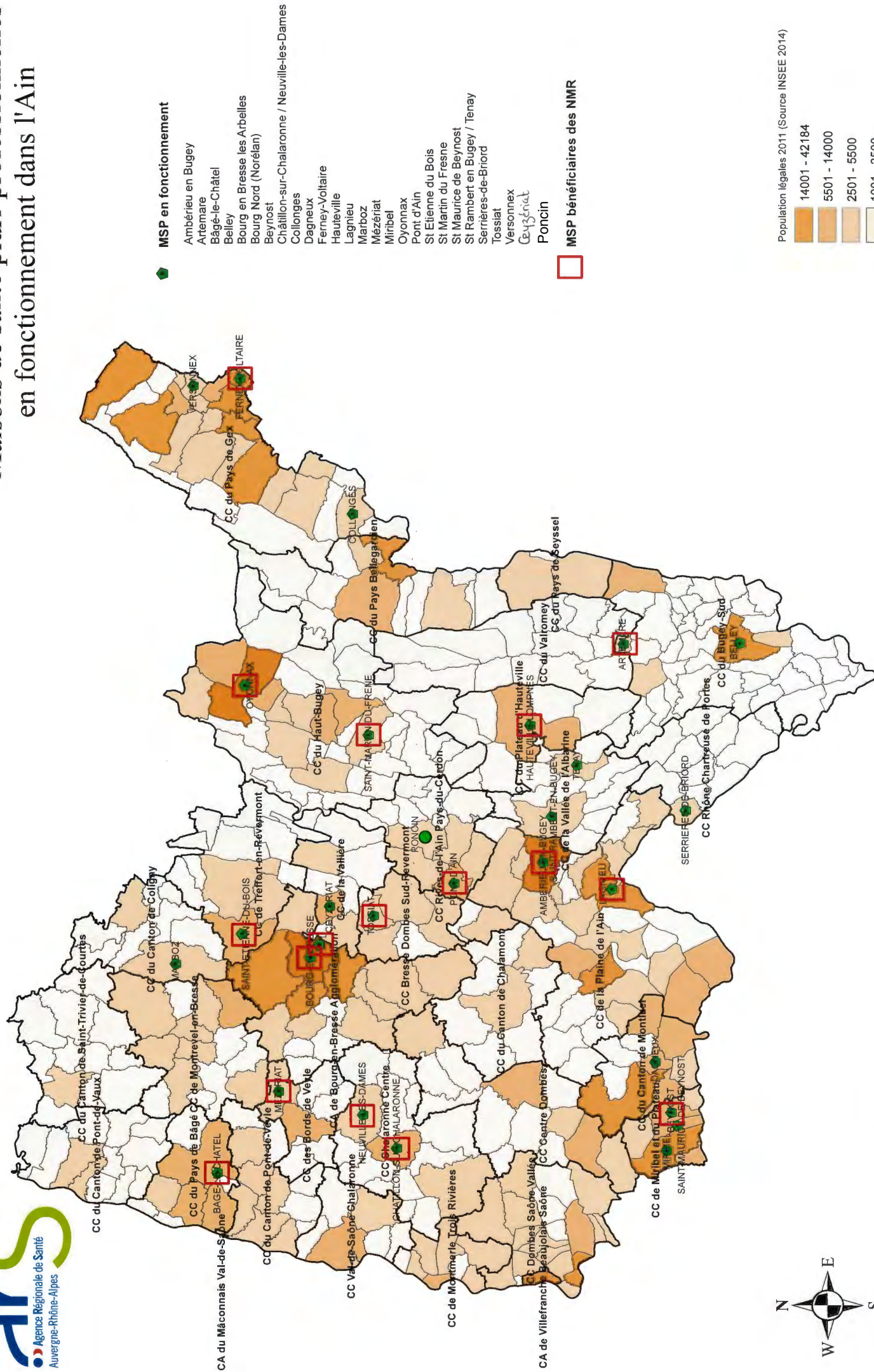
SECTEUR PSYCHIATRIQUE SUD

SECTEUR PSYCHIATRIQUE OUEST

CLIC des Pays de Bresse	04 74 30 78 24
CLIC du Bassin Burgien	04 74 22 11 11
CLIC Dombes-Saône-Côtière	04 74 98 30 20
CLIC des 3 Cantons	04 74 55 15 30
CLIC du Pays Bugey	04 50 41 04 04
CLIC du Pays de Gex	04 50 41 04 04
CLIC de Haut-Bugey	04 74 25 67 79
CLIC du Pays du Bugey	04 78 67 24 23
CLIC de la Plaine de l'Ain	04 74 46 10 04



Maisons de santé pluri-professionnelles en fonctionnement dans l'Ain

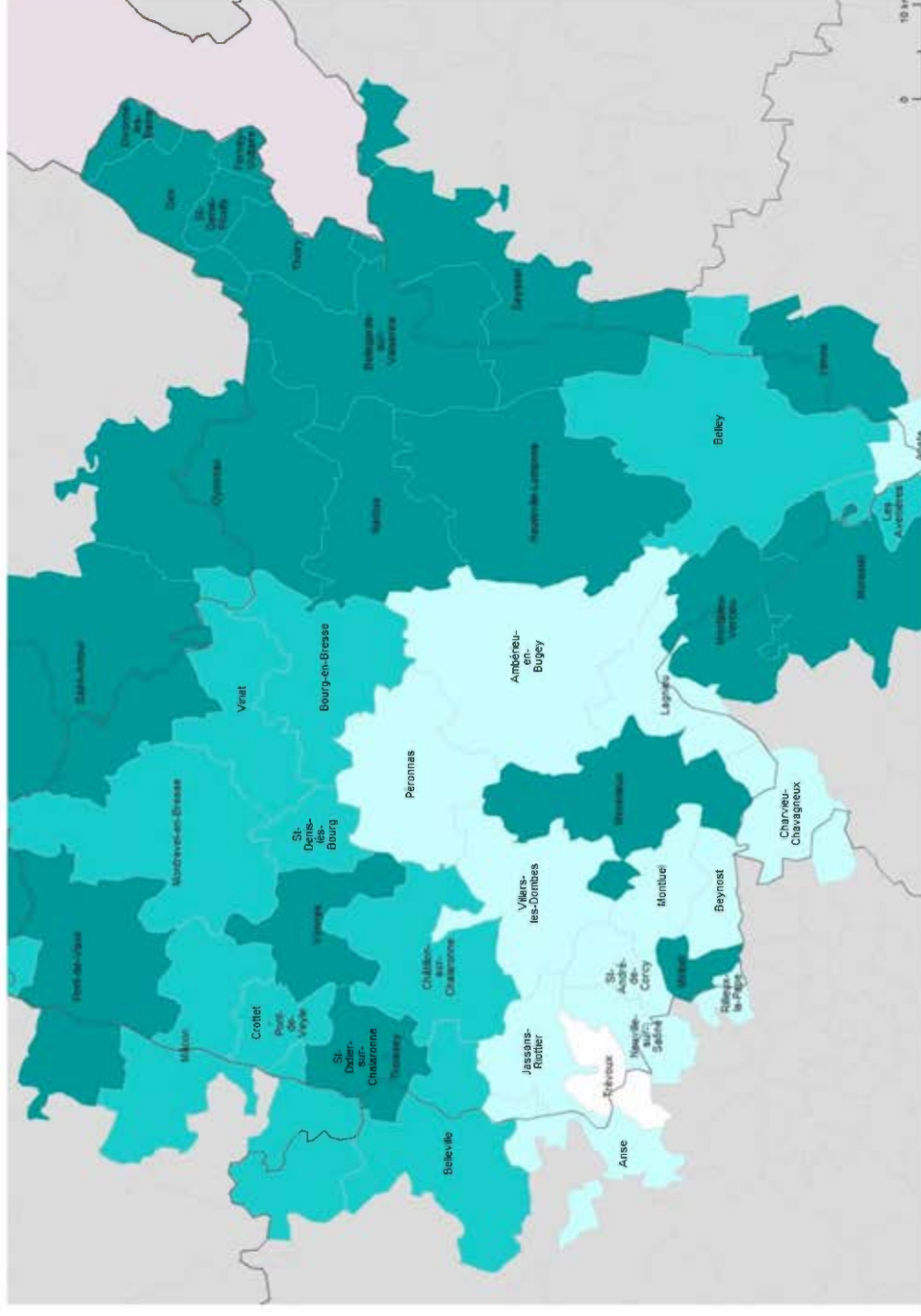


DÉPARTEMENT DE L'AIN

Quartiers Politique de la ville intégrés dans le zonage	
Bourg-en-Bresse :	ZAC
• Grande Reyssouze	
• Terre des Fleurs	
• Croix Blanche	
Bellignat :	ZIP
• Pré des Saules	
Belley :	ZAC
• Brillat-Savarin	
Ferney-Voltaire :	ZIP
• Levant - Tattes	
Oyonnax :	ZIP
• La Plaine - La Forge	
Saint-Genis-Pouilly :	ZIP
• Jacques Prévert	

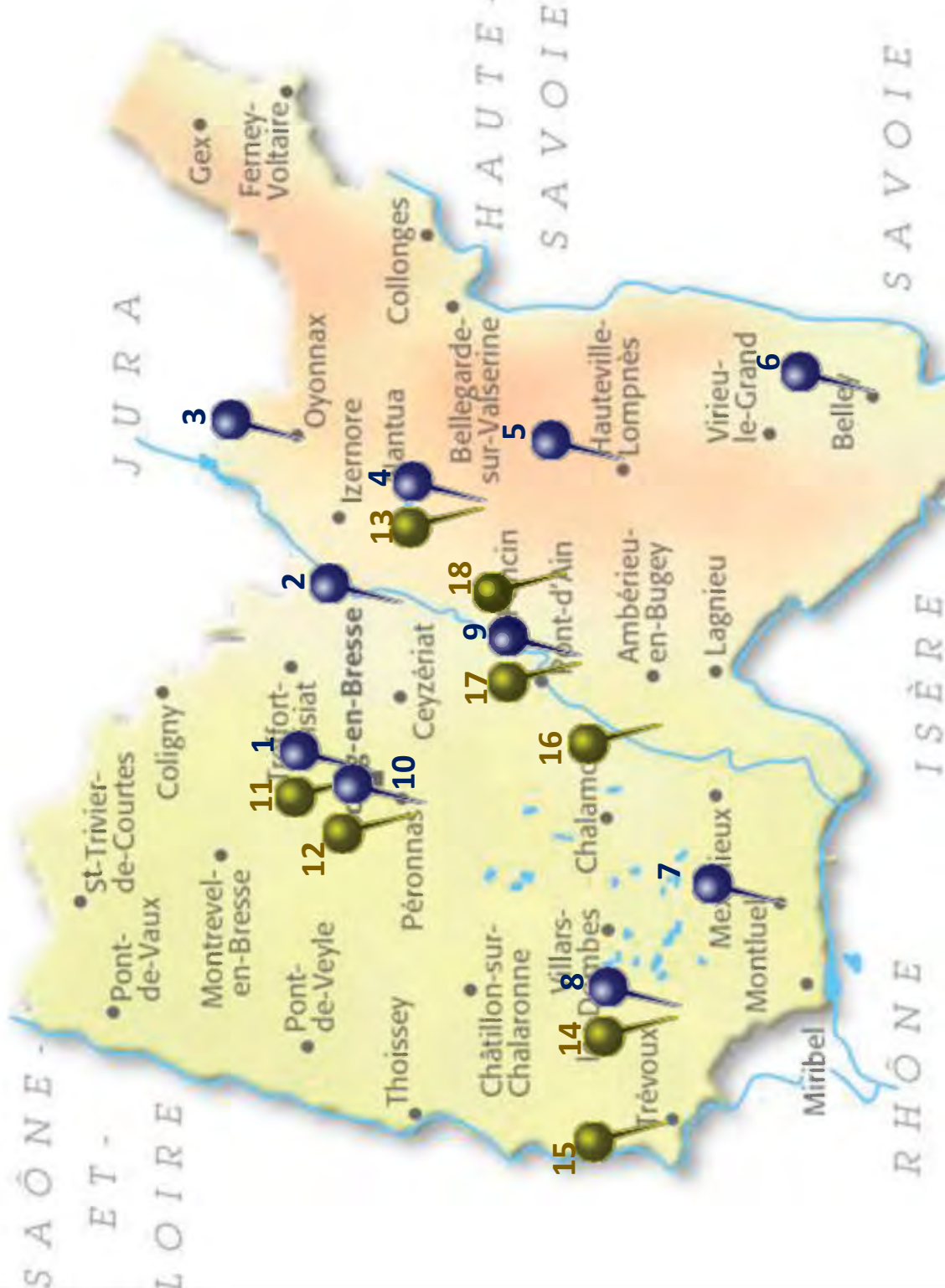
Légende

- ZIP – Zone d'intervention prioritaire
- ZAC – Zone d'action complémentaire
- ZV – Zone de vigilance
- Hors classement



Année scolaire 2017-2018

1. IME Henri Lafay (APAJH)
2. IME Georges Loiseau (ADAPEI)
3. IME Les Sapins (ADAPEI)
4. IME Marcel Brun (PEP01)
5. IME DINAMO pro (PEP01)
6. IME L'Armaillou (ADAPEI)
7. IME La Côtère (PEP69)
8. IME La découverte (ADSEA69)
9. IME Thérèse Herold (Entraide Univ.)
10. IME Le Prélon (ADAPEI)
11. ITEP Les Alaniers (ORSAC)
12. ITEP de Seillon (Institut Enfants Seillon)
13. ITEP Marcel Brun (PEP01)
14. ITEP Les Moineaux (ADSEA69)
15. ITEP Arc en Ciel (ORSAC)
16. ITEP Paul Murlon (Entraide Univ.)
17. ITEP Thérèse Hérol (Entraide Univ.)
18. ITEP Château de Varey (CCASS)



IME/ITEP avec UEE

Année scolaire 2017-2018

IME DINAMO pro (PEP01)

1. UEE Collège P. Sixdenier
2. UEE Collège P. Sixdenier
3. UEE CECOF Ambérieu

IME La Côtière (PEP69)

4. UEE Ecole Alphonse Daudet

ITEP Les Moineaux (ADSEA69)

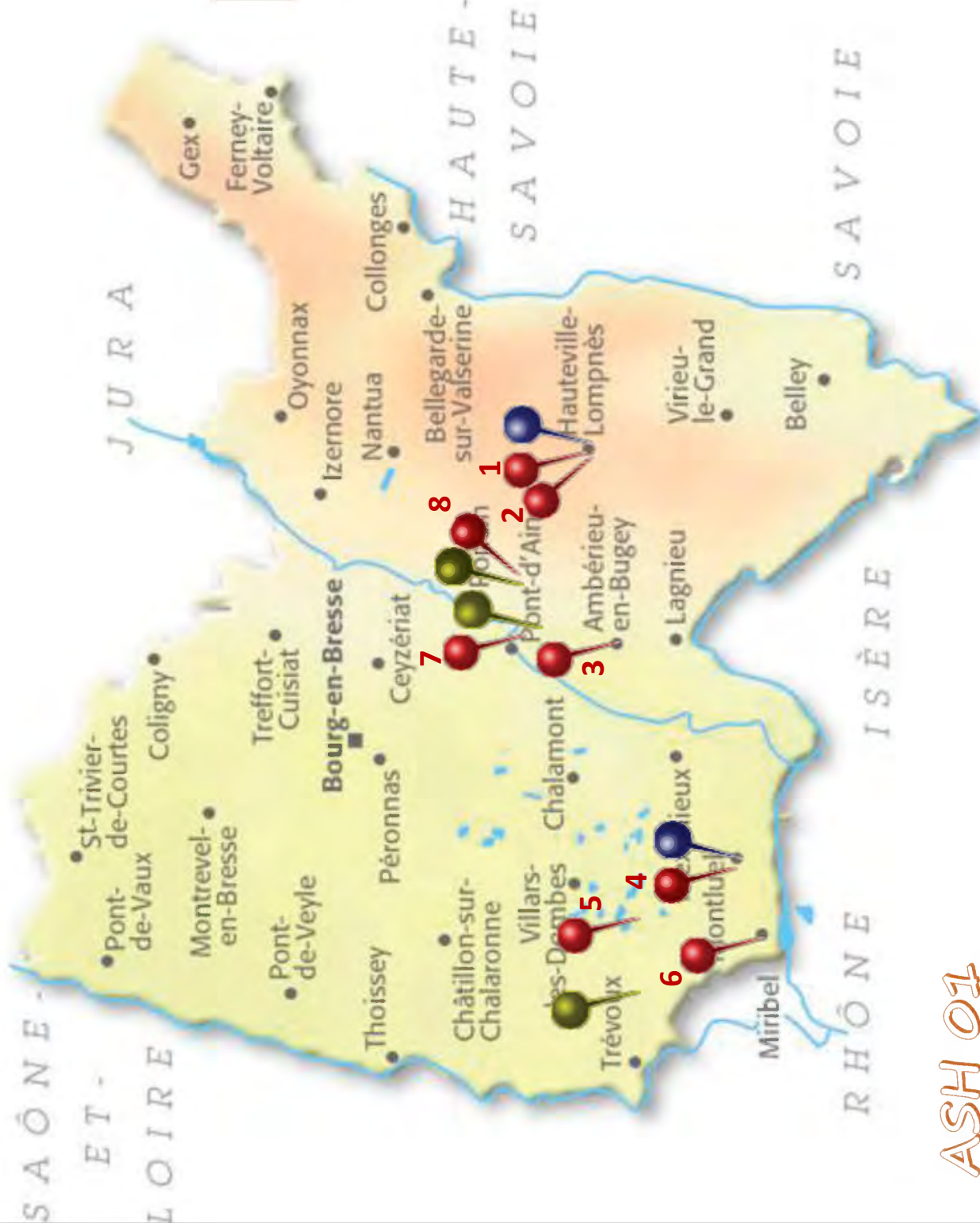
5. UEE Ecole de Mionnay
6. UEE Collège A. Frank

ITEP Thérèse Hérold (Entraide Univ.)

7. UEE Ecole d'Ambronay

ITEP Château de Varey

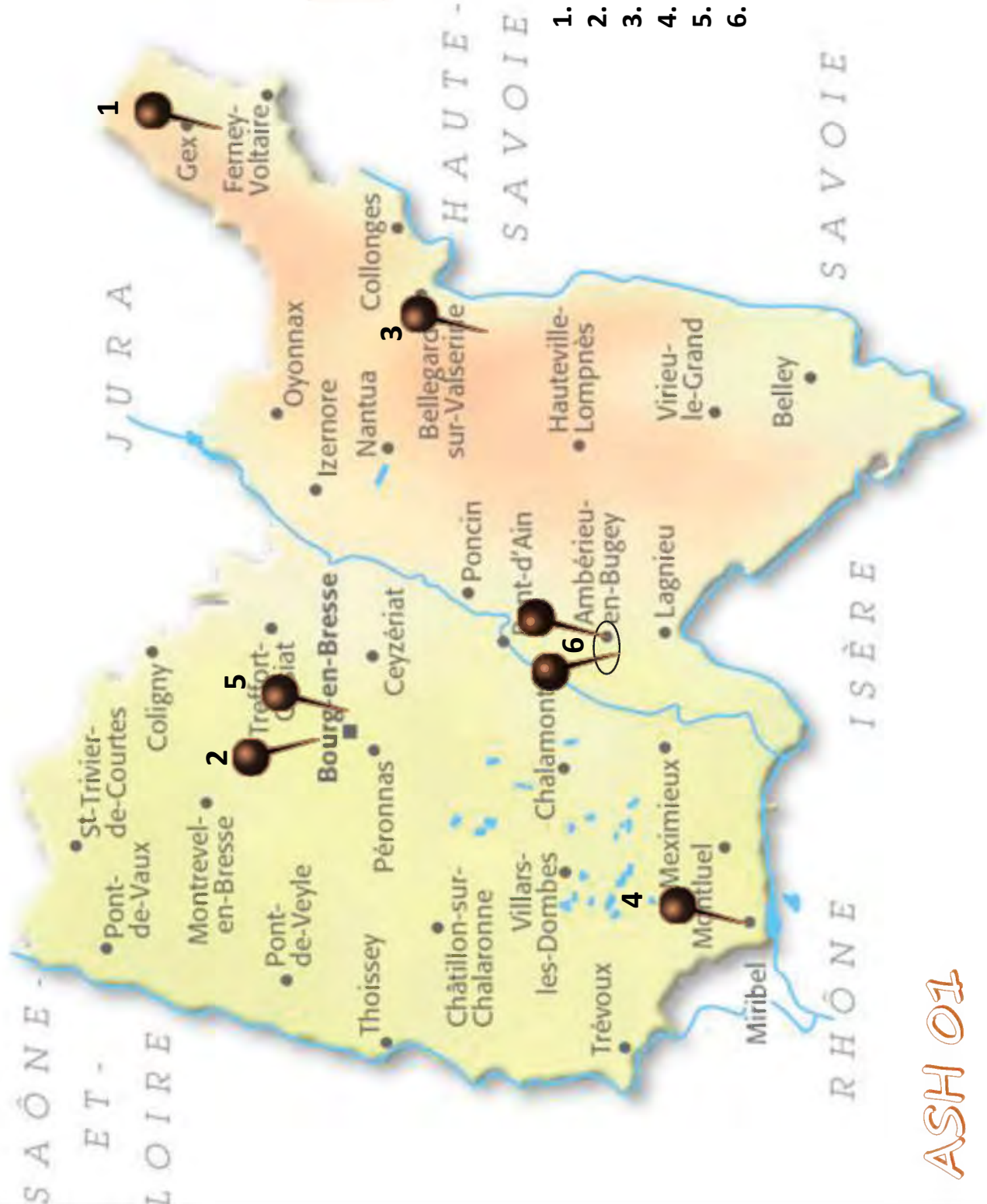
8. UEE Ecole de St Jean le Vieux



ASH 01

Autres établissements

Année scolaire 2017-2018



1. UEM Autisme (PEP01)
2. IEM Le Coryphée (APF)
3. Etablissement de santé Chanay (MGEN)
4. Etablissement de santé Romans Ferrari
5. UE CPA Bourg en Bresse « La passerelle »
6. UE CPA (1/2 tps collège de Leyment)
UE CPA (1/2 tps Ecole Ambérieu)

SESSAD de l'Ain

Année scolaire 2017-2018

académie
Lyon

direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Ain
éducation
nationale

Tous types de déficiences

1. SESSAD de la Dombes (ADAPEI)
2. SESSAD Georges Loiseau (ADAPEI)
3. SESSAD "L'interlude" (ADAPEI)
4. SESSAD APAJH
5. Antenne SESSAD APAJH Feillens
6. SESSAD L'Albarine (Entraide Universitaire)
7. SESSAD Arc-en-ciel (ORSAC)
8. SESSAD du Bugey (PEP 01)
9. SESSAD Pro DINAMO (PEP 01)
10. SESSAD Bellevue (PEP 69)

Déficiences intellectuelles

11. SESSAD Les Sapins (ADAPEI)
12. SSIS Les Sapins (ADAPEI)

Déficiences Motrices

13. SESSAD de Bourg (APF)
14. SESSAD de Ferney Voltaire (APF)

Déficiences sensorielles

15. SESSAD, SAFEP et SFEFIS (AFIS)
16. SESSAD SIAM 01 (PEP 01)

Autisme

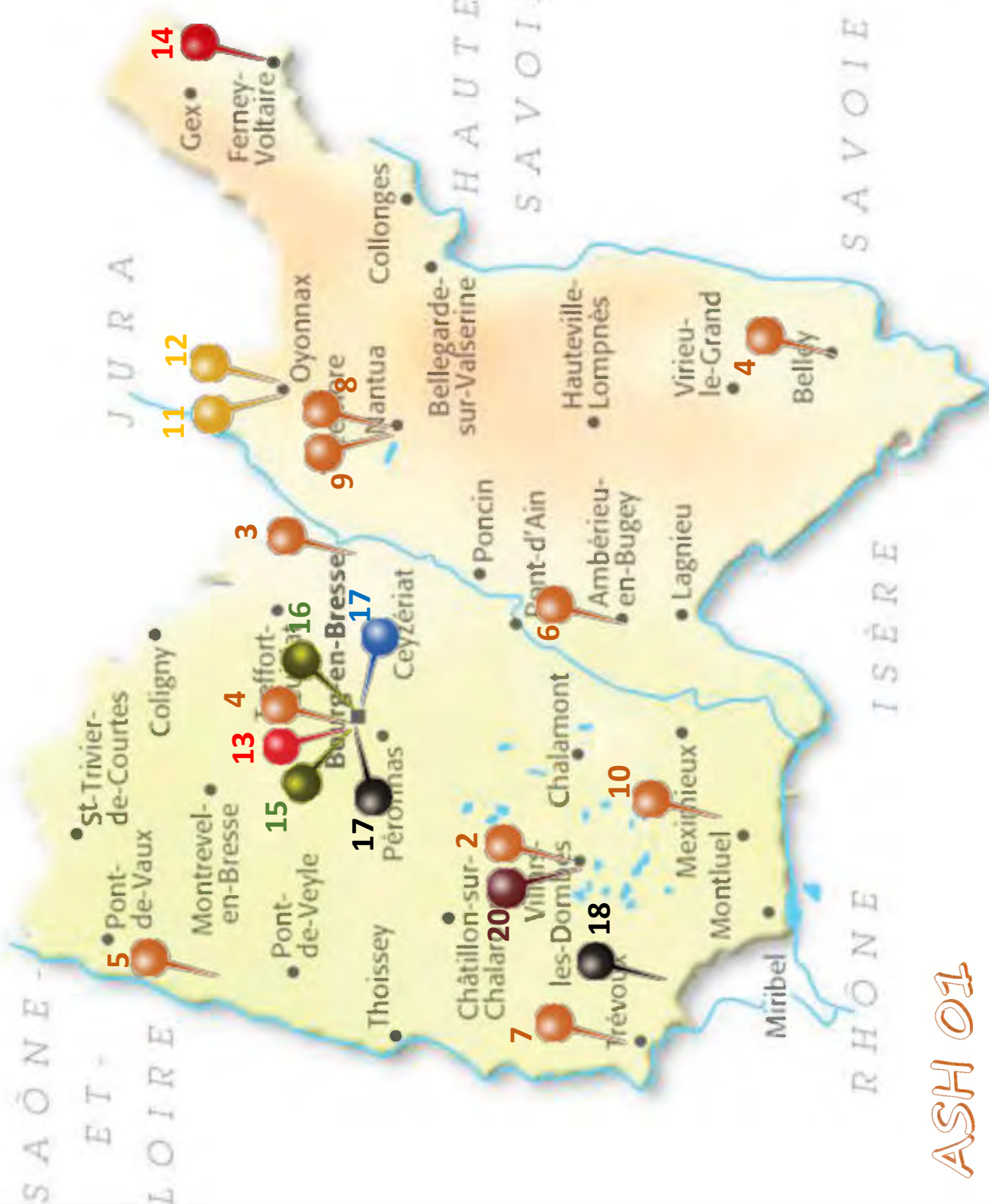
17. SESSAD Jeunes autistes (APAJH)

Troubles du comportement

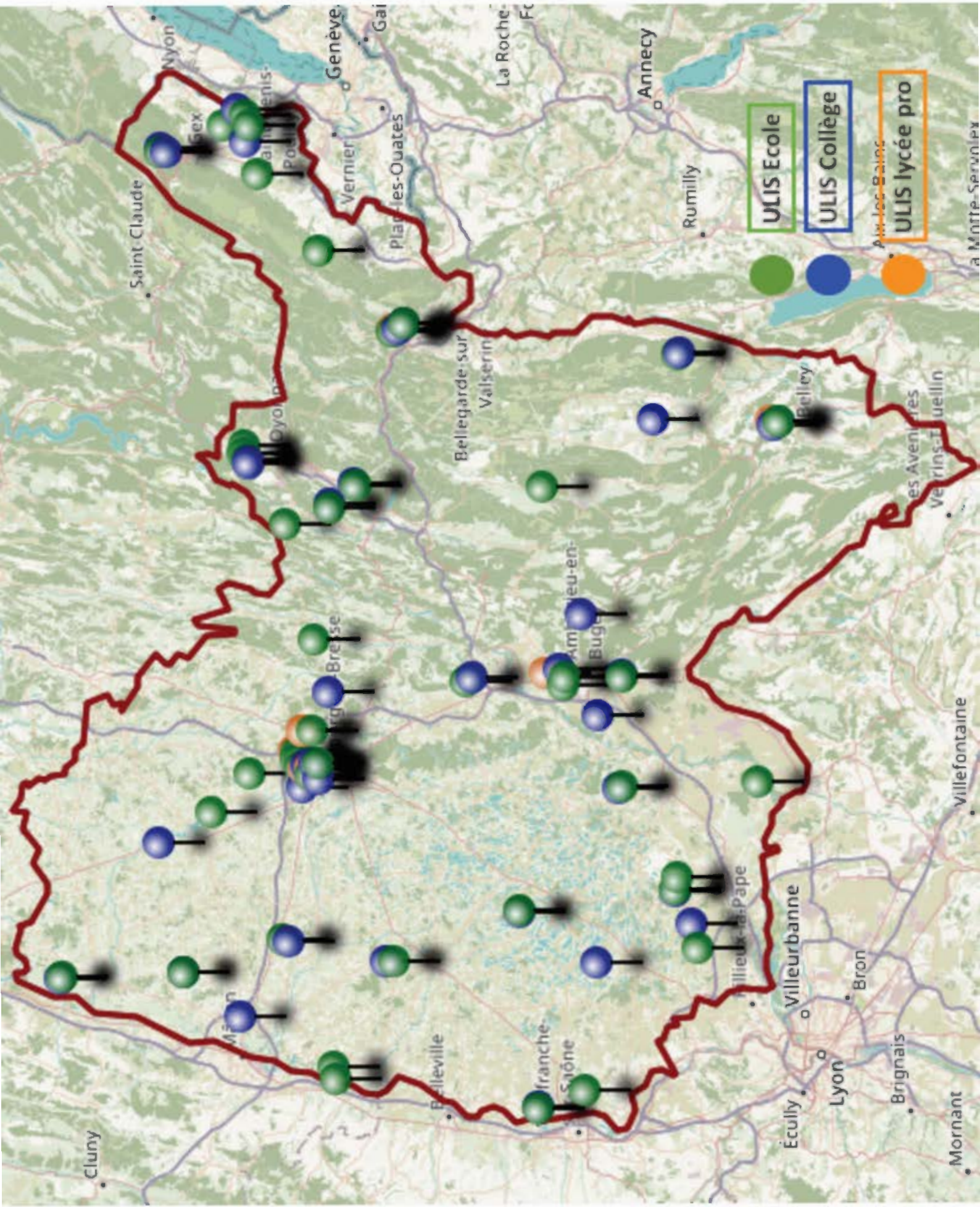
18. SAAI Les moineaux (ADSEA 69)
19. SESSAD Les Alaniers (ORSAC)

Troubles spécifiques du langage

20. SESSAD DELTA 01 (OVE)



ASH 01



ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Il s'agit d'une bibliographie indicative et non exhaustive qui reprend les principaux documents utilisés dans le cadre de cet état des lieux.

Rapports nationaux et textes réglementaires sur la santé mentale

« Rapport relatif à la santé mentale » - Michel Laforcade (Octobre 2016)

Rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 – Haut Conseil de la santé publique (Mars 2016)

« Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » – IGAS, Cour des comptes (Janvier 2009)

[« De la psychiatrie vers la santé mentale »](#) Rapport des Dr Eric Piel, Jean-Luc Roelandt (2001)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 69

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

[Instruction DGOS/DGCS/DGS du 5 juin 2018](#) relative aux projets territoriaux de santé mentale

Documents de planification

Ne sont rappelés ci-dessous que les documents départementaux et régionaux

Le projet régional de santé Auvergne Rhône-Alpes 2018-2028 :

- Schéma régional de santé 2018-2023
- Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale en Rhône-Alpes, volets « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap ».

Les schémas du Conseil départemental de l'Ain :

- Schéma départemental des personnes handicapées de l'Ain 2015-2020 ;
- Schémas départementaux enfance-famille 2015-2020 « Naître, grandir et s'épanouir dans l'Ain » et « De la prévention à la protection » ;
- Schéma départemental en faveur des personnes âgées et de la perte d'autonomie 2013-2018 « Bien vieillir dans l'Ain ».

Etudes régionales / départementales

Date	Auteur / prestataire	Titre
2018	ORSPERE	Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale : une étude dans les CHRS de l'Ain
2018	ORS	Etat de santé des enfants de 0 à 6 ans en AURA
2017	ORS	Diagnostic local de santé Oyonnax, Arbent, Bellignat
2016	ARS / ENEIS	Etude sur les moyens mis en œuvre et l'organisation en place pour le repérage, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge des troubles et pathologies du développement (physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage) en Rhône-Alpes
2016	CCAURA	« Pauvreté et la précarité dans l'Ain – Acte 2 » : Etat des lieux 2016
2015	ARS	Etude sur les CMP de la région Rhône-Alpes
2012	ORS	Tableau de bord sur la santé de l'Ain
2014	Coordination handicap psychique 01	Livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département de l'Ain
2010	E. Bonérandi-Richard	« Pauvreté et la précarité dans l'Ain » : Etat des lieux 2010

Méthodologie

- ANAP « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale – Méthodes et outils pour les territoires » (Décembre 2016)
- ORS « Les méthodes d'observation en santé mentale » - Club de l'observation sociale en Rhône-Alpes (février 2009)
- CNSA – ANCREAI « Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé » - à l'attention des Agences régionales de santé et des Conseils départementaux (Avril 2016)

Sitographie

Psychom, organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale : <http://www.psycom.org>

« Une réponse accompagnée pour tous »

- site de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/une-reponse-accompagnee-pour-tous>
- site gouvernemental : <http://handicap.gouv.fr/focus/article/une-reponse-accompagnee-pour-tous-c-est-le>

Portail de l'accompagnement des professionnels de santé en Auvergne-Rhône-Alpes : <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/Liste-des-zones-selon-classement-ZIP-ZAC-ZV-en-Auvergne-Rhone-Alpes.37174.0.html>



Bourg-en-Bresse, le 16 janvier 2018

Objet : lettre de mission - Réalisation d'un état des lieux des besoins et des ressources en santé mentale sur le département de l'Ain

Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, de nouvelles perspectives pour l'organisation des soins en psychiatrie et la santé mentale ont été définies. Cette organisation s'articule autour de **projets territoriaux de santé mentale (PTSM), tels que définis dans le décret publié au Journal officiel du 27 juillet 2017.**

Les agences régionales de santé (ARS) sont en charge de l'animation de la démarche d'élaboration des PTSM, et doivent notamment veiller à ce que tous les acteurs concernés y soient associés.

Les PTSM sont élaborés par les acteurs de santé du territoire sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale.

Le diagnostic territorial partagé a pour objectif de :

- ☐ établir l'état des ressources disponibles
- ☐ identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- ☐ identifier l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services.

La construction du diagnostic territorial partagé s'élabore autour de deux principales phases complémentaires et interdépendantes :

- Le bilan des besoins et des ressources, visant à dresser un état des lieux, une photographie de la situation du département en matière de santé mentale ;
- La concertation territoriale, qui doit permettre d'identifier des leviers d'actions pour faire évoluer le dispositif et les pratiques.

Le Centre Psychotérapique de l'Ain (CPA), pivot de l'offre de santé mentale et de psychiatrie de l'Ain, a répondu favorablement à la sollicitation de l'ARS de l'Ain visant la réalisation de la première phase du Diagnostic Territorial en Santé Mentale (DTSM).

La réalisation de cette première phase a été confiée par le CPA à l'association GEFCA (Groupements Études Formation Conseil Animation)

Cet organisme, accompagné par Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes (ORS) et le Centre Ressources Directe Idée (CRDI), met à disposition plusieurs consultantes :

- ☐ Camille GILIBERT, chef de projet (GEFCA)
- ☐ Laurence BESSON (GEFCA)
- ☐ Elodie BENIFEI (CRDI).

Le pilotage de la mission est assuré par un groupe projet qui associe l'ARS de l'Ain, le CPA à travers le Carrefour Santé Mentale Précarité/Coordination Santé Mentale 01, et le cabinet GEFCA.

Pour la réalisation de l'état des lieux, l'option d'une approche territoriale a été validée. Quatre territoires correspondant aux quatre territoires de psychiatrie générale (territoires Centre, Est, Sud et Ouest) ont été retenus.

A l'intérieur de chacun de ces territoires, une réunion d'état des lieux rassemblant les principaux acteurs et abordant l'ensemble des thématiques de parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale sera organisée.

En tant qu'acteurs institutionnels, professionnels ou représentants des usagers nous sollicitons votre contribution à la réalisation de cet état des lieux selon différentes modalités possibles, en particulier :

- la transmission de données quantitatives
- la participation à un entretien ou à une rencontre territoriale.

En tant que cela est de besoin, vous pourrez ainsi être sollicité(e) par les consultantes chargées de la mission.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à cette action.

Dominique BLOCH-LEMOINE
Directeur du
Centre Psychothérapique de l'Ain



Phases
et
étapes-

Tâches		Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Septembre
Démarche Lancement	Réunion de cadrage (groupe projet) Information du prestataire sur le contexte de la mission et l'historique Mise à disposition des documents utiles à la mission Réflexion partagée sur la méthodologie (outils, calendrier)	X	X							
	Recueil et traitement des données chiffrées sur l'offre, le recours à l'offre et les besoins		X	X						
Enquête Recueil	Réunion du groupe projet Présentation des premiers éléments recueillis, préparation des focus groupes et des réunions par territoire			X						
	Focus groupe				X	X	X			
	Entretiens				X	X	X	X		
	Réunions territoriales - en vue de la réalisation de l'état des lieux - en vue de la préparation de la phase de concertation					X				
Analyse Rapport diagnostique	Analyse et valorisation des données recueillies Rédaction du rapport							X	X	
	Réunion du groupe projet (présentation de l'avancement du rapport)								X	
	Finalisation du rapport								X	
	Réunion de présentation et validation de l'état des lieux									X

BILAN DES RESSOURCES ET BESOINS

Etat des lieux des besoins et des ressources en santé mentale dans le département de l'Ain

Récapitulatif des entretiens mars - mai 2018

STRUCTURE	PERSONNE RENCONTRÉE		FONCTION	Mars	Avril	Mai	Juin
CPA - ORSAC	Muriel	RAUTURIER*	Chargée de mission	01-mars			
CPA - ORSAC	Dr Ali Alper	ONAL	Président de la CME (jusqu'à mars 2018) - Médecin chef du secteur Centre	19-mars			
UNAFAM	Isabelle	FERNANDEZ	Déléguée départementale UNAFAM	19-mars			
Ville Hôp'Ain - Souti'Ain	Sonia	CORTEL	Directrice				
	Dr Pascal	PENETRAT	Président	29-mars			
	Dr	ROMAIN	Chef de projet				
	Dr Bernadette	DABOUT-NICOLAS*	Directrice adjointe		18-avr		
MDPH 01	Jasmine	DERRIER*	Chargée de mission "une réponse accompagnée pour tous"			11-mai	
ARS siège - Direction santé publique	Dr Chantal	MANNONI	Médecin de santé publique et médecine sociale		18-avr		
ADAG - CPA Cellule de prévention	Anaïs	AUBERT	Directrice ADAG				
	Amandine	BATO	Psychologue coordinatrice ADAG		19-avr		
	Dr Jean-Claude	BLOND	Psychiatre				
ORSAC	Jean-Claude Sébastien	MICHELON GUICHON	Président Chargée de mission		23-avr		
DDCS	Jean-François	FOUGNET	Directeur adjoint			24-mai	
DSDEN	Dr Isabelle	LAPIERRE	Médecin conseiller technique				
	Gaëlle	VALLIER-DUBOIS	IEN-ASH			31-mai	
	Janine	BENOIT	ASS conseillère technique				
ALFA3A	Olivier	DE VESVROTTE	Directeur adjoint				11-juin
CD 01	Thierry	CLEMENT	Directeur général adjoint en charge de la solidarité				22-juin

Dans le cadre d'un état des lieux¹ des besoins et des ressources en santé mentale dans l'Ain

Vous êtes invité.e à participer aux réunions de territoire²

Les territoires sont définis à partir des secteurs de psychiatrie :

Centre, Sud, Est, Ouest

¹L'état des lieux

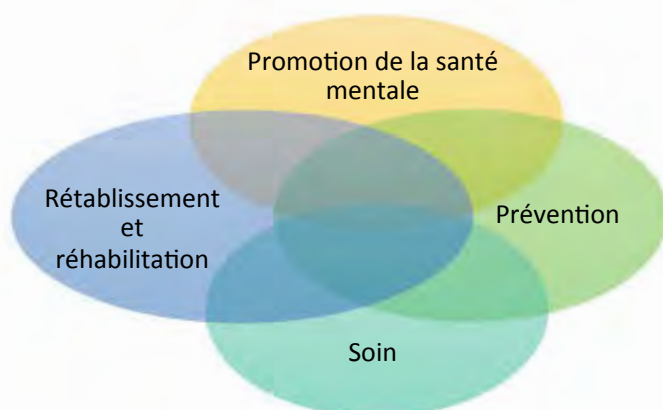
- Initié par le CPA et soutenu par l'ARS
- Conduit par l'association GECA
- Vise une meilleure connaissance des besoins et des ressources
- Constitue une 1^{ère} étape au diagnostic territorial en santé mentale précédant le **projet territorial de santé mentale**
- Combine une approche quantitative et qualitative

Objectif de ces rencontres

- Valider et compléter les éléments d'état des lieux concernant **l'offre** : caractéristiques de l'offre actuelle, perspectives, forces et faiblesses du territoire, acteurs, partenariats
- Contribuer à l'identification des **besoins** et difficultés à les satisfaire, notamment en termes de parcours.

Modalités pratiques

Les réunions s'adressent aux personnes concernées dans leur pratique par les questions de santé mentale au sens large (troubles mentaux + détresse psychologique) dans ses différentes dimensions :



Public :

Professionnels du soin, responsables de structures sociales et médico-sociales, représentants d'associations gestionnaires, d'usagers, aidants, représentants de communes, CCAS, Conseil départemental (MDS, MDPH, MAIA ...), Education nationale, etc. ...

² Les réunions de territoire correspondent au(x) lieu(x) d'exercice des acteurs.

Dates, lieux et horaires des réunions

Territoire SUD Jeudi 5 avril 14h-16h30 CCPA (siège) - 143 rue du Château Chazey-sur-Ain	Territoire EST Vendredi 6 avril 14h-16h30 L'atelier - Centre social Ouest 30 bis rue de St Exupéry Oyonnax
Territoire CENTRE Jeudi 26 avril 14h30-17h CPA - Salle B Avenue de Marboz Bourg-en-Bresse	Territoire OUEST Vendredi 27 avril 14h-16h30 EHPAD La Montagne Route du Relevant Chatillon sur Chalaronne

Déroulement – contenu

- Présentation du cadre de la mission et des 1^{ers} éléments d'état des lieux
- Principaux points d'attention concernant le territoire

Afin d'assurer le bon déroulement des échanges, nous vous proposons quelques questions à préparer en amont, qui seront reprises lors des réunions :

- Quelles sont les ressources en termes de prévention et de repérage des situations de souffrance psychique ?
- Dans quelle mesure est assuré l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ?
- Quelles sont les principales situations « inadéquates » d'hospitalisation ?
- Quels obstacles et facilitateurs en termes d'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux des personnes ayant des troubles de santé mentale ?
- ... en termes d'accès aux soins somatiques ?
- Comment sont organisées la prévention et la gestion des situations de crise ?

Intervenants GECA

Camille Gilibert, Conseillère technique
Dr Michel Bon, Psychiatre.

Pour assurer au mieux leur organisation
nous vous remercions de vous inscrire par internet
<https://sphinxdeclic.com/d/s/s91dcl>
ou <https://sphinxdeclic.com/d/s/ld46kd>



N° SIRET 827 887 761 00019
N° OF 84691569369
36 rue Burdeau
69 001 Lyon

Lyon, le 14 mai 2018

Aux adhérents du GEM de la Côtière
51 Grand Rue
01 120 Montluel

Objet : demande de rencontre

Bonjour,

La Présidente et les animatrices du GEM vous ont parlé de ma demande. Je suis Camille Gilibert de l'Association GEFCA, qui est chargée de faire une étude relative aux besoins et ressources en santé mentale sur le département de l'Ain. L'Agence régionale de santé et le CPA veulent réaliser un diagnostic pour améliorer les politiques publiques et les pratiques.

La santé mentale est un sujet qui recouvre de **très nombreux aspects** (la prévention, l'accompagnement social, le soin, la vie professionnelle, la protection juridique, etc. ...) et concerne **beaucoup d'acteurs** (institutions, professionnels, personnes en difficultés, malades, familles ...), et même l'ensemble de la société.

Il est important pour nous dans ce travail de recueillir votre point de vue sur ce qui fonctionne bien et ce qui devrait être amélioré pour aider les personnes dans leur parcours.

Je suis passée au GEM au mois de mars, et nous avons prévu que je revienne vous rencontrer **le mercredi 23 mai** à 14h autour d'un café, pour discuter avec ceux d'entre vous qui pourraient m'aider dans ce travail. Si cela vous intéresse, je vous propose de réfléchir à quelques questions :

- Quels sont les lieux ou les personnes qui vous ont aidé(e) dans votre parcours ?
- Qu'est-ce qui vous semble difficile dans votre vie avec votre maladie et dans vos relations avec les professionnels ?
- Que voudriez-vous faire remonter comme satisfaction, comme critique ou comme recommandation à l'occasion de cet état des lieux ?

Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas discuter à ce moment-là, vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone, ou encore me transmettre par écrit des choses que vous avez à dire pour alimenter ce travail. Ces éléments seront anonymes mais permettront de mieux comprendre le point de vue des personnes directement concernées.

Merci pour votre attention et à bientôt.

Camille Gilibert



<http://gefca-asso.fr>

Contact : Camille Gilibert, Directrice • camille.gilibert@gefca-asso.fr • 07 81 89 80 25