

Diagnostic Territorial de Santé Mentale

Département de l'Ain

Auteurs

Guillaume PEGON – Responsable de la Coordination Santé Mentale de l’Ain – CPA

Camille GILIBERT – Consultante, Directrice de l’Association GEFCA

Ruxandra JORIOZ – Médiatrice Réseaux – Coordination Santé Mentale de l’Ain – CPA

Contributeurs

L’ensemble de l’équipe projet PTSM01.

Nos remerciements sincères à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce diagnostic et au temps qu’elles ont bien voulu nous accorder, notamment lors des entretiens et des réunions de territoire.

SOMMAIRE

Sommaire	2
Glossaire.....	3
Préambule	5
I. Présentation de la démarche sur le territoire	6
II. Méthodologie du DTSM01	10
Partie 1 - Gouvernance de la démarche PTSM01.....	21
I. La Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM).....	21
II. Le comité de pilotage (Copil)	23
III. L'équipe projet	24
Partie 2 - Caractéristiques du territoire - Besoins et ressources du territoire de l'Ain.....	25
I Présentation du département	25
II. Approche des besoins et déterminants de santé mentale.....	26
III. Les ressources du département	48
IV. Synthèse de la 2ème partie « Caractéristiques du territoire approche des besoins et ressources »	109
Partie 3 - Problématiques au regard des parcours.....	114
I. L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	115
II. Situations inadéquates.....	119
III. L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	123
IV. L'accès aux soins somatiques	127
V. La prévention et la gestion des situations de crise.....	129
VI. Synthèse	132
Partie 4 – Présentation synthétique des problématiques et pistes d'action envisagées.....	133
Diagnostic et Soins psychiques	134
Parcours de santé et de vie	138
Accès aux soins somatiques	142
Situation de crise et d'urgence	145
Droits, empowerment et participation	147
Déterminants de la santé mentale	150
Conclusion Vers une démarche de projet territorial de santé mentale.....	154
Bibliographie.....	156
Annexes	158

GLOSSAIRE

ADAG Association d'Action et de réflexion Gériatrique de l'Ain

ADAPEI Association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales.

ADESSA Association Départementale d'Éducation Sanitaire et Sociale de l'Ain

ADSEA Association Départementale Sauvagerie Enfance

AESH Adaptation scolaire et scolarisation des Élèves en Situation de Handicap

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANPAA Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ALD Affection de Longue Durée

APAJH Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

ARS Agence Régionale de Santé

ASV Atelier Santé Ville

ASH Adaptation Scolaire et Scolarisation des élèves en Situation de Handicap

ATMP Association Tutélaire des Majeurs Protégés de l'Ain

AURA Auvergne Rhône Alpes

AVS Auxiliaire de Vie Scolaire

CADA Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAF Caisse d'Allocations Familiales

CAMSP Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAO Centre d'Accueil et d'Orientation

CAP Centre d'Accueil Permanent

CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS Centre Communal d'Action Sociale

CCOMS Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CD Conseil Départemental

CEDA'AIN Centre d'Évaluation et de Diagnostic de l'Autisme de l'Ain

CET Commission d'Étude Technique

CH Centre Hospitalier

CHB Centre Hospitalier BOURG EN BRESSE

CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CJC Consultations Jeunes Consommateurs

CLIC Centre Local d'Informations et de Coordination

CLS Contrat Local de Santé

CLSM Conseil Local Santé Mentale

CLSPD Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

CMP Centre Médico-Psychologique

CMPP Centre Médico-Psychopédagogique

CMPPA Centre Médico-Psychologique Personnes Âgées

CMU-C Couverture Maladie Universelle - Complémentaire

CPA Centre Psychothérapique de l'Ain

CPAM Caisse Primaire Assurance Maladie

CPEF Centre de Planification et d'Éducation Familial

CPH Centre Provisoire d'Hébergement

CPTS Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRA Centre Ressources Autisme

CRTLA Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages

CSAPA Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSMP Carrefour Santé Mentale Précarité

CSM01 Coordination Santé Mentale 01

CSSM Commission Spécialisée en Santé Mentale

CTS Conseil Territorial de Santé

CUCS Contrats Urbains de Cohésion Sociale

DDCS Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGAS Direction Générale de l'Action Sociale

DHUDA Dispositif d'Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile

DIRECCTE Direction régionale des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi

DRJSCS Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DSDEN Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EM Équipe Mobile
EMSMP Équipe Mobile Santé Mentale Précarité
EN Éducation Nationale
ESA Equipe spécialisée Alzheimer
ESAT Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS établissements et services sociaux et médico-sociaux
FAM Foyer d'Accueil Médicalisé
GEM Groupe d'Entraide Mutuelle
GPDS Groupe de Prévention contre le Décrochage Scolaire
IME Institut Médico Educatif
IRJB Institut Régional Jean Bergeret
ITEP Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
LMSS Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAIA Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MARPA Maison d'Accueil et de Résidence pour Personnes Âgées
MCO Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MDA Maison Des Ados
MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS Maison Départementale de la Solidarité
MECS Maison d'Enfants à Caractère Social
MNA Mineur Non Accompagné
OMS Organisation Mondiale de la Santé
PAEJ Point Accueil Écoute Jeunes
PAS Point Accueil Solidarité
PASA Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCPE Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées
PCO Plateforme d'Orientation et de Coordination
PDALHPD Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PEP Pupilles de l'Enseignement Public
PPS Projet Personnalisé de Scolarisation

PE5 Projet d'Établissement 5 du CPA
PMI Protection Maternelle Infantile
PRAPS Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
PRS Projet Régional de Santé
PUMA Protection Universelle Maladie
PTSM Projet Territorial en Santé Mentale
RAPT Réponse Accompagnée Pour Tous
RASED Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté
RSA Revenu de Solidarité Active
SAJ Éclat Service d'Accueil de Jour Éclat
SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAPAD Service d'Assistance Pédagogique à Domicile aux élèves malades
SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SSIAD Service de Soins Infirmiers et Aides à Domicile
SIAO Service d'Insertion d'Accueil et d'Orientation
SISM Semaine d'Information sur la Santé Mentale
SPASAD Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
SSR Soins de Suite et de Réadaptation
TND Troubles du neurodéveloppement
UDAF Union Nationale des Associations Familiales
UNAFAM Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
URPS Union Régionale des Professionnels de Santé
US ADO Unité Ados
UE Unité Enfant
UE Unité d'Enseignement
UEM Unité d'Enseignement en Maternelle
ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

PREAMBULE

Le **Projet Territorial de Santé Mentale du département de l'Ain (PTSM 01)** s'inscrit dans la mise en œuvre de l'article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé¹ du 26 janvier 2016.

Son objectif est d'améliorer concrètement la réponse aux besoins, attentes et aspirations des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Il s'agit de leur permettre d'accéder à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture qui favorisent leur rétablissement personnel et leur inclusion sociale et citoyenne. Son objectif est également de promouvoir la santé mentale et d'améliorer la prévention en santé mentale.

Pour réduire les ruptures dans les parcours et les pertes de chances qui en découlent, le projet territorial de santé mentale s'appuiera sur la recherche de décloisonnement et de transversalité des acteurs, ainsi que sur l'identification et le partage des meilleures pratiques.

Le PTSM 01 constitue une démarche partenariale qui mobilise les acteurs de santé mentale tant au niveau du territoire global proposé pour son élaboration qu'au niveau des parcours de proximité des personnes (communes, territoires d'action sociale, CLSM, secteurs de psychiatrie). Il doit permettre d'établir des constats partagés entre ces acteurs et de co-construire un projet territorial centré sur la réponse aux besoins et aspirations des personnes. Cette démarche doit prendre en compte et valoriser :

- les attentes des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leurs proches, en organisant la participation effective de ces personnes à la gouvernance et aux travaux d'élaboration du PTSM 01;
- les spécificités, logiques et dynamiques propres aux différents territoires constitutifs du département de l'Ain ;
- la dynamique des acteurs qui s'y investissent et les modalités de coordination territoriale déjà en place, en suscitant ou renforçant la dynamique d'organisation et de transversalité.

Le **Diagnostic Territorial en Santé Mentale de l'Ain (DTSM01)** est une étape essentielle dans la démarche de PTSM 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 le DTSM 01. Il réunit à la fois une proposition de gouvernance de la démarche PTSM (partie 1), un état des lieux des besoins et ressources en santé mentale (partie 2), une analyse des problématiques rencontrées par parcours (partie 3), et une présentation synthétique des pistes d'action envisagées (partie 4).

¹ Articles L3221-1 à L3221-2 du Code la santé publique, décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 et instruction DGOS/DGCS/DGS/2018/137 du 5 juin 2018.

I. Présentation de la démarche sur le territoire

I.1 Le projet territorial de santé mentale et ses étapes

La démarche consécutive de 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 Précarité et son unité de Coordination Santé Mentale de l'Ain (CSM01). Son positionnement d'interface et de ressource dans le champ de la santé mentale le rend particulièrement à même de contribuer à titre principal à l'animation de la démarche et à fédérer les nombreux acteurs autour d'un diagnostic.

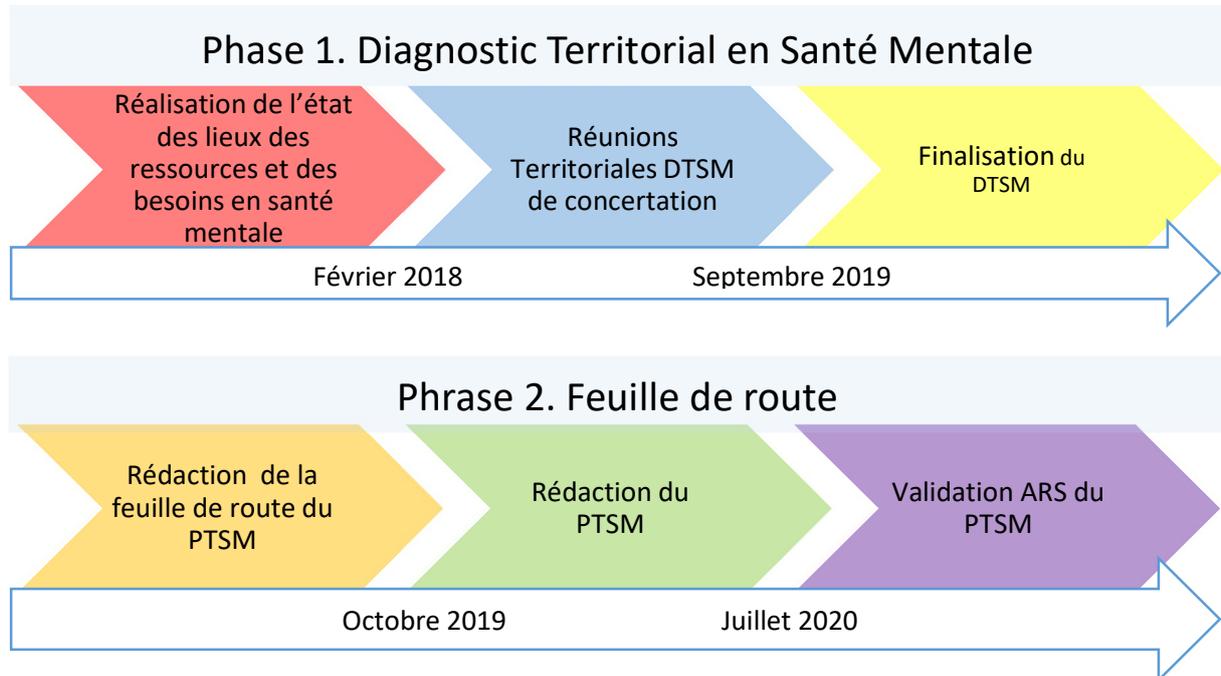
Le PTSM est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire.

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.

Les étapes du PTSM :

- La phase de diagnostic : de février 2018 à septembre 2019 : Elle vise à réaliser un diagnostic territorial partagé en santé mentale (DTSM) entre les différents acteurs.
- La phase d'élaboration de la feuille de route : de septembre 2019 à juillet 2020. Elle vise à élaborer le PTSM sur la base des constats opérés dans le diagnostic.

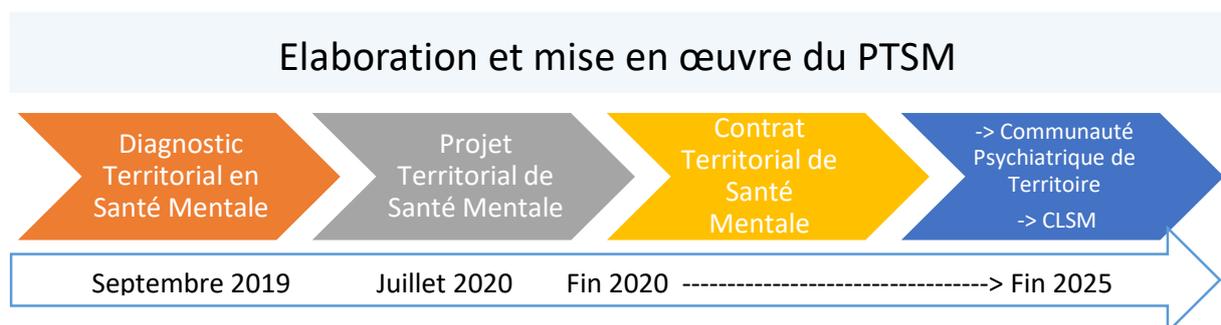
Calendrier de la démarche du PTSM dans l'Ain :



Une fois le PTSM validé, nous entrerons dans une troisième phase, celle de **mise en œuvre du PTSM qui durera 5 ans** :

- 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.



I.2 Origine et contexte du PTSM

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 (CNSM).

Ce CNSM (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 CNSM 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, le suivi et l'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.

I.3 Les politiques publiques de référence et « connexes »

Plusieurs politiques publiques et démarches nécessitent d'être prises en compte dans la démarche de PTSM. Elles renvoient à différents documents référencés dans la bibliographie et utilisés dans l'étude documentaire.

La démarche d'élaboration du PTSM 01 s'inscrit dans :

- La stratégie de transformation du système de santé : « Ma Santé 2022 : un engagement collectif » ;
- L'instruction ministérielle du 5 juin 2018 relative aux PTSM et sa boîte à outils présente sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé (<http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>) ;
- Le Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 ;
- Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (le schéma départemental des personnes handicapées de l'Ain 2015-2020 ; le schéma départemental des actions éducatives et services aux familles, SDAESF, « Naître, grandir et s'épanouir dans l'Ain » qui associe l'Etat (DDCS et Education Nationale, le Département, la Caf et la MSA ; le schéma départemental « De la prévention à la protection » ; le Plan Séniors et le

Plan Handicap 01 2017-2022 ; le Schéma Départemental en faveur des personnes âgées et de la perte d'autonomie 2013-2018 « Bien vieillir dans l'Ain ».)

- Le cadrage du Directeur général de l'ARS AuRA sur l'élaboration des PTSM au sein de la région tel que matérialisé par la lettre de mission du 2 août 2018 ;
- Le guide méthodologique élaboré par l'ANAP (Organiser des parcours en psychiatrie et santé mentale, décembre 2016).

Elle devra prendre en compte toutes les politiques publiques traversant le champ de la santé mentale. Elle a vocation à s'appuyer sur la richesse de projets et de dynamiques dont bénéficie le territoire de l'Ain et qui sont particulièrement favorables à une telle démarche.

Il s'agit notamment :

- Du Conseil Territorial de Santé de l'Ain (CTS 01) et sa Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM 01), dont l'un des objets est le pilotage de la démarche d'élaboration du PTSM ;
- Du Conseil Local de Santé Mentale de Bourg-en-Bresse ;
- De l'ensemble des dispositifs de prévention, d'animation des territoires et d'entraide et d'expression des usagers, notamment les cinq Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) du département ;
- Du tissu riche et innovant, en évolution permanente, des structures de soins spécialisés ou non, d'accompagnement médico-social et social.

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.

II. Méthodologie du DTSM01

II.1 Périmètre²

- **Santé mentale : quelques repères**

« Les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique, ils relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'ils traversent de part en part. »³

La santé mentale est une composante importante de notre santé. C'est la recherche permanente d'un équilibre entre toutes les dimensions de notre vie : émotionnelle, psychique, physique, sociale, spirituelle, économique. Notre santé mentale est influencée par nos conditions de vie (logement, activité, ressources, etc.), les événements marquants de notre vie (rencontres, deuils, séparations, etc.), la société dans laquelle nous vivons et nos valeurs personnelles.

La santé mentale n'est pas seulement l'absence de troubles psychiques. En effet, une personne peut vivre avec des troubles psychiques⁴ et ressentir un bien-être mental global, avoir des relations sociales satisfaisantes, une activité épanouissante, une bonne estime personnelle, ce qu'on appelle la santé mentale positive.

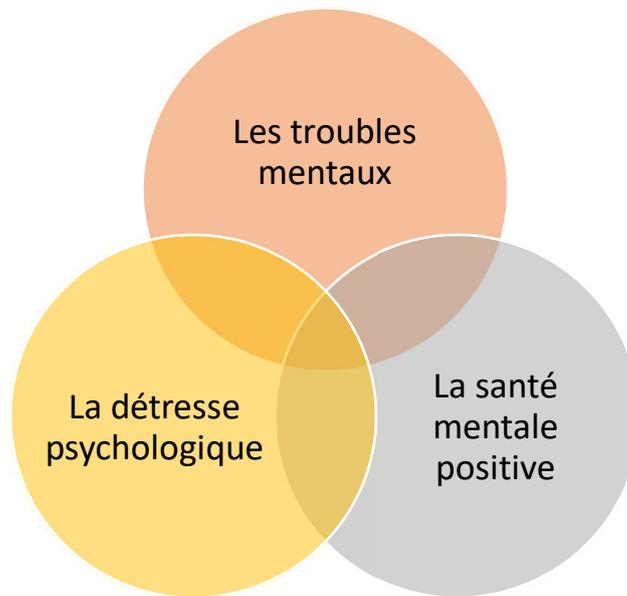
Trois dimensions sont à distinguer dans la notion de santé mentale⁵ :

² Source : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Sante-mentale>

³ L'action publique en santé mentale doit être conçue et pratiquée en termes d'investissement social. Alain EHRENBURG, in *La santé en action* n° 439, mars 2017.

⁴ <http://www.psycom.org/Troubles-psychiques>

⁵ Il est précisé dans le rapport *La santé mentale, l'affaire de tous*. Pour une approche cohérente de la qualité de vie, publié par le Centre d'analyse stratégique le 17 Novembre 2009, qu'une telle distinction fut établie lors de la première conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la santé des 52 États membres de la région Européenne de l'OMS.



Source du schéma explicatif et texte qui le suit : Guillaume PEGON, (2011), Santé mentale en contextes de post-crise et de développement. Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf

Les troubles mentaux ou troubles psychiques, qui ne peuvent être caractérisés que par un diagnostic médical basé sur des manuels de référence⁶. Ils correspondent à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées, répondant à des troubles de durées variables, plus ou moins sévères et handicapants. Se manifestant sous différentes formes, ils se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Parmi les différents troubles mentaux, nous retrouvons les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, ainsi que les troubles du développement, y compris l'autisme.

La souffrance psychique ou détresse psychologique, que l'OMS définit comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. C'est la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. » Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la santé mentale (souffrance extrême, incapacitante, invalidante, aliénante). Elle peut se manifester par des états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, ou encore les troubles dépressifs. La souffrance professionnelle, le stress, les troubles psychosomatiques, font partie des formes de mal-être incluses dans cette notion. Lorsque cette détresse psychologique est liée à une causalité sociale, elle est appelée souffrance psychosociale (ou souffrance psychique d'origine sociale). La clinique psychosociale considère toutes les situations qui

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V ; Classification Internationale des Maladies - CIM11.

engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail, perte de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation. La « clinique psychosociale » est à la croisée de la psychiatrie et du social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des objets sociaux (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : nous nous trouvons dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des « objets sociaux » et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

La santé mentale positive fait référence « soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie⁷. » C'est notamment dans cette dimension que les capacités d'adaptation ou de résilience individuelles, le sentiment de valeur personnelle, apparaissent. Si pour les troubles mentaux un traitement psychiatrique est indiqué, pour ce qui est de la souffrance psychique, la détresse psychologique et la promotion d'une santé mentale positive, de nombreux dispositifs et acteurs sont amenés à intervenir et la réponse semble globale et multidimensionnelle. La santé mentale devient dès lors une question de santé publique.

- **La santé mentale, une question de santé publique**

La santé mentale s'appréhende aujourd'hui comme un continuum allant d'un pôle « positif » (santé mentale positive, bien-être) à un pôle « négatif » (mal-être / souffrance psychique / troubles psychiques / handicap psychique⁸).

Cette conception considère que la santé mentale est une ressource susceptible de s'épuiser à force d'expositions répétées à des paramètres socio-environnementaux, sources de fortes tensions (stresseurs). Elle pousse aussi à agir dans une logique de **prévention et de promotion de la santé**⁹, sur la réduction de ces paramètres et sur l'augmentation de la capacité des individus et des collectivités à y faire face.

Autrement dit, « **est appelé santé mentale le domaine de la santé publique regroupant l'ensemble des modalités de prise en charge de la souffrance psychique.** *Ce domaine est non seulement vaste mais en progression constante. Il regroupe en effet sur un premier pôle, les troubles psychiatriques sévères dont s'est toujours occupée la psychiatrie de secteur, et sur le second, en extension permanente, le cadre du « développement personnel » et de la « santé mentale positive . »*¹⁰

On retrouve dans ce second pôle une définition plus proche de celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

⁷ Silvadon, P. et Duron, J. (1979). *La Santé mentale*. Privat. Cité dans : Centre d'analyse stratégique. (2009, 17 Novembre). Rapport « La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie ».

⁸ <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Handicap-psychique>

⁹ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/439.asp>

¹⁰ <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2006-4-page-19.htm>

Celle-ci définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Pour définir la santé, l'OMS souligne dans sa constitution la dimension positive de la santé mentale : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Source [OMS¹¹](#), 2014

- **Les déterminants individuels et collectifs de la santé mentale**

Les déterminants de santé mentale peuvent avoir une influence positive et négative. « *La santé mentale est influencée par plusieurs conditions qu'on nomme les déterminants de la santé. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, telle que la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale.*

À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple l'accès à une éducation de qualité, à un emploi avec des conditions de travail adéquates, l'accès au logement, la réduction des préjugés favorise et soutient la santé mentale.

La santé mentale est liée à la fois aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné, qu'aux valeurs propres à chaque personne. »¹²

La santé mentale n'est donc pas une donnée immuable pour chaque individu. Il s'agit de concevoir la santé mentale comme une notion mouvante, évolutive au cours de la vie, qui se consolide ou se détériore en fonction de paramètres extérieurs et des ressources propres de chaque individu.

- **Le Cosmos Mental® : un clip Psycom pour comprendre la santé mentale et ce qui l'influence**



Le Cosmos mental® est un clip pédagogique réalisé par le Psycom, créé avec Les Zégaux¹³, pour expliquer de manière imagée le concept de santé mentale. La métaphore du Cosmos illustre la complexité et la dynamique de la santé mentale, qui évolue tout au long de la vie.

¹¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

¹² <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2006-4-page-19.htm>

¹³ <http://leszegaux.fr/>

Dans sa fusée, l'individu voyage au milieu¹⁴ de planètes "ressources" et "obstacles", affronte des astéroïdes "accidents de parcours", rencontre des étoiles filantes "événements de vie" et tente de se maintenir sur la Voie lactée de "l'équilibre psychique".

Découvrir le clip : [Le Cosmos mental](#)[®]

- **Champ de la politique de santé mentale**

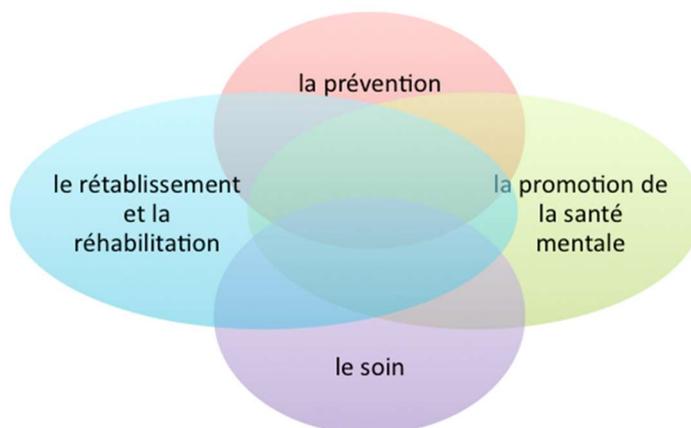
En France, la politique de santé mentale répond donc à une **approche globale et multidimensionnelle**, tenant compte des parcours des personnes et comprenant « des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés 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 » et de dé-institutionnalisation des interventions illustrant un changement de paradigme.

« 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. »¹⁵

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

¹⁴ <http://www.psycom.org/Comment-agir/Le-Cosmos-mental2>

¹⁵ 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

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*¹⁶).

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.

Enfin la **prévention quaternaire**, émergente et à développer, regroupe les actions de réhabilitation et de rétablissement¹⁷, 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 une personne, 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, détresse psychologique 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.

¹⁶ L'empowerment, parfois traduit sous le terme « capacitation », ou plus récemment d'autodétermination, désigne le développement du pouvoir d'agir des personnes.

¹⁷ Voir à ce propos l'instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

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. »²

Ne pourront être prises en compte dans ce diagnostic 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 (à minima bio-psycho-sociale) voire écologique 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 leurs environnements (social, culturel, politique, économique, etc.).

II.2 Méthodologie

• *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 le DTSM01 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 diagnostic a pour vocation d'apporter de la matière, des points d'appui pour 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 de diagnostic, 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 à travers la gouvernance même de réalisation du DTSM01 et sa méthode, notamment, deux cycles de réunions de territoire, des présentations institutionnelles et des entretiens.

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

La conduite du diagnostic s'est heurtée parfois 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 ce diagnostic 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 ;
- On peut relever dans le modèle ANAP deux manques « problématiques » s'agissant de santé

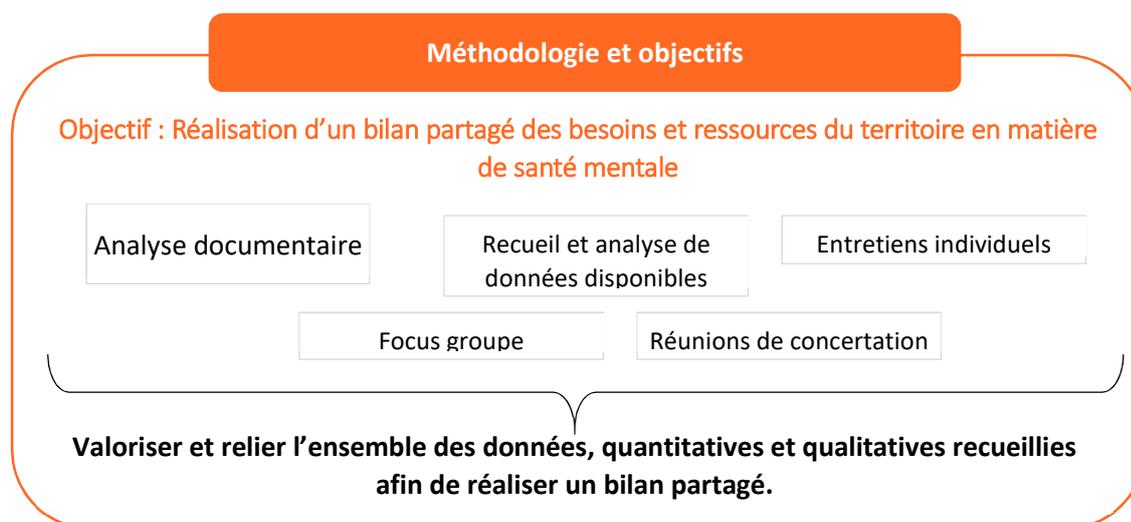
mentale : la prévention et l'enfance. Ces deux dimensions importantes sont prises en compte dans le présent diagnostic.

- **Étapes méthodologiques**

Etape 1 : L'état des lieux des besoins et ressources du département de l'Ain

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 alors du CPA (direction et carrefour santé mentale précarité) et de l'ARS (services : prévention – promotion de la santé, offre de soins et autonomie).



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

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) ;

- 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. ...



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, Vilhop'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.

Etape 2 : Elaboration de la gouvernance et concertation avec les acteurs sur les pistes d'action

1. Gouvernance

La démarche de PTSM concerne l'ensemble des acteurs intervenant dans la prévention et la promotion de la santé mentale et tout au long du parcours de santé et de vie de la personne et de son entourage. Elle associe donc en tant que parties prenantes :

- les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et leurs familles et proches,
- les acteurs sanitaires (dont les établissements autorisés en psychiatrie, les professionnels des soins primaires, les psychiatres et psychologues libéraux, les autres établissements de santé...),
- les acteurs sociaux et médico-sociaux (dont la MDPH, les acteurs du logement et de l'hébergement, les CCAS...),
- les collectivités territoriales (le Conseil départemental, les agglomérations, les communes et intercommunalités...) et les services de l'Etat (les services de la Préfecture, du rectorat...),
- les acteurs de l'action en santé sur les territoires de proximité (dont les CLSM, les contrats locaux de santé...),
- les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé,
- les acteurs de la lutte contre les addictions (sanitaires, sociaux et médico-sociaux),
- les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion.

Afin de mettre en mouvement l'ensemble de ces acteurs un ensemble de réunions mensuelles s'est tenu de septembre 2018 à janvier 2019 afin d'établir la gouvernance de la démarche.

2. Elaboration des fiches de synthèse, des pistes d'action et concertation avec les acteurs

De février à juillet 2019, l'équipe projet du PTSM s'est réunie mensuellement afin de réaliser une analyse de l'état des lieux et d'en proposer aux acteurs de territoires une synthèse par priorités telle que proposée dans le Décret du PTSM. Quatre rencontres territoriales ont été réalisées visant à :

- partager l'état des lieux des besoins et des ressources en santé mentale de l'Ain réalisé en 2018 ;
- collecter auprès de l'ensemble des acteurs de la santé mentale des données qualitatives, de manière à étayer le diagnostic ;
- préparer la dynamique territoriale proposée à un travail collectif autour de la feuille de route.

<p style="text-align: center;">Territoire OUEST</p> <p style="text-align: center;">Lundi 6 mai 2019 à Châtillon-sur-Chalaronne</p> <p style="text-align: center;">29 participants</p>	<p style="text-align: center;">Territoire SUD</p> <p style="text-align: center;">Mardi 7 mai 2019 à Chazey-sur-l'Ain</p> <p style="text-align: center;">36 participants</p>
<p style="text-align: center;">Territoire CENTRE</p> <p style="text-align: center;">Lundi 27 mai à Bourg-en-Bresse</p> <p style="text-align: center;">66 participants</p>	<p style="text-align: center;">Territoire EST</p> <p style="text-align: center;">Mardi le 28 mai 2019 à Chatillon-en-Michaille</p> <p style="text-align: center;">45 participants</p>

PARTIE 1 - GOUVERNANCE DE LA DEMARCHE PTSM01

La structuration de la gouvernance vise à respecter les dispositions prévues par la lettre de cadrage du Directeur Général de l'ARS AuRA (aout 2018), qui confie aux Commissions Spécialisées en Santé Mentale (CSSM) de chaque département la mission de piloter l'élaboration des PTSM.

Elle tient compte par ailleurs du caractère complexe et transverse du PTSM, qui appelle la mise en place d'une démarche projet structurée. Elle officialise la démarche, engage les acteurs dans la garantie de la continuité des contributions, actions et objectifs portés au niveau territorial. Elle assure les conditions d'un partenariat ouvert, équilibré et participatif. Elle pose les principes de la transparence, gage premier de l'établissement de la confiance, et également de l'efficacité, ces principes étant indissociables pour la réussite du PTSM.

La gouvernance du PTSM01 se structure en deux niveaux, le Comité de Pilotage et l'Equipe Projet. Ces deux niveaux sont soutenus par la Commission Spécialisée en Santé Mentale 01:

I. La Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM)

Composée de membres issus du Conseil Territorial de Santé de l'Ain (CTS), la CSSM constitue l'instance de démocratie qui doit permettre d'avoir des temps d'échange. Elle se prononce sur les options majeures du projet et de sa conduite, sur la base des propositions validées par le Comité de Pilotage. La CSSM01 porte la démarche PTSM01 à l'ordre du jour de ses réunions à au moins trois moments clefs : pour lancer la démarche PTSM (séance inaugurale), pour donner son avis sur le diagnostic territorial partagé et pour donner son avis sur la feuille de route. Elle peut se réunir en dehors de ces trois échéances sur demande d'une majorité de ses membres.

Sa composition est la suivante :

- Jean-René MARCHALOT, Président du CTS ;
- Isabelle FERNANDEZ, Représentante des usagers des associations agréées, Présidente de l'UNAFAM 01, Présidente de la CSSM – Suppléant : Jeanne BLANCHARD ;
- Sonia CORTEL, Représentante des différents modes d'exercice coordonné, Directrice de l'association Vilhop'Ain, Vice-Présidente de la CSSM – Suppléant : Pierre ROMAIN ;
- Céline LE BIHAN, Représentante des établissements de santé médecin généraliste, médecin généraliste ;
- Jean-Pascal BEAUCHER, Représentant des personnes morales gestionnaires d'ESSMS œuvrant en faveur des personnes handicapées, Vice-Président de l'UDAPEI de l'Ain – Suppléant : Franck DELALE ;
- André NEVEU, Représentant des organismes de promotion de la santé et de prévention, Président de l'Association d'Action et de réflexion gérontologique de l'Ain (ADAG) ;

- Gilles BOLLARD, Représentant des organismes de l'environnement et de la lutte contre la précarité, Président de la Banque Alimentaire de l'Ain – Suppléant : Jacques AUBRY ;
- Cécile-Luce LECOLLIER, Représentante des médecins libéraux, Médecin Généraliste ;
- Christine GALLE, Représentante des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux - Suppléant : Jean-Luc DHEDIN ;
- Amélie FEYEUX, Représentante des établissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile, médecin coordonnateur – Suppléant : Damien BOUHOUB ;
- Robert LACOMBE, Représentant de l'Ordre des Médecins, président – Suppléant : Jacques BARADEL ;
- Jean-Jacques TABARY, Représentant des usagers des associations agréées, représentant de l'association "Vivre en ville 01" ;
- Michèle PILON, Représentante des usagers des associations retraités et des personnes âgées, Représentante de l'UDAF – Suppléant : Claude ROSENBERG ;
- Muriel LUGA-GIRAUD, Représentante du Conseil Départemental, 1ère Vice-Présidente du Conseil Départemental et déléguée à l'action sociale – Suppléant : Jean-Yves FLOCHON ;
- Yves-Augustin CHAPPELON, Représentant des communes, Maire de Cormoranche/Saône – Suppléante : Mireille CHARMONT MUNET ;
- Laurent WILLEMANN, Représentant de l'Etat, Directeur départemental de la cohésion sociale – Suppléant : Jean-François FOUGNET ;
- Gilles VERNE, Représentant des organismes de Sécurité Sociale, Président CPAM 01 – Suppléant : Claude FOULON ;
- Gilles BOLLARD, invité permanent au titre de la formation spécifique organisant l'expression des usagers – Suppléant : Jacques AUBRY ;
- Michel BOST, invité permanent, membre de UFC Que Choisir de l'Ain : membre du Conseil d'administration, membre du conseil de surveillance et de la CDU du Centre Hospitalier Ain Val de Saône ;
- Jacques AUBRY, invité permanent, représentant FSOEU, Président de la Croix Rouge de l'Ain.

II. Le comité de pilotage (Copil)

Le Copil est composé de l'ensemble des membres de la Commission Spécialisée en Santé Mentale⁰¹ élargi des parties prenantes essentielles à la réussite du PTSM (financeurs, décideurs et représentants des principaux champs de la santé mentale). Les acteurs présents au Copil doivent permettre une représentation du champ de la santé mentale, incluant la promotion la santé mentale, la prévention, le soin (à l'hôpital et en ville), l'insertion sociale et citoyenne, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et leurs proches et aidants. Les membres du Copil s'entourent des collaborateurs et conseils qu'ils jugent utiles. La composition du Copil du PTSM doit par ailleurs veiller à un équilibre dans la représentation des différents territoires constitutifs du territoire global du département de l'Ain.

Le Copil est co-animé par la Présidente et la vice-présidente de la CSSM, ainsi que par la Coordination Santé Mentale 01 (CSM01).

Le Copil pilote la stratégie d'élaboration du PTSM en respectant les options proposées par la CSSM, qu'il porte solidairement. Il valide la composition de l'équipe projet puis les propositions soumises par l'équipe projet. Il valide les axes de travail des groupes de travail. Il présente le diagnostic au CTS avant sa validation par l'ARS.

Le Copil se réunit à trois reprises en 2019 (cf. calendrier) et une à deux reprises en 2020 (dates à définir).

Le Copil se prononce par consensus.

Il comporte 36 membres :

Les 20 membres de la CSSM ainsi que :

- Philippe ABBADI, Directeur de la Clinique de Chatillon ;
- Mandy AIGUEBONNE, Directrice de l'ANPAA ;
- Olivier BELEY, Président Fédération des Maisons de Santé de la région AURA ;
- Dominique BLOCH-LEMOINE, Directeur du CPA ;
- Enzo BONOMO, Directeur du SSR Chanay ;
- Catalina BORREGO, Représentant des psychologues libéraux ;
- Michel CHAUMETTE, Directeur ADAPEI 01 ;
- Thierry CLEMENT, Conseil Départemental ;
- Martine CRAMET, Directrice de l'APAJH ;
- Philippe FELIX, Directeur d'un complexe d'établissements médico-sociaux ;
- Francis FEUVRIER, Directeur général PEP 01 ;
- Agnès NIVOT, Directrice de la Maison des Ados ;
- Caroline DELATTRE, Présidente du GEM de Bourg en Bresse ;
- Vincent ORY, Directeur du GHT ;
- Maryline REMER, Education Nationale (DESN) ;
- Marylène THEVENET, Directrice MDPH.

III. L'équipe projet

L'équipe projet est permanente et rend compte au Copil. Elle est placée sous la responsabilité, en termes d'animation/coordination et de secrétariat, de la Coordination Santé Mentale de l'Ain. Elle anime et coordonne au plan opérationnel la démarche projet. Elle suit le déroulement des travaux, soutient l'animation du Copil, alerte celui-ci sur les difficultés rencontrées et lui soumet des propositions d'ajustement.

Sa composition est restreinte (6 personnes maximum).

- La Coordination Santé Mentale de l'Ain (CSM01) assume la fonction d'animation et de coordination pour l'élaboration du PTSM 01. Cette coordination est composée :
 - Guillaume, PEGON, Responsable de la CSM 01 - CPA
 - Ruxandra JORIOZ, Médiatrice de réseaux de Santé Mentale CSM 01, Coordinatrice du CLSM de Bourg-en-Bresse
 - Isabelle JOSSERAND, Secrétaire CSM 01 – CPA
- La Coordination Santé Mentale de l'Ain assure l'animation et la coordination de la démarche PTSM en collaboration avec des représentants du CSSM et de l'ARS :
 - Isabelle FERNANDEZ, Présidente de la CSSM, Présidente de l'UNAFAM
 - Sonia CORTEL, Vice-présidente de la CSSM, Directrice de l'association Vilhop'Ain
 - Jean-Michel CARRET, Chef de service Veille, Gestion des alertes, Prévention Promotion de la santé, ARS.

L'équipe projet s'entoure des collaborateurs experts et conseils qu'elle juge utile.

- Anaïs AUBERT, Directrice de l'ADAG
- Pierre CREUZE DE CHATELLIERS, Cadre Supérieur de Santé, Pédopsychiatrie – CPA
- Jean-François FOUGNET, Directeur-adjoint de la DDCS 01
- Mélissa GINET, Chargée de mission ADESSA 01
- Sébastien GUICHON, Chargé de mission à l'ORSAC
- Catherine HAMEL, Représentante du CD 01
- Florian LACERRE, Médecin CPA
- Joëline NONCLE, Présidente du GEM de Bourg-en-Bresse
- Francis VIGNAGA, Psychiatre, Médecin chef du Dispositif de Soins de Réhabilitation Psychosociale – CPA

PARTIE 2 - CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE - BESOINS ET RESSOURCES DU TERRITOIRE DE L'AIN

I 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 :

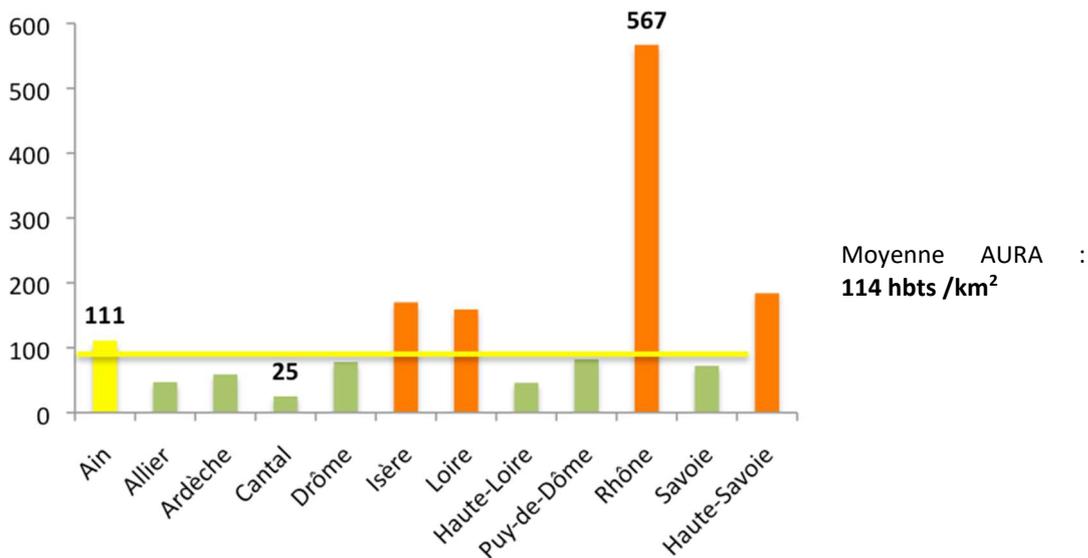
- *à l'ouest, une plaine inclinée vers le nord-ouest et bordée par la Saône, en partie bocagère (Bresse) et parsemée d'étangs dans la partie sud (Dombes) ;*
- *à l'est, les montagnes du Jura méridional traversées par les cluses qu'empruntent les voies de communication vers la Suisse. Le Pays de Gex, 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 GEFCFA

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%).

II. Approche des besoins et déterminants de santé 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.

II.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 : ORS¹⁸)

Les taux de mortalité générale et infantile¹⁹ 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.

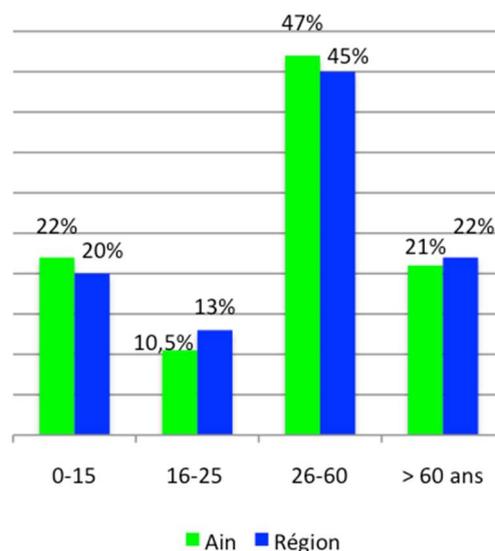
L'espérance de vie, à la naissance ou à 65 ans, est comparable aux moyennes régionales

			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 GEFCA

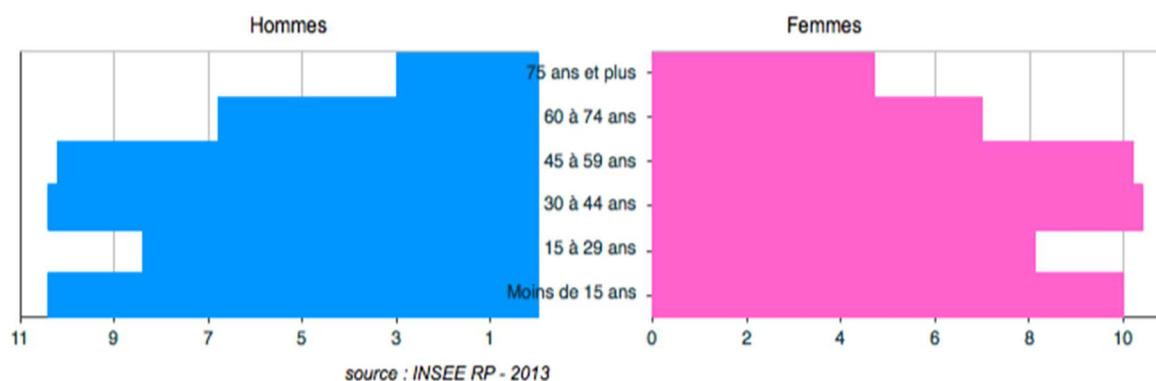
¹⁸ Etat de santé des enfants de 0 à 6 ans en AURA (étude ORS à partir de données de décembre 2017)

¹⁹ Rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins d'un an et le nombre d'enfants nés vivants en 2012-2013-2014

Démographie des 4 territoires

Voir plus bas 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).



• 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

II.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**

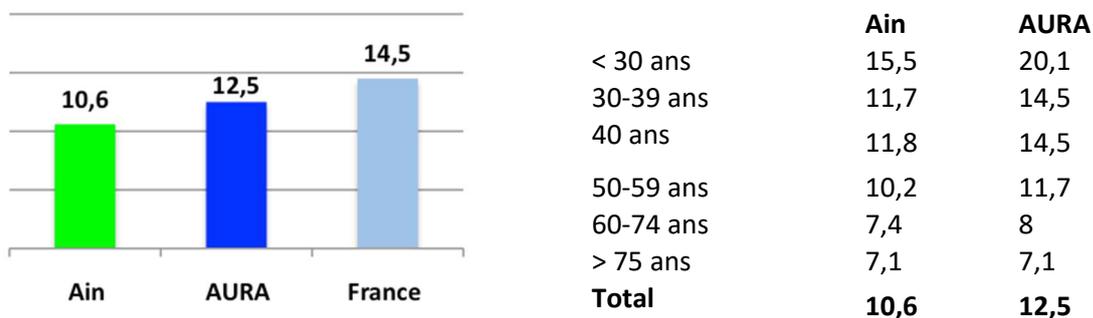
Des revenus disponibles relativement élevés

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 GEFCA

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%). A noter également que le taux de chômage de la population active dans l'Ain est aujourd'hui un des plus bas de France (6,2% au premier trimestre 2019 contre 8,7% au niveau national – source INSEE).

L'Ain présente l'un des plus faibles effectifs d'allocataires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) de la région²⁰. Rapportés au nombre de demandeurs d'emploi, les allocataires de l'ASS de l'Ain sont en

²⁰ 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)

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.

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 allocataire²¹ 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

²¹ 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)

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

- **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,²²
- 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 régionale²². « **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).

²² Source : Dossier 2016 de la MRIE

- **Les données du SIAO**

Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) concerne la principale source d'observation en termes de besoins et d'offre d'hébergement et de logement social. Sur les 1706 demandes d'hébergement traitées par le 115 de l'Ain en 2018, **27% n'ont pas abouti par manque de place.**

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.* Cette population sollicite de plus en plus les associations caritatives, sans que leur situation ne permette toujours d'entrevoir des solutions à moyen terme.
- *Non-accès aux droits.* De plus en plus de personnes sont exclues des dispositifs parce qu'elles n'y ont pas accès.
- *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. 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.

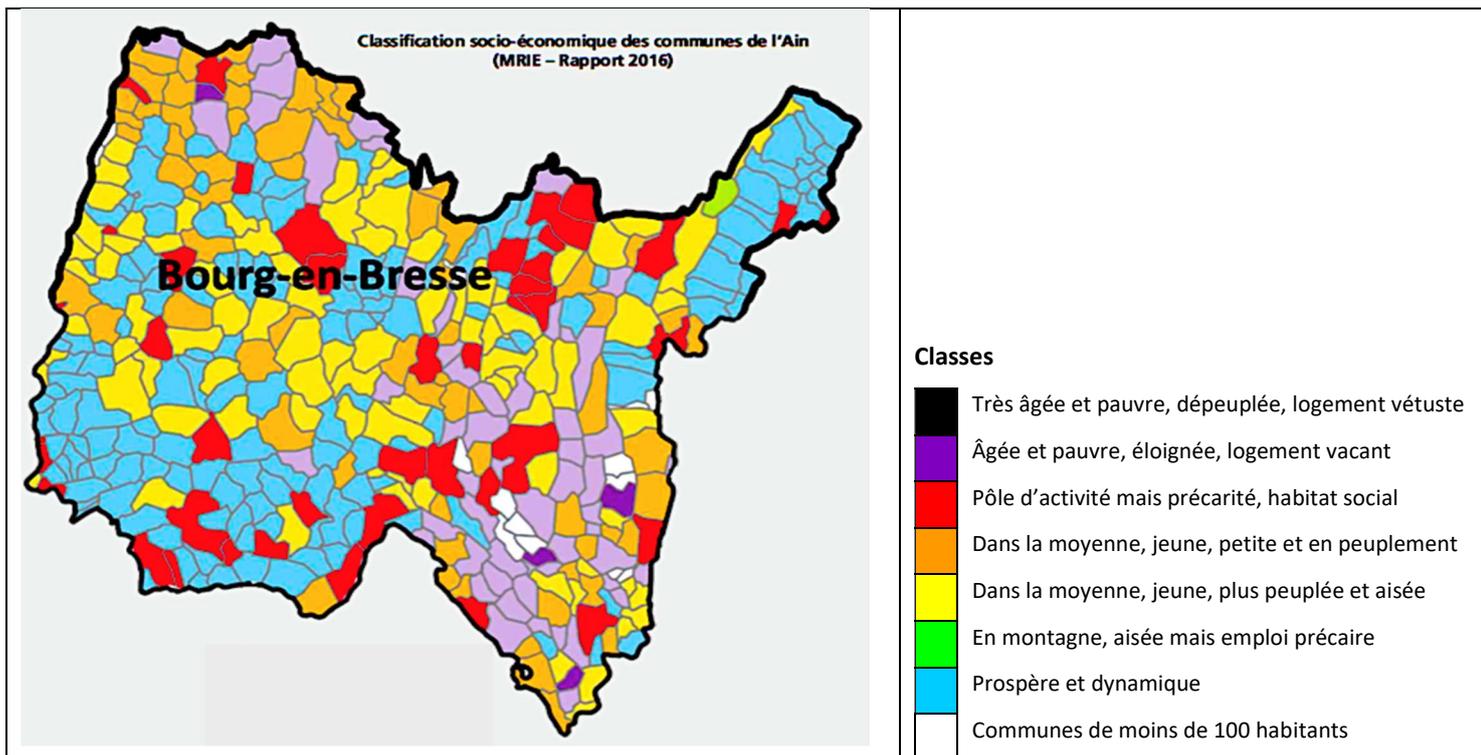
L'Est du département présente à l'inverse un niveau de vie global largement supérieur à la moyenne. Moins de la moitié des communes ont un niveau de vie médian compris entre 20 000 et 25 000 €, alors que plus d'¼ des communes ont un niveau de vie médian supérieur à 30 000 €.

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.



II.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 mentaux, 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 mentaux et maladies mentales, auxquelles les classifications officielles – la Classification internationale des maladies (CIM11) et le DSM V²³ – apportent un cadre permettant une certaine homogénéité de diagnostic (recherché pour le DSM V). 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.

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

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.

• *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 GEFC

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%

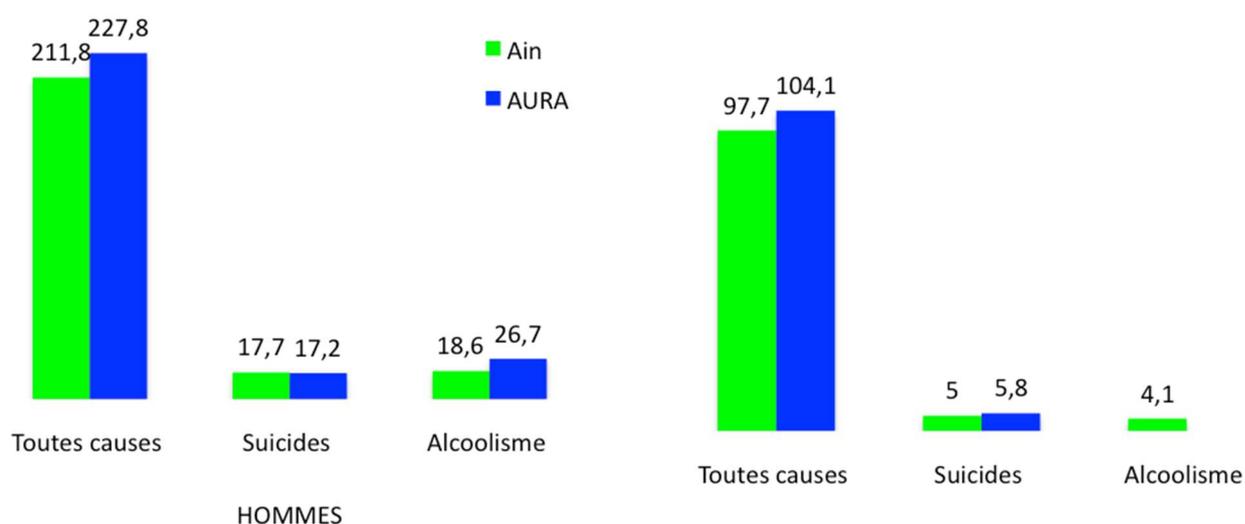
* Indicateurs sociaux départementaux

** 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.

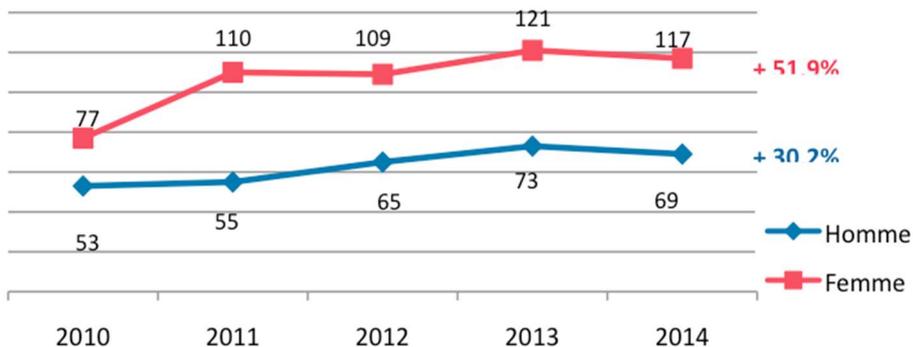
Taux comparatifs de mortalité prématurée : décès avant 65 ans pour 100 000 habitants (années 2011 à 2013)



Source : INSERM, CépiDc – Traitement GEFC

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.

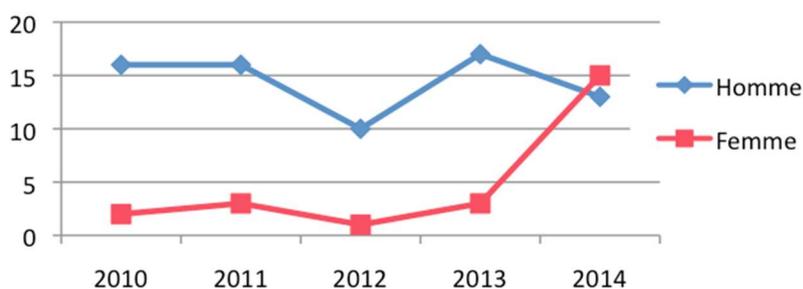
Source : INSERM – Cepi-DC / Traitement GEFC

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



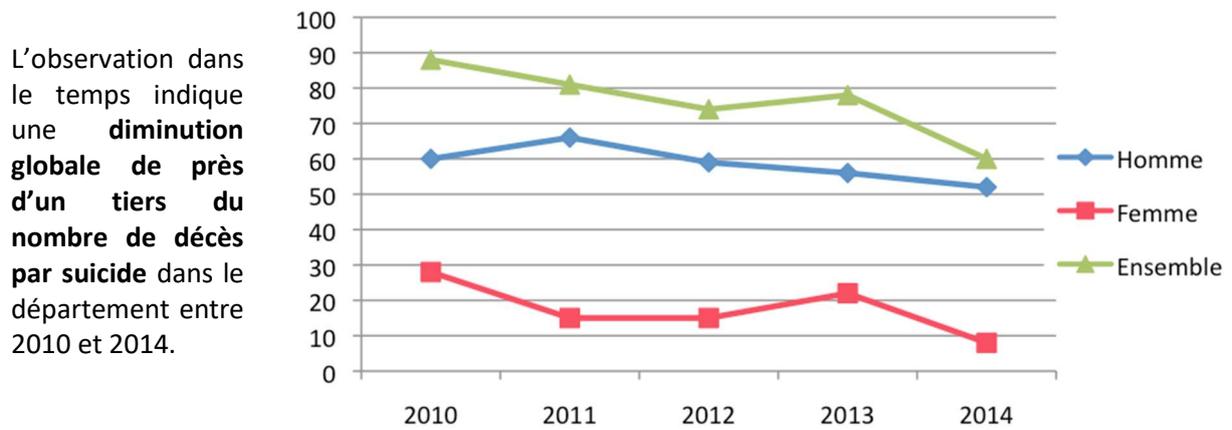
L'évolution sur 5 ans de ces données (disponibles à ce jour jusqu'à 2014 seulement) indique une augmentation importante du nombre de décès pour abus d'alcool chez les femmes (mais pour des données peu conséquentes en valeur absolue).

Source : INSERM – Cepi-DC / Traitement GEFC

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

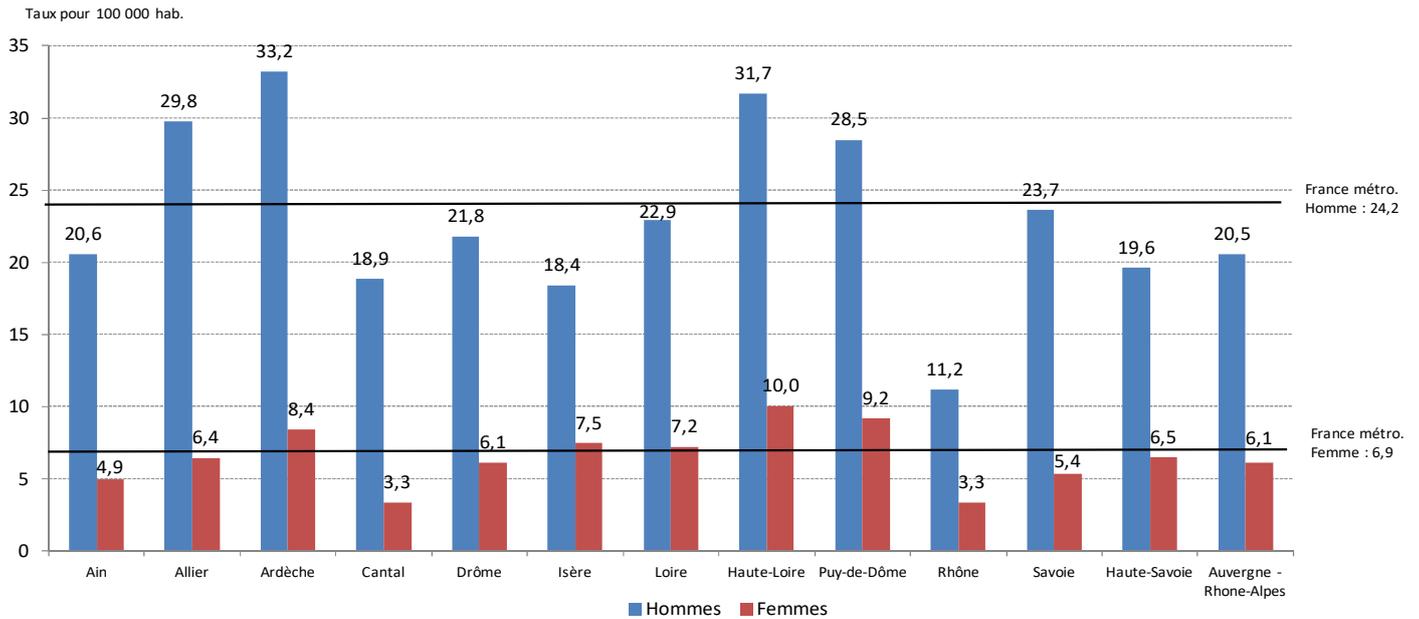


Source : INSERM – Cepi-DC / Traitement GEFC

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'ORS²⁴.

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

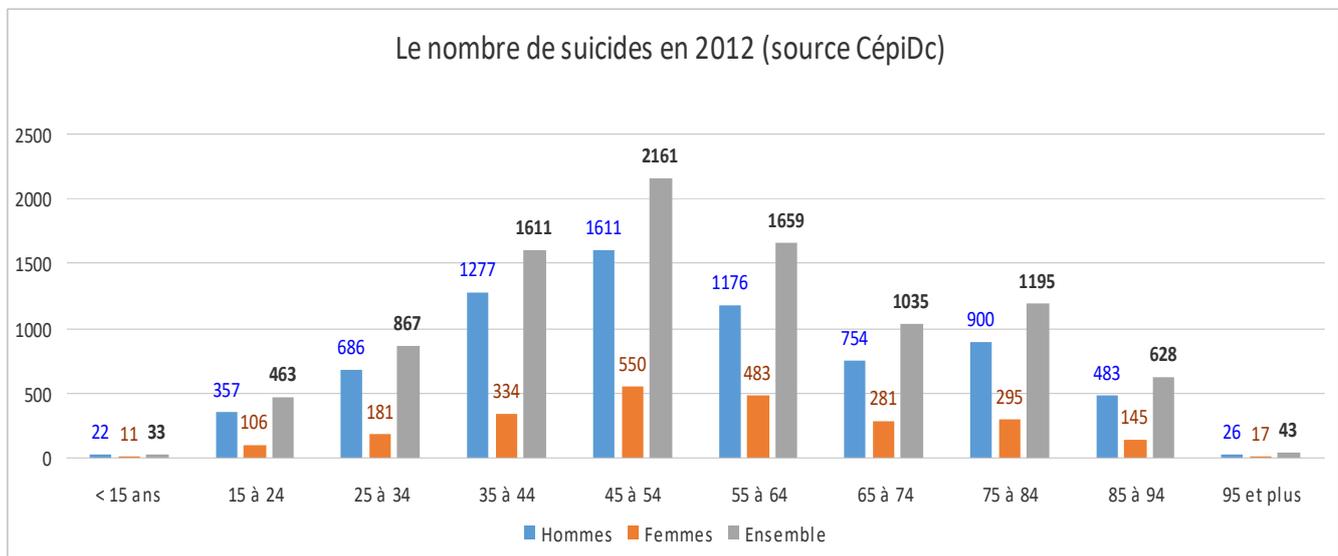
²⁴ *Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes – bulletin n°4 (janvier 2018)*



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

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 :

- 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 questions²⁵.

→ 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.

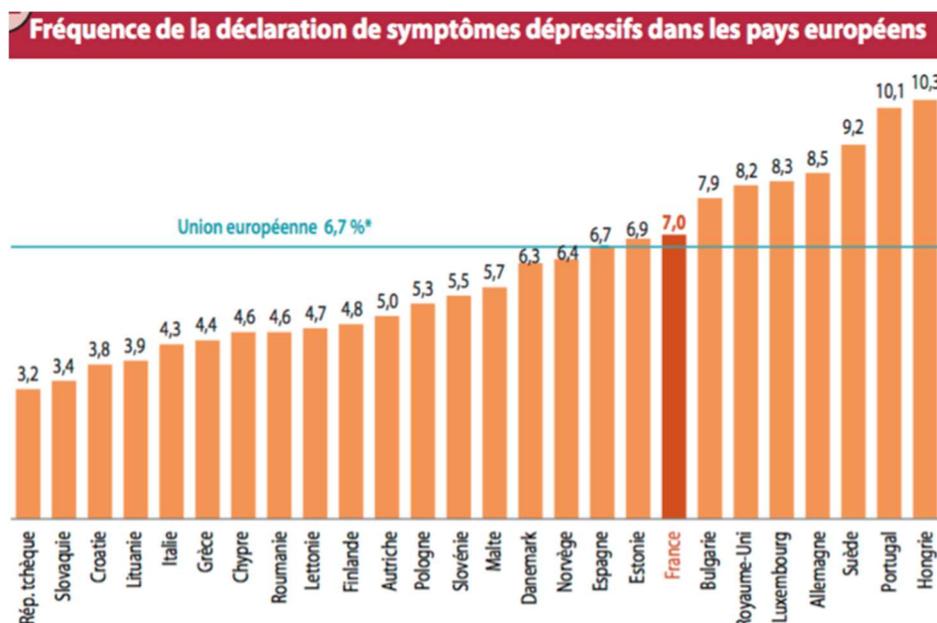
→ S'il interroge l'existence et l'intensité de symptômes dépressifs, le module PHQ-8 ne constitue pas un outil de diagnostic individuel, dont d'autres modules de santé mentale peuvent s'approcher.

→ 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, EHS 2014

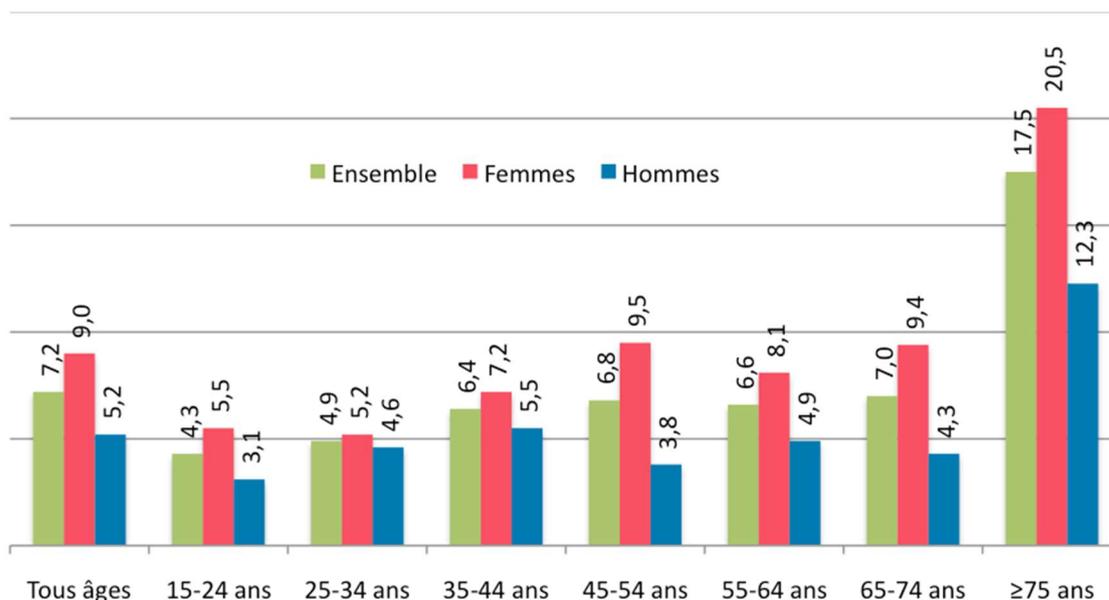


²⁵ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf>

* 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.

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 ...²⁶

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).

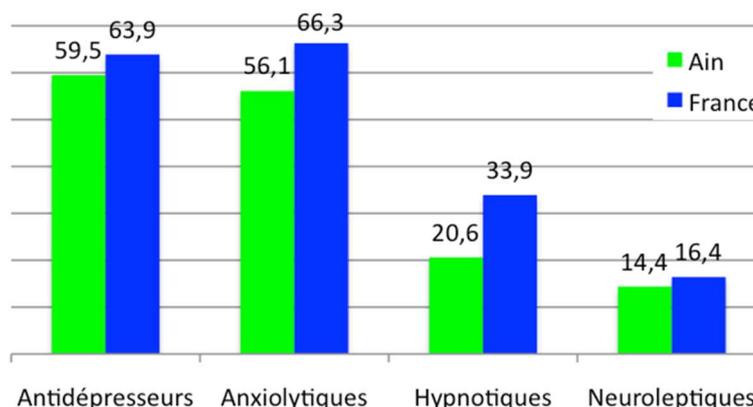
Ces données ne permettent ici que de situer le département de l'Ain par rapport à la France, mais pas de préciser le nombre de personnes concernées dans le département.

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 »²⁷.

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



²⁶ <http://www.psycom.org/Brochures-d-info/Medicaments-psychotropes2>

²⁷ Rapport de l'office parlementaire des produits de santé sur le bon usage des médicaments psychotropes (2006)

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 territoire²⁸ établi par l'OFDT et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sur les consommations de substances psychoactives et l'offre médico-sociale.

- **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 16 000 patients (enfants et adultes) 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), dont plus d'un quart de patients nouveaux chaque année ;
- **un peu moins de 200 patients par an hospitalisés à temps plein uniquement** (les patients hospitalisés à temps plein et en ambulatoire sur une même année figureront dans les 16 000 ci-dessus).

En 2017 – 164 patients hospitalisés exclusifs, sans actes ambulatoires

En 2018 – 176 patients hospitalisés exclusifs, sans actes ambulatoires

** sources CPA*

- **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 bipolaires²⁹
- près de 1% pour les troubles psychotiques délirants – dont la schizophrénie représenterait entre le tiers et la moitié¹⁵

²⁸ <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxolx6.pdf>

²⁹ 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

- 1,6 % pour les troubles de l'humeur avec épisode maniaque³⁰
- 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. »³¹

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.

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 :

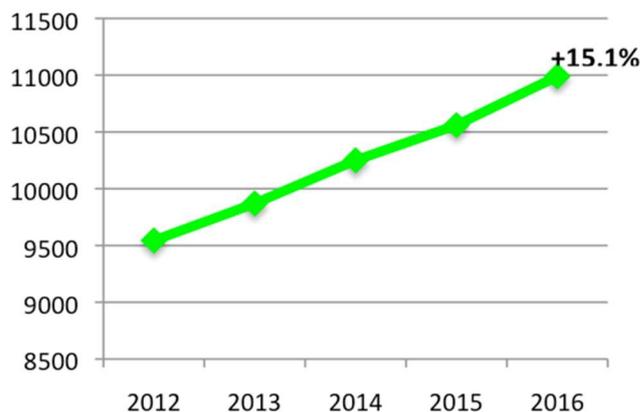
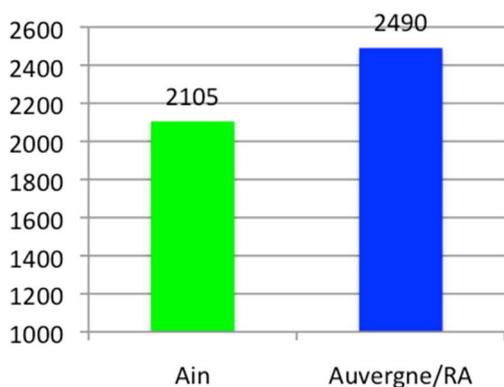
- certaines d'entre elles peuvent avoir des symptômes tels que des types troubles psychiques voire psychiatriques (notamment sclérose en plaques, AVC invalidant ...)
- pour toutes ces ALD exonérantes, le caractère durable, chronique et potentiellement invalidant peut avoir des conséquences plus ou moins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

³⁰ selon les enquêtes réalisées par l'OMS et la DREES

³¹ 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)



Source : Ameli – Traitement GEFCA

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)³² :

- 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'autisme³³.

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.³⁴

→ 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.

³² Synthèse sur l'état des connaissances sur l'autisme et les TED datant de janvier 2010

³³ 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

³⁴ 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)

• 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.**

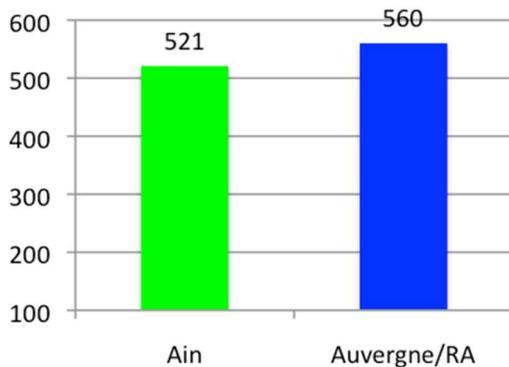
Selon les données de référence :

- 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).

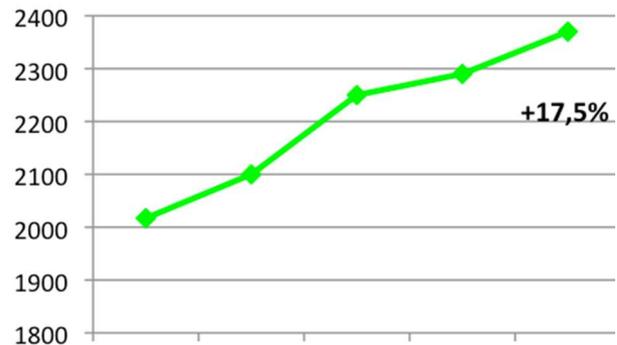
Prévalence de l'ALD 15

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 GEFCA

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 ou d'un trouble du développement.

Ce terme a été repris dans la loi du 11 février 2005³⁵, ce qui a enfin permis une meilleure visibilité des

³⁵ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

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 [...] »

Nous nous appuyerons 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 ;
- 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.

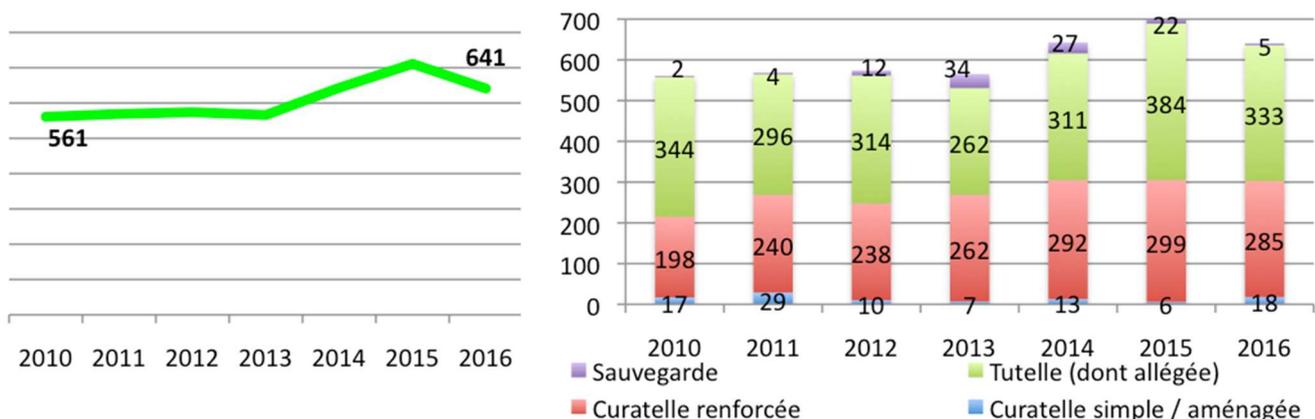
• **Les personnes majeures relevant d'une mesure de protection juridique**

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 6000 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 Répartition des mesures nouvelles par type de protection juridique ouvertes dans l'Ain



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

III. Les ressources du département

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.

III.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 Département, l'Assurance maladie et les collectivités locales poursuivent leurs efforts pour attirer ces professionnels, par des mesures d'aide à la réalisation des stages dans l'Ain pour les étudiants en médecine, d'aide à l'installation, au financement 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'ARS ³⁶ se base sur trois catégories de territoire permettant de graduer le niveau d'accès aux soins du territoire et ainsi déterminer le type d'aides financières notamment qui pourront être accordées.

³⁶ <https://fr.calameo.com/read/004691508a8ec71d2ec89>

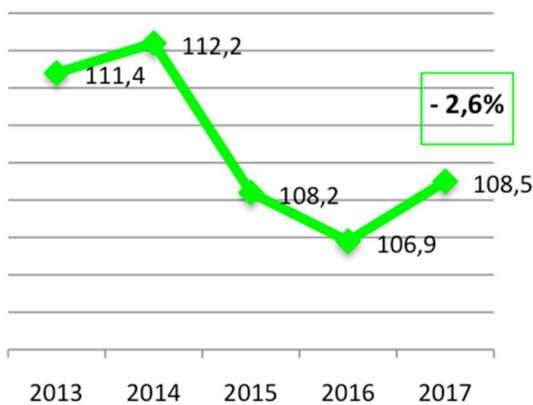
Ces données de contexte, précisées en chiffres ci-dessous, étant soulignées, il s'agit d'envisager de quelle manière un projet territorial de santé mentale peut contribuer à identifier des pistes d'actions collectives pour permettre d'aller au-delà de ce constat de carence. Un obstacle inévitable mais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

- **Les médecins généralistes**

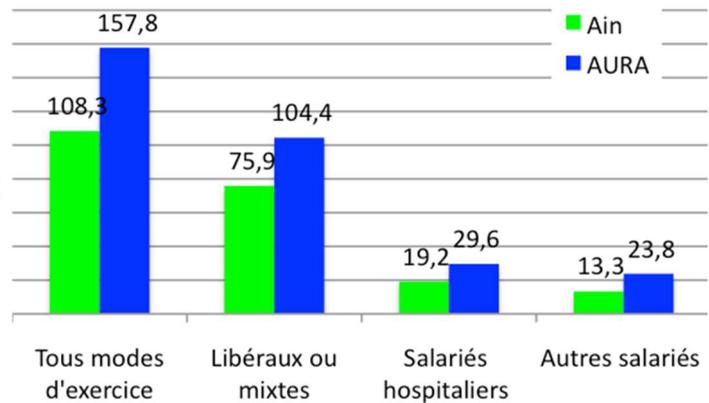
La densité de médecins généralistes décrit comme partout en France une diminution au fil des ans.

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

Ain – Evolution 2013-2017



Densité 2017

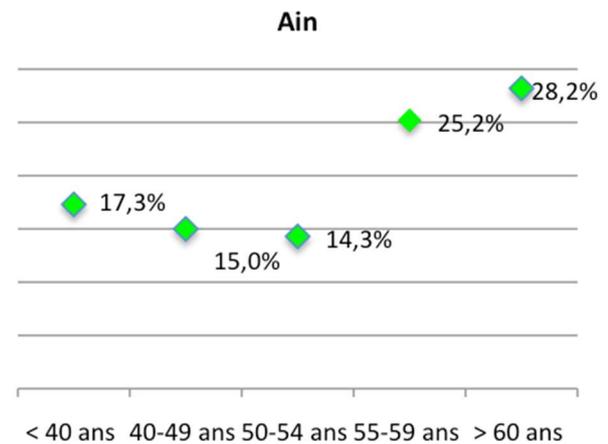
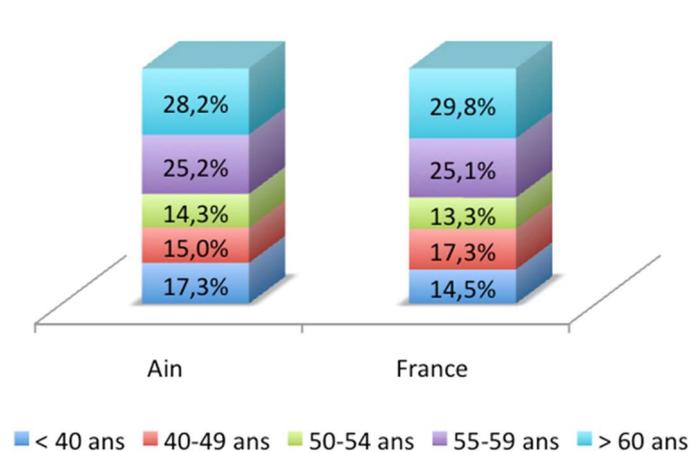


Source – RPPS, INSEE 2017 – Traitement GEFCFA

* 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 GEFCFA

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,³⁷ qui note ainsi que l'Ain est très défavorisé en matière d'offre de soin autour du jeune enfant.

³⁷ « 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

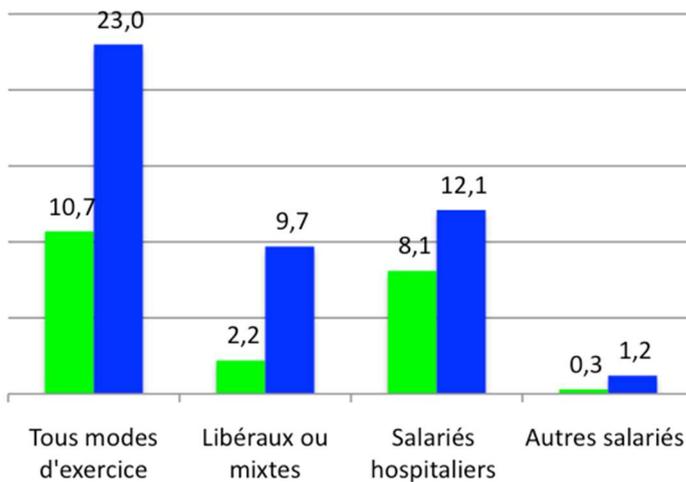
	Ain	AURA
Généralistes	8	12,6
Médecins de santé publique et médecine sociale	0,1	0,9
Pédiatres	0,4	0,2

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*

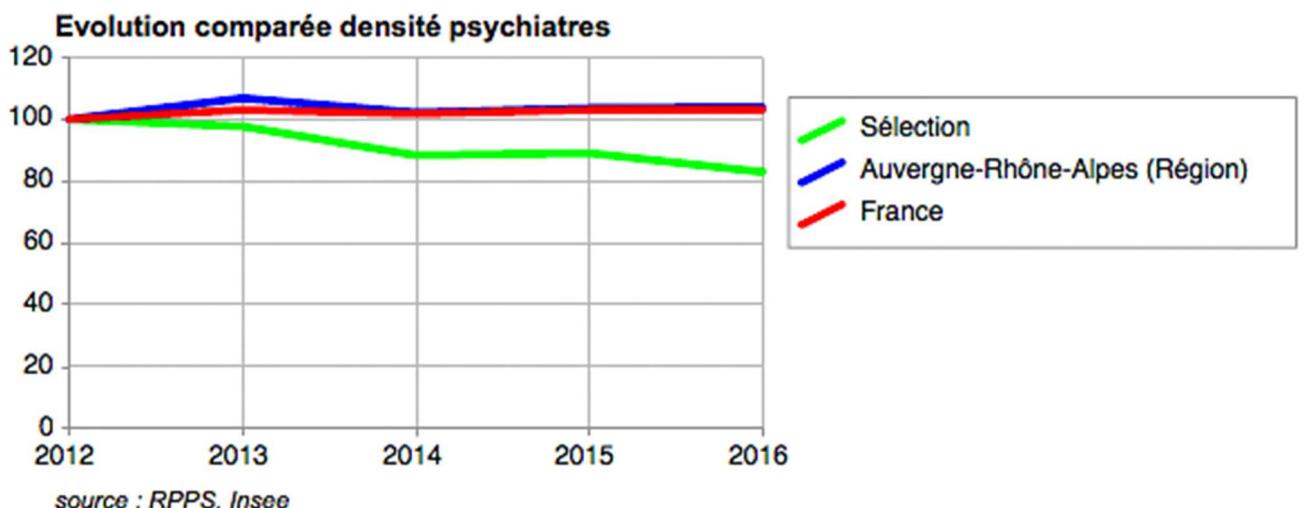


■ Ain
■ AURA

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 Médiapart³⁸ : « 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. »

NB. 15 postes de psychiatres vacants à ce jour.

Selon la Direction du CPA, plus de 1000 postes de psychiatres hospitaliers sont vacants au niveau national. Les centres hospitaliers spécialisés sont donc confrontés à l'éventualité de fermer des services remettant en cause les obligations de leurs missions.

• 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 libéraux

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. Dans ces quatre départements, les Caisses primaires d'Assurance maladie ont signé des conventions avec des psychologues afin de prendre en charge à 100% la psychothérapie des patients les plus défavorisés.

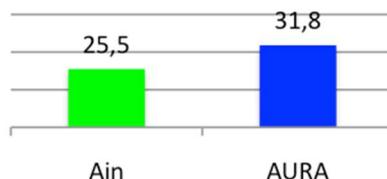
³⁸ C. Coq-Chodorge : « Les patients d'un hôpital psychiatrique retrouvent un peu de liberté » (Médiapart du 27/06/28)

Un autre frein à cette orientation est d'ordre légal, les psychologues ne pouvant pas prescrire de médicaments ni renouveler les certificats d'hospitalisations sans consentement.

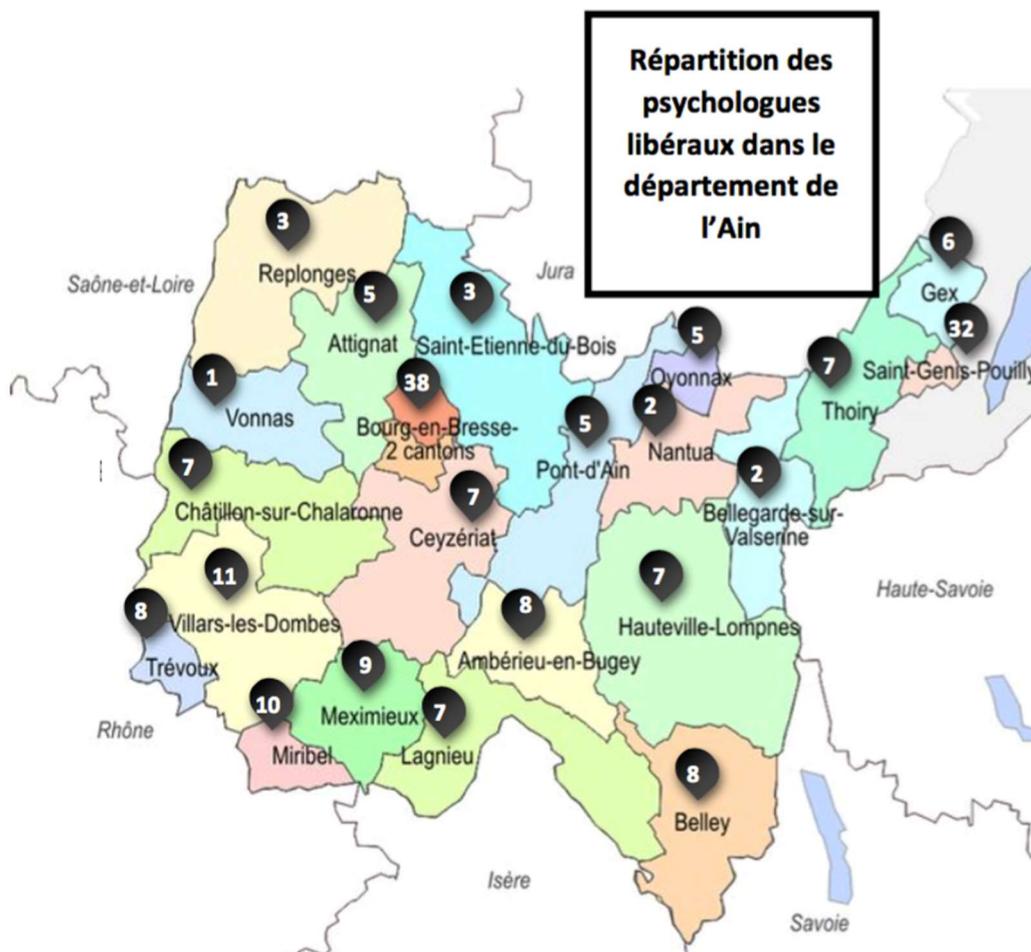
La densité de psychologues hospitaliers (de l'ordre de 8,95 ETP pour 100 000 habitants) semble elle aussi problématique, limitant – mais de manière très variable selon les CMP – la fréquence et la durée moyenne des séances de psychothérapie proposées au CPA.

Quant aux psychologues libéraux, malgré leur nombre d'environ 200, leur densité est inférieure à la moyenne régionale.

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



Source : RPPS – INSEE 2016



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.

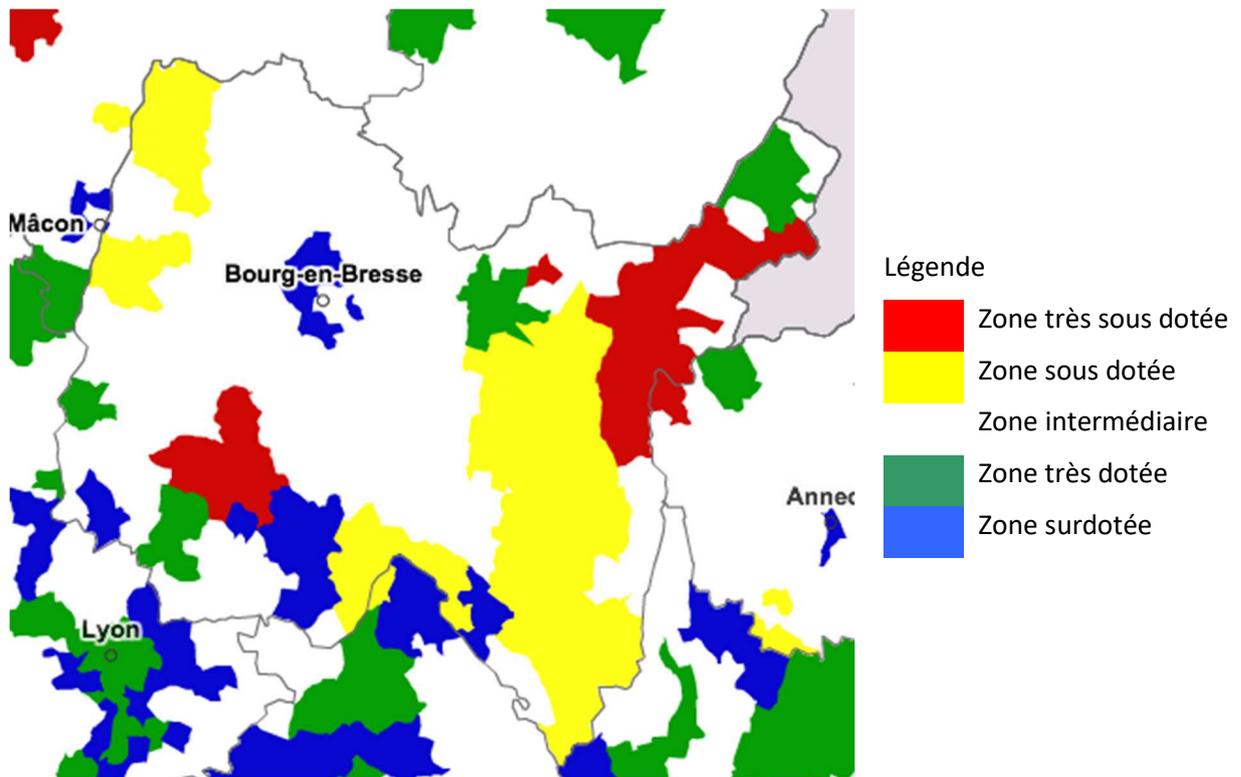
Au-delà des aspects réglementaires, cette évolution implique bien un changement de culture inhérent à la santé mentale, que pourra utilement accompagner le projet territorial.

- **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

III.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.

- **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 2014³⁹.

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

³⁹ Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles

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

• **Petite enfance et périnatalité**

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

Etat des lieux

Le Conseil départemental/ le Département, par ses missions de Protection Maternelle et Infantile (PMI), est un des acteurs principal de la prévention et du dépistage précoce.

Ses missions de PMI (hors planification familiale) sont exercées par des médecins, des infirmières puéricultrices, des infirmières et 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.

Le service de pédiatrie du CH de Bourg en Bresse prend en charge les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge somatique. En collaboration avec la CPA, un pédopsychiatre intervient sur l'unité. Un projet est par ailleurs en cours pour l'intervention d'une infirmière du CPA. Le service de pédiatrie a également dans son projet médical la volonté de structurer cette activité, notamment par la formation de son personnel infirmier, aide-soignant et auxiliaire de puériculture.

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 IJ	Un dispositif intersectoriel avec 1 équipe mobile et 10 CMP Ced'Ain (antenne CRA)	<i>Voir ci-dessous</i>

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 ;
- Des rencontres régulières entre le CMP de Châtillon-sur-Chalaronne et la PMI ;
- Des rencontres régulières entre le CAMSP et le CATTP d'Ambérieu-en-Bugey ;
- 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, PMI et 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. Le soutien à la parentalité constitue également l'axe 2 du schéma départemental des actions éducatives et services aux familles (SDAESF, Naître, Grandir et s'épanouir dans l'Ain). Cet axe est piloté par la CAF.

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 de 2016 à 2018 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 a concerné 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) ont été en général positifs, certains ont exprimé le fait que l'action les a aidés, soulagés.

L'expérimentation s'est achevée le 31 juillet 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.

L'action s'appelle « Etre parents et si on en parlait ! » et elle démarre à l'automne 2019 dans les territoires des MDS.

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 détresse 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 (pilotee 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 figure 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 2009⁴⁰). 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.

Le développement de ces dispositifs permet un réel décloisonnement 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.

⁴⁰ 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

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 Preveissin-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 (MLJ)** (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. Toutes les MLJ ont un temps de psychologue, sous la responsabilité administrative du CPA. Une rencontre bilan avec le Pôle de Pédopsychiatrie a lieu tous les ans.

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 »⁴¹ 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 »⁴² 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.

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.

⁴¹ <http://www.maisondesados01.fr>

⁴² <http://www.sauvegarde01.fr/Présentation%20Chocolat%20Chaud%202018.pdf>

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 hôpital de jour à vocation départementale, ainsi qu'une équipe mobile ;
- CMP (Centre médico-psychologique) et CATT (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) sectorisés.

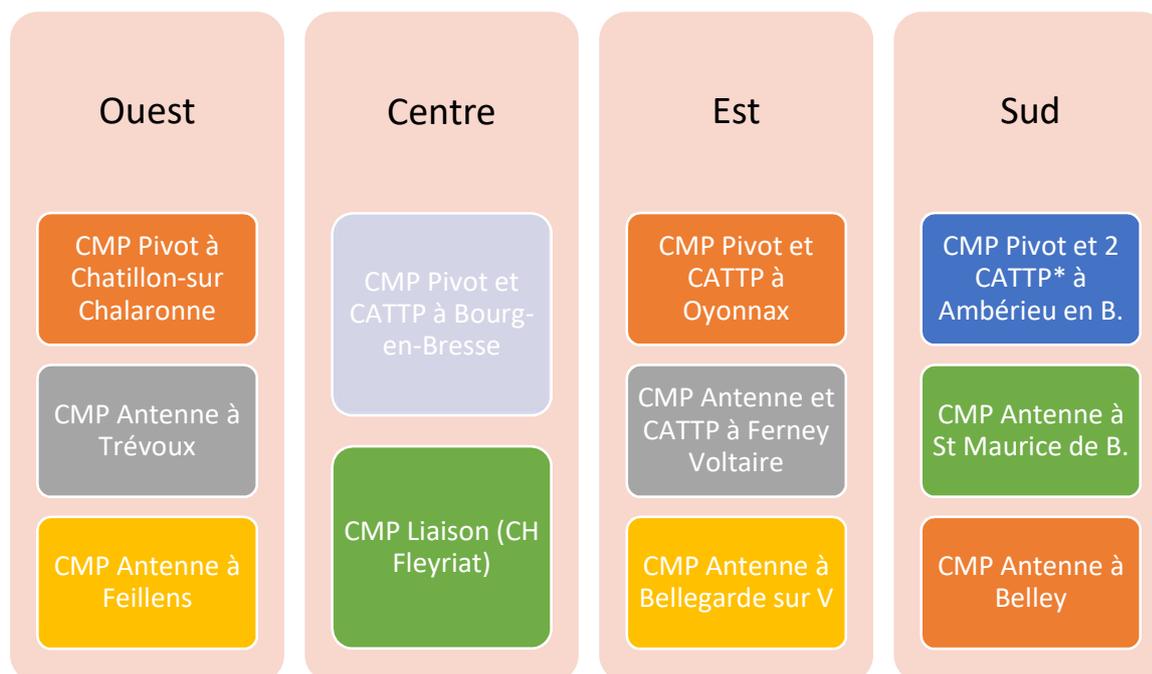
Le projet du CPA définit 4 axes d'évolution du Pôle de pédopsychiatrie :

- 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 CATTP du secteur Sud évolue vers un service d'hospitalisation de jour (HDJ)*

Services du pôle de pédopsychiatrie à vocation départementale

- Unité d'hospitalisation temps plein à Bourg (enfants et ado)
- HDJ à Bourg (la Passerelle) dédié aux enfants (0-12 ans) (une demande est en cours actuellement pour étendre cet âge à 18 ans)
- CATTP adolescents à Bourg (jusqu'à 18 ans)
- Centre de jour à Ambérieu (qui devrait devenir un HDJ dans le cadre du déploiement du PE5 du CPA)
- Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme de l'Ain - CEDA Ain
- Dispositif de thérapie familiale

Environ 3000 enfants et adolescents 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 pôle 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 les services de protection de l'enfance du Conseil départemental pour les situations complexes (*voir ci-dessous les dispositifs de coordination*).

Aussi, dans le cadre de la collaboration entre le Service d'Assistance Pédagogique à Domicile aux élèves malades (SAPAD), service des PEP 01, et de l'Unité de Soins pour Adolescents (Us Ados), une rencontre annuelle entre les professionnels de l'Education nationale et l'équipe médicale de l'Us Ados a lieu chaque année. Les apports théoriques sur l'adolescence, très appréciés, sont suivis d'un temps d'échange entre les professionnels du soin et de l'éducation nationale.

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

* *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. »⁴³

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 de 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).

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

⁴³ 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

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).

Troubles du comportement

L'ADAPEI de l'Ain travaille à un projet de création d'une Unité expérimentale Troubles du comportement au sein de l'IME Le Prélion en lien avec l'ARS.

Ce dispositif est destiné à accompagner 15 jeunes âgés de 6-20 ans. La vocation de cette unité n'est pas un accompagnement au quotidien des personnes à long terme. L'équipe du dispositif expérimental apportera un appui technique et une expertise aux professionnels, comme aux parents, dans l'observation, l'adaptation des modalités d'accompagnement, l'élaboration de programmes d'intervention et l'évaluation de la mise en œuvre des préconisations. Cet appui technique visera à améliorer les modalités d'accompagnement des enfants et adolescents présentant des comportements-défis afin de faciliter l'intégration ou le maintien dans le milieu de vie.

Pour ce faire l'unité expérimentale est conçue autour de 3 axes :

- Des locaux spécifiques d'accueil avec trois chambres individuelles et des espaces de vie pouvant accueillir jusqu'à 6 jeunes en semi-internat. La durée de l'accueil pouvant varier de quelques jours à plusieurs semaines ; Cet accueil est pensé comme un séjour temporaire.
- Un soutien aux professionnels accompagnant le jeune en semi-internat, à l'internat et lors des prises en charge rééducative.
- Un espace de retrait-apaisement pour contenir l'épisode de crise aiguë et favoriser l'apaisement

L'équipe dédiée pluridisciplinaire est formée :

- d'un psychologue comportementaliste ;
- d'un infirmier éducatif ;
- d'un psychomotricien ;
- d'un aide soignant ;
- d'un moniteur éducateur ;

- d'un surveillant de nuit ;

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 SIRIUS⁴⁴ 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.

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 ...).

Les tableaux ci-dessous rendent comptes des établissements ASE du Conseil Départemental.

Etablissement (gestionnaire)	Places	Communes
Maison de l'enfance (Département)	65	Bourg-en-Bresse
Maison de l'enfance Le Grand Logis (Département)	20	Saint-Martin de Bavel
Marmousets (ORSAC) : L'Épopée/La Licorne, My Dream, Les Hespérides, Les Daphnés (4 sites)	67 dont 14 pour jeunes majeurs	Ferney-Voltaire, Divonne les Bains, Les Neyrolles, Oyonnax
Seillon (Instituts d'enfants Seillon)	36	Péronnas
Seillon (Instituts d'enfants Seillon)	36	Saint-Nizier le Bouchoux
Les Ricochets (PEP 01)	50 dont 12 pour jeunes majeurs	Dagneux
Les Planètes (Centre Saint-Exupéry)	23	Villieu Loyes Mollon
TOTAL	297	

⁴⁴ http://www2.ac-lyon.fr/etab/ien/ain/pays-de-gex/IMG/pdf/plaquette_sirius.pdf

Etablissements d'hébergement et/ou avec des accompagnements spécifiques

Etablissement (gestionnaire)	Places	Communes
Centre maternel Maison de l'enfance (Département)	8	Bourg-en-Bresse
Pouponnière Maison de l'enfance Le Petit Logis (Département)	24	Ambérieu-en-Bugey
Seillon ADOS+ (Instituts d'enfants Seillon)	8	Péronnas
Les Linières Prado Bugey (Prado Rhône-Alpes)	14	Brégnier-Cordon
Les Charmines Prado Bugey (Prado Rhône-Alpes)	9	Serrières de Briord
Les Abbéanches Prado Bugey (Prado Rhône-Alpes)	14	Ambérieu-en-Bugey
Prado Bourg (Prado Rhône-Alpes) : Le Seuil, Bouvent (2 sites)	22	Bourg-en-Bresse
Séjours d'appropriation des règles de vie Prado Bugey	10	Madagascar
Total	109	

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.

- **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 Assistance 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 50 ans de la fusion des hôpitaux psychiatriques Saint-Georges et Sainte-Madeleine, 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. »⁴⁵

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.

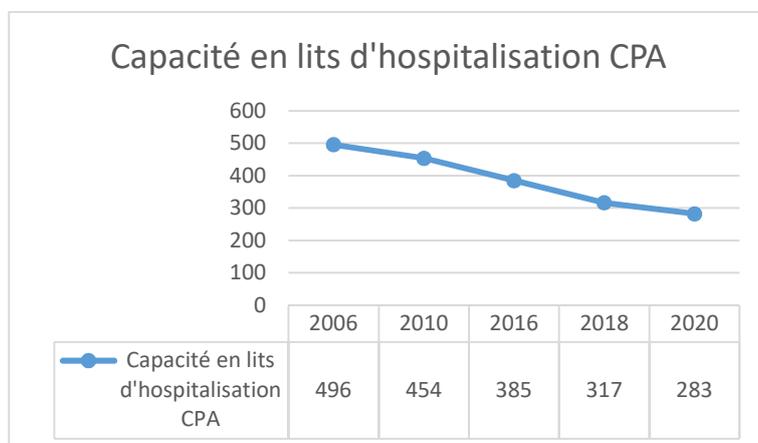
La représentante de l'UNAFAM souligne aussi le fait, malgré la nécessité parfois d'une hospitalisation pour soigner la crise et aider la personne à « accepter la maladie et le soin », que celle-ci n'est pas anodine : « à chaque hospitalisation et récurrence, la maladie s'installe. » « A chaque crise,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

⁴⁵ Extrait du Rapport des Dr Eric Piel, Jean-Luc Roelandt « De la psychiatrie vers la santé mentale » (2001)²

dégradations de la personne et de la personnalité ».

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



Sources : CPA, STATISS 2010

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 (Bourneville) en maison d'accueil spécialisé pour réduire le nombre d'hospitalisation au long cours (voir ci-dessous) ;
- l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée de 16 lits (séjour de 1 à 3 jours le plus souvent).

A noter que la diminution de la 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-Michaille⁴⁶ en mai 2018 de 124 lits et places. Ces lits sont dédiés à la psychiatrie générale, à la psychiatrie spécialisée dans les troubles bipolaires, à la prise en charge des maladies psychosomatiques. Cette clinique dispose d'une unité de courte durée. 20 lits supplémentaires sont dédiés aux soins à destination des professionnels de santé.

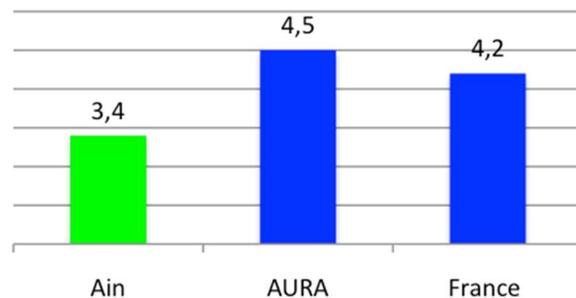
⁴⁶ <https://www.cliniquedechatillon.com/offresoin.php>

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.

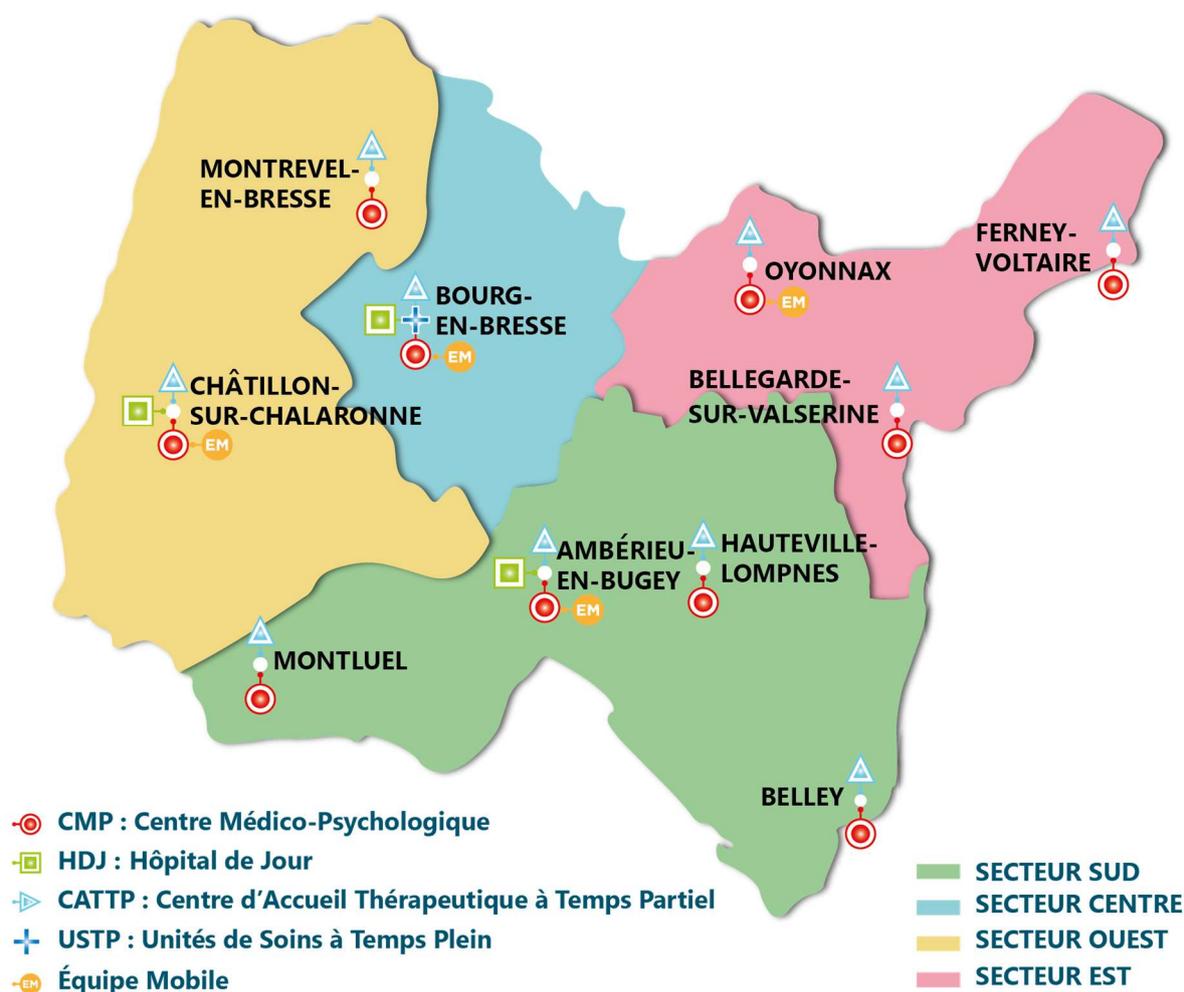
Le projet médical du CPA rappelle que « le rôle pivot du CMP dans la prise en charge doit devenir une réalité. Le CMP doit être la structure qui :

- 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).

La cartographie suivante tient compte des évolutions prévues dans le projet médical du CPA (hors intégration de l'évolution de l'offre inhérente au déploiement de la Clinique de Chatillon).

Organisation de la psychiatrie générale dans l'Ain



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.

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 sévères⁴⁷. Elle a fait récemment l'objet d'une instruction⁴⁸.

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.

⁴⁷ [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)

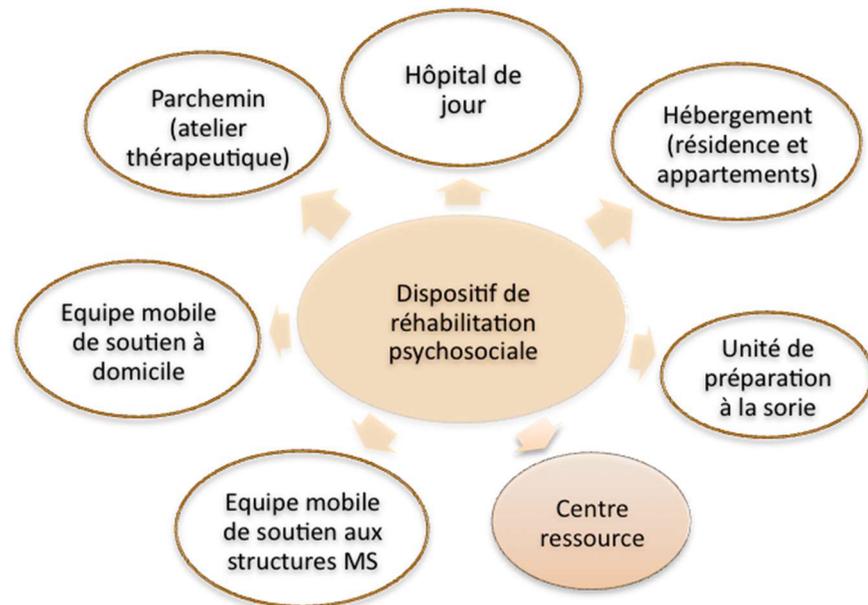
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Bulletin-RHIZOME-N65-66.pdf

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

⁴⁸ Cf. <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=44293>

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.

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*)



Plateforme référentielle d'orientation psychiatrique médico-légale de l'Ain

Positionnée au sein du CMP de Bourg-en-Bresse, la plateforme de l'Ain propose d'accueillir les personnes (adultes ou exceptionnellement des mineurs de plus de 15 ans) installés sur le département de l'Ain auteurs de violences à caractère sexuel et orientés par la justice. Cette unité s'adresse donc à tous les patients en injonction de soin, à certaines obligations de soins et à certaines procédures pénales ou judiciaires pour des personnes ayant commis une infraction à caractère sexuel. Le travail clinique repose sur une rencontre psychiatrique, psychologique et infirmière à partir de grilles d'évaluation validées par l'ARS. L'objectif est de construire avec les partenaires un projet de soin individualisé tenant compte de l'analyse psychopathologique des patients, du diagnostic de personnalité, de l'évaluation psycho-criminologique et de leur capacité de réhabilitation psychosociale. L'évaluation pluriprofessionnelle doit permettre l'orientation dans la filière de prise en charge des patients en tenant compte des moyens du terrain, que ce soit vers le service public ou les thérapeutes libéraux. La plateforme n'a pas vocation à assurer tous les soins, l'orientation reste la mission essentielle de ce dispositif avec un possible étayage pour des situations complexes. Toutefois, une prise en charge spécifique et complémentaire peut être proposée pour certains patients : groupes thérapeutiques, thérapies familiales, ...

Un travail important de maillage partenarial est assuré par la Plateforme pour une meilleure coordination de tous les acteurs de la filière de prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel.

La Clinique de Chatillon

L'implantation de la Clinique du Châtillon dans le territoire spécifique du département de l'Ain vise à permettre la mise en place d'une offre de soins psychiatriques en complément de l'offre publique sectorisée structurée par le Centre Psychothérapique de l'Ain, à destination des patients d'un territoire de santé élargi.

Elle a pour vocation d'apporter à chaque patient des soins psychiatriques et psychologiques adaptés,

avec des équipes spécifiquement formées ainsi qu'un plateau technique performant doté des modalités thérapeutiques des plus récentes.

L'offre de soins hospitaliers de la clinique du Châtillon s'adresse à un ensemble de pathologies précisément définies.

Cette orientation de la clinique constitue la base d'un partenariat naturel reposant sur une complémentarité de fonctionnement et de positionnement dans la filière, aussi bien avec le CPA et le CH de Fleyriat qu'avec le CHANGE, pour les sites de St Julien et d'Annecy, et de façon plus éloignée avec l'EPSM de la Vallée de l'Arve (La Roche-sur-Foron).

La spécialisation de la clinique de Châtillon en différentes unités est issue du travail en amont réalisé avec l'Agence Régionale de Santé, d'audits de filière et de construction des partenariats avec le CPA et le CHANGE.

Elle répond à une évolution actuelle de la psychiatrie basée sur une complémentarité intrafilière des différentes structures de soins permettant d'offrir un panel de soins le plus large possible au sein d'un territoire de santé.

La clinique propose plusieurs modes de prise en charge et un pôle de consultations externes :

Hospitalisation complète pour adultes et jeunes adultes (100 lits) :

- **Une unité de 20 lits dédiée à la psychiatrie générale.**

L'offre supplémentaire de soins apportée par la clinique concerne :

- Les troubles anxio-névrotiques ;
- Les troubles dépressifs et les troubles bipolaires ;
- Les conduites suicidaires ;
- Les co-morbidités psychiatriques des conduites addictives (en amont des services d'addictologie prenant en charge le sevrage lui-même) ;
- Les troubles de la personnalité ;
- Les troubles psychosomatiques ;
- Les troubles du sommeil ;
- La psychotraumatologie ;
- Certaines indications seulement de troubles psychotiques (par exemple lorsque l'hospitalisation est nécessitée par des troubles de l'humeur ou l'organisation d'un séjour de rupture).

- **Une unité de 15 lits pour les jeunes de 16 à 25 ans**

Ces patients bénéficient de projets de soins individualisés et d'une attention particulière compte tenu de la vulnérabilité accrue due à leur âge.

- **Une unité de 15 lits dédiée à la psychiatrie spécialisée dans les troubles bipolaires**

Les troubles bipolaires, d'une prévalence de 1% dans la population générale, sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiques. Parmi ces troubles, les conduites addictives occupent la première place, notamment l'alcoolisme (42%) ou l'usage du cannabis (16%), suivis des troubles

anxieux en particulier le trouble panique (20%) et la phobie sociale (16%). Les conséquences familiales et professionnelles des troubles bipolaires non traités sont souvent importantes. Il existe un risque d'acte médico-légal et un risque de suicide et de surmortalité. L'ambition est de développer une filière de prise en charge des troubles bipolaires, des consultations de dépistages internes à la clinique mais aussi externes jusqu'à l'hospitalisation complète et la sortie, en passant par l'hôpital de jour et le suivi.

- **Une unité de 15 lits dédiée à la prise en charge des maladies psychosomatiques**

Dans la lignée du rapprochement de la psychiatrie vers la médecine, la clinique propose une unité à orientation « psychosomatique » permettant une prise en charge psychiatrique spécialisée des troubles relevant du champ de la psychopathologie quand l'approche somatique seule s'est montrée inefficace.

La vision de ces troubles rejoint une approche intégrative prenant en compte les différents moments de l'histoire de la médecine psychosomatique, vision médicale et vision psychanalytique puis approche bio-psycho-sociale, jusqu'aux neurosciences.

L'anamnèse repère conjointement les pathologies du patient et le contexte de vie, de relations, d'événements. Il se crée un tissage où s'entremêlent pathologies et circonstances existentielles, avec une attention particulière à l'émergence d'émotions lors de l'évocation de telle circonstance.

Il ne s'agit pas de faire appel à une quelconque linéarité causale entre pathologies somatiques et événements de vie mais de repérer les liens, les ponts et les associations qui se sont établis entre les uns et les autres. Les pathologies le plus fréquemment à prendre en charge sont des pathologies qui sont rarement prises en charge de façon structurée dans une unité psychiatrique spécialisée en raison du déficit d'offre de soins psychiatriques adaptée :

- Les fibromyalgies ;
- Les douleurs chroniques ;
- Les complications psychopathologiques des maladies chroniques ou graves ;
- Les tableaux de somatisations récurrentes ;
- Les syndromes de fatigue chronique ;
- Les affections somatiques fonctionnelles sans lésion organique ;
- Les symptômes somatiques non gérés par des interventions ou approches somatiques seules ;
- Les troubles musculo-squelettiques.

- **Une unité d'hospitalisation de courte durée de 15 lits (UHCD)**

Devant un nombre de plus en plus important de demandes de recours aux soins psychiatriques se faisant par le biais des urgences et la difficulté pour les services d'urgence de mettre en place des solutions d'aval, la clinique a construit un projet d'unité de courte durée en aval direct des services d'urgences du territoire (Oyonnax, CHANGE, Bourg/Fleyriat).

Cette unité a vocation à recevoir dans la journée des patients adressés par les urgentistes mais aussi par les confrères psychiatres libéraux et des CMP et par les médecins généralistes.

Elle repose sur un projet spécifique basé sur les stratégies de résolution de problème et sur une formation spécifique des équipes.

Les situations cliniques les plus fréquentes sont les tentatives de suicide ou les crises suicidaires. La prise en charge des suicidants commence par un premier temps d'évaluation du risque suicidaire

immédiat. La prise en charge hospitalière spécifique en découlant permet de contenir le sujet en souffrance suicidaire et d'évaluer l'état psychique du sujet de manière approfondie, d'initier ou de modifier un traitement et de déterminer les modalités optimales de suivi ultérieures.

L'unité accueille :

- Les patients présentant une crise suicidaire, dès l'âge de 16 ans, après évaluation somatique et après une surveillance nécessaire effectuée en milieu adapté si un geste à visée autolytique a été commis. Leur consentement aux soins est une condition indispensable ;
- Toutes les personnes nécessitant un soin psychiatrique bref et urgent (troubles de l'adaptation avec réaction dépressive, anxieuse et perturbation des conduites et/ou émotions, crise psycho-sociale et familiale).

- **Une unité de 20 lits dédiée aux soins à destination des professionnels de santé (USPS)**

La création des USPS s'inscrit en continuité et en complément des différents réseaux ambulatoires d'entraide et de soutien déployés en France autour de la prise en charge des troubles psychopathologiques des professionnels de santé qu'ils soient directement liés au travail ou dans leurs conséquences sur le travail (Burn-Out, dépressions sévères, conduites addictives, crises suicidaires, ...)

Il semble que les professionnels de santé « résistent » plus longuement à l'émergence de la dépression (fréquence de tableaux sub-dépressifs) mais que lorsque la dépression s'installe, elle est souvent d'emblée majeure et à haut risque de passage à l'acte.

L'enquête 2015 menée par le CNPS a montré que 81% des soignants souhaitaient être pris en charge dans des centres réservés spécifiquement aux professions de santé. Et que plus de 80% souhaitaient que cette structure ne soit pas dans la même ville que leur lieu de travail afin de préserver la discrétion concernant leur mal-être.

Notre région a été précurseur sur le plan du repérage et de la mise en place d'un réseau d'aide avec la mise en place en 2012 réseau ASRA (Aide aux Soignants Rhône-Alpes).

La Clinique de Châtillon porte le projet d'unité destinée aux soignants de la grande région Auvergne-Rhône-Alpes.

Une unité d'hospitalisation de jour de 20 places :

Parallèlement à son offre d'hospitalisation complète, la Clinique offre aux patients une alternative à l'hospitalisation complète, s'inscrivant dans les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire qui recommande aux établissements d'adapter l'offre de soins et de s'inscrire dans une démarche globale et graduée de prise en charge.

Il est important d'offrir, autant que possible, aux différents patients engagés dans la filière de soins psychiatriques, des alternatives à l'hospitalisation complète.

L'hôpital de jour (HDJ) est une offre de soins alternative à l'hospitalisation complète (HC).

L'offre d'hôpital de jour comporte 20 places quotidiennes du lundi au vendredi.

L'hospitalisation de jour se déroule durant un, deux, voire trois jours par semaine pendant quelques mois. Elle s'inscrit dans une démarche globale et graduée de prise en charge.

Elle doit permettre au patient de bénéficier de soins individualisés tout en préservant le rythme de vie familial, professionnel et social. Elle permet également une consolidation des acquis de l'HC.

Les objectifs sont définis en fonction de la situation clinique de chaque patient. Plusieurs objectifs peuvent donc être définis :

- Permettre une consolidation de l'amélioration clinique ayant eu lieu en hospitalisation complète ;
- Proposer une prise en charge en début de crise pour éviter ou différer d'une hospitalisation complète ;
- Maintenir une stabilisation chez des patients fragiles, isolés ou vulnérables ;
- Prévenir des rechutes en intensifiant un accompagnement relationnel et psychothérapeutique ;
- Accompagner les patients dans la création de liens sociaux (facteur de protection des rechutes) ;
- Favoriser les activités physiques, cognitives, artistiques, ...

L'adaptation des soins se fera au plus près des besoins de chaque patient.

Les indications sont multiples et correspondent à l'ensemble des pathologies prise en charge à la clinique :

- Troubles dépressifs ;
- Troubles anxieux ;
- Troubles de la personnalité ;
- Troubles psychosomatiques ;
- Troubles de l'adaptation.

L'hospitalisation partielle n'est pas compatible avec :

- Des troubles psychiatriques en phase aigu (troubles dépressifs sévères, troubles bipolaires en phase maniaque, conduites suicidaires, troubles psychotiques avec troubles du comportement...) ;
- Des patients présentant une addiction non sevrée entraînant des troubles comportementaux liés à un état de sevrage ou d'intoxication ;
- Des maladies neurologiques chroniques avec comorbidités psychiatriques à des stades d'évolution modérés à sévères entraînant une perte d'autonomie incompatible avec la prise en soins en ateliers.

Une unité d'hospitalisation de nuit de 4 places :

Cette modalité de soins est une alternative à l'hospitalisation complète ; elle est particulièrement adaptée à certaines situations cliniques. Elle peut être proposée à des patients souffrant de pathologies couvrant l'ensemble un large éventail clinique et symptomatologique.

Un des enjeux de l'hospitalisation de nuit est en effet d'éviter certains phénomènes de chronicisation, souvent observés lorsque la seule réponse possible en termes de dispositif soignant est l'hospitalisation complète. L'absence d'hospitalisation de nuit est également un frein à l'insertion pour nombre de patients. Une préoccupation toute particulière est portée par l'équipe autour des questions d'insertion (étayage de l'activité réalisée en journée, ...) et d'autonomisation réelle (réalisation de tâches de la vie quotidienne, ...) mais surtout psychique (gestion du stress, renforcement des défenses, intériorisation des étayages externes, gestion des émotions, gestion des relations interpersonnelles « hors » institution, ...).

Le pôle consultations externe

Situé dans l'enceinte de la clinique, il bénéficie de locaux dédiés, munis d'une entrée distincte. Le secrétariat médical de la clinique assure l'accueil et la prise de rendez-vous.

Une offre de consultations ambulatoires y est assurée par la plupart des psychiatres de la clinique. Le projet est d'ouvrir ce pôle de consultations aux psychologues de la clinique qui le désirent. Il est dimensionné pour pouvoir accueillir dans le même temps jusqu'à 8 professionnels différents.

Il est ouvert aux patients de la clinique, en pré ou post hospitalisation mais aussi aux patients de notre territoire qui souffrent d'un manque d'offre de soins psychiatriques ambulatoires.

Les adresseurs sont les médecins généralistes mais aussi les CMP et certains des établissements médico-sociaux du territoire pour le suivi de leurs résidents.

• 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.

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 autonome.

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 – SAMDARRA⁴⁹ 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.

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.

⁴⁹ http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rapports_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Rapport_2018_Parcours_d_hebergement_et_sante_mentale_VF.pdf

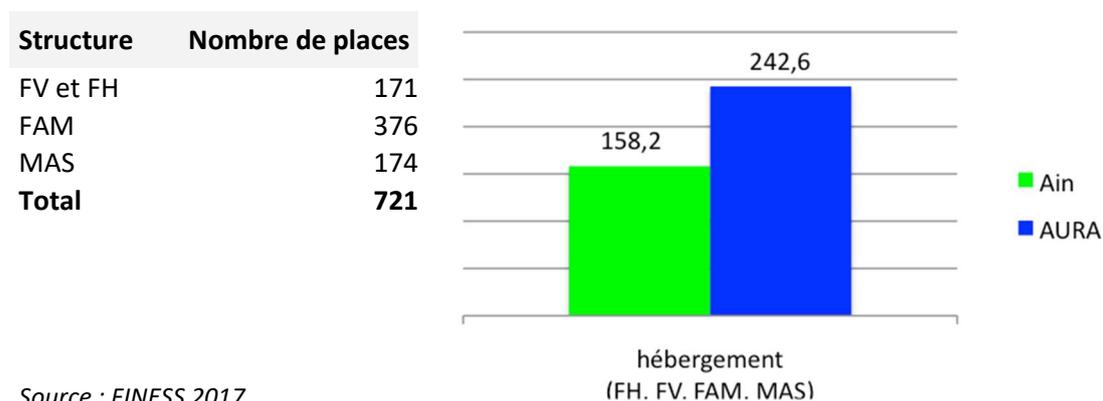
Les structures d'hébergement pour personnes en situation de handicap

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 FINESS⁵⁰, 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.

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 la plupart des 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 de personnes vivant avec un handicap d'origine psychique, de

⁵⁰ 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)

patients cérébrlésés et porteurs du syndrome de Korsakoff. L'établissement aura vocation à mettre en œuvre des techniques s'appuyant sur le concept de réversibilité de certains symptômes, pouvant permettre un retour à certaines formes de vie sociale.

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.

En centre-ville d'Oyonnax, quatre logements inclusifs sont aménagés pour accueillir quatre locataires autonomes mais présentant des lésions cérébrales, suite à un traumatisme crânien ou un AVC par exemple. Ces appartements sont gérés par l'association « Vis la Ville » à Oyonnax, soutenue par le Département de l'Ain.

- **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 CRDI⁵¹.*

Entre 2015 et 2016, Cap Emploi a recensé 2 314 demandeurs d'emploi⁵² 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. A noté cependant, que dans le département de l'Ain, ce public est souvent pris en charge directement à ORSAC Insertion, sans passer par Cap Emploi.

⁵¹ « 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

⁵² Intitulées « personnes ayant un parcours actif »

L'emploi protégé

L'Ain compte 14 ESAT dont 3 ESAT handicap psychique 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.

L'ADAPEI gère également 8 ESAT totalisant 674 places avec agrément « déficience intellectuelle ».

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 ... ».

- **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. 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 personnes⁵³ 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, Oyonnax, Belley 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.

L’ADAPEI gère également plusieurs SAVS et SAJ sur le département, soit 126 places, avec agrément handicap intellectuel.

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

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 :

⁵³ <http://ardiscanada.ca/?wpsc-product=soutenir-sans-prescrire-2>

- 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. Dans l'Ain, le département apporte des subventions aux GEM.

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 « A'venir » de Bourg-en-Bresse : Créé en 2016, il se consolide progressivement. L'état des lieux réalisé dans le cadre du Conseil local de santé mentale de Bourg-en-Bresse⁵⁴ 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. En 2019, il reçoit une subvention pérenne afin d'assurer son fonctionnement.

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.

⁵⁴ *Etat des lieux des besoins des acteurs de la santé mentale de la Ville de Bourg-en-Bresse – CLSM (Oct. 2017)*

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	<ul style="list-style-type: none"> - accueil des familles - écoute - information - représentation
Organisation de l'UNAFAM 01 (données mars 2018)	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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) - COMité EXécutif de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (COMEX)
Modalités de l'aide aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

- **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

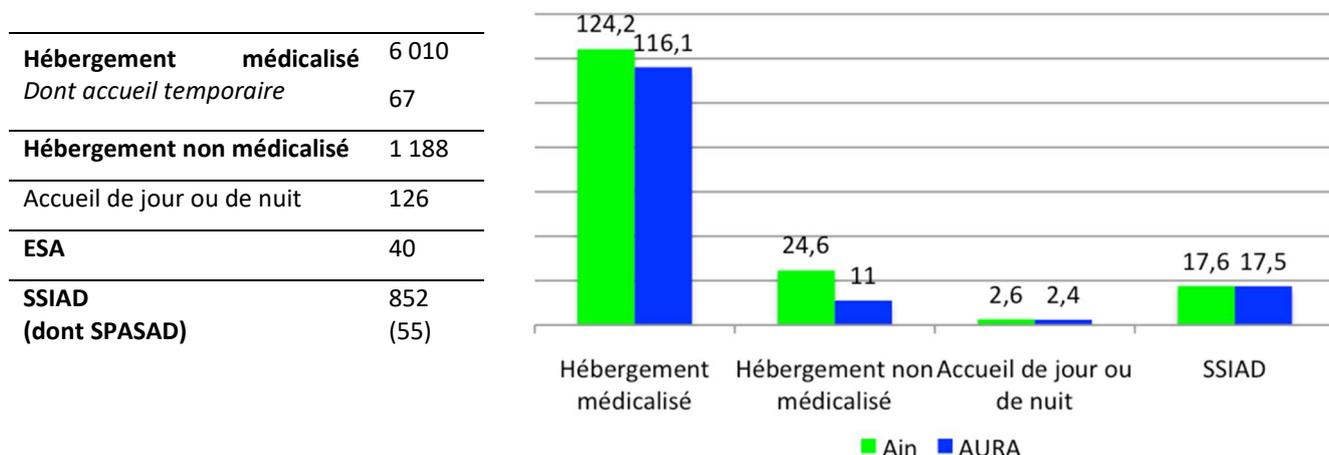
Des questions d'accessibilité et de cohérence des découpages territoriaux sont pointées par les acteurs (Trévoux par exemple relève de l'UCC d'Alix dans le Rhône).

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 Centres 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 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 Bugéy » (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 qui ont fusionné fin 2017 proposant 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 CMPPA sectorisé sur le secteur Centre ;
- la cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgées portée par l'ADAG en partenariat avec le CPA (voir ci-dessous).
- le projet du CPA prévoit également que chaque service extrahospitalier (CMP pivots et antennes, équipes mobiles de psychiatrie de secteur) dispose d'un référent gérontopsychiatrie ;
- un groupe d'échange pour les aidants de personnes âgées vivant avec un trouble psychiatrique.

Cette offre importante ne semble pas toujours lisible pour les partenaires sanitaires et médico-sociaux, elle devrait être accompagnée d'une clarification des rôles et responsabilités de chacun, notamment dans la gestion des crises/décompensations psychiatriques de ce public.

Certains EHPAD ainsi que certains services de gériatrie accueillent également des patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques (résidence Emile Pélicand, CH Fleyriat). L'accompagnement de ces résidents peut poser problème, en cas de crise notamment, dans un contexte d'effectif limité et qui se sent peu en lien avec la psychiatrie, de lieu inadapté d'un point de vue architectural, et de collectifs de résidents/personnes hospitalisées vulnérables aux crises des autres.

La cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée⁵⁵ : 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)⁵⁶ et s'appuie sur un fort travail en réseau tissé depuis trente ans et articulant dépistage, prévention et soin.

⁵⁵ <http://www.adag01.fr/professionnels/cellule.html>

⁵⁶ <http://www.adag01.fr>

Elle envisage la détresse du sujet âgé en tant que processus⁵⁷ 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 polyopathologies.

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. »⁵⁸

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

⁵⁷ En référence à Jean-Louis Terra

⁵⁸ Cahier des charges des PASA

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**.

Deux projets de création d'une MARPA pour personnes handicapées vieillissantes à Saint Jean le Vieux et d'une MARPA Alzheimer à Montréal-la-Cluse sont en cours de réalisation. Cette dernière sera dédiée à l'accueil de 24 personnes âgées atteintes de déficiences cognitives (maladies d'Alzheimer et maladies apparentées). La Marpa sera située à côté de la maison de santé pluridisciplinaire et sera érigée par la Semcoda. Une subvention a été accordée par le Département.

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 peut être réalisé par les pédiatres, les médecins PMI, les médecins généralistes, voir les CMP. Le CEDA'Ain (Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme de l'Ain)⁵⁹, service du CPA et antenne du Centre Ressource Autisme, ne concerne que les situations de diagnostic d'une particulière complexité. 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. L'APAJH gère depuis janvier 2013 un SESSAD Jeunes autistes rayonnant sur le bassin burgien.

Le SESSAD APAJH 69 qui a une mission identifiée « autisme » (anciennement SESSAD S'Calade) à une file active constituée très majoritairement d'enfants de ce secteur. Les enfants de l'Ain adressés au SESSAD APAJH 69 sont des enfants résidents à Trévoux, Jassans... soit des enfants domiciliés dans un rayon de 15kms autour de Villefranche, selon une logique de proximité.

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

⁵⁹ http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_Plaquette-CEDA-AIN.pdf

accueillant ce public), plusieurs établissements sont concernés dans l'Ain (au moins 4 FAM).

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 ». ^[L]_[SEP]

Le projet actuel de la MAS du CPA prévoit la création de 15 places spécifiques à cette prise en charge. 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 établissements.⁶⁰ Cette équipe mobile fonctionne depuis janvier 2013 et elle dispose d'une antenne sur le territoire de santé Est, dans le département de l'Ain et sur le secteur de Saint-Julien en Genevois en Haute-Savoie ; l'antenne est basée à sur Saint Genis Pouilly. Outre ses missions, elle travaille au niveau régional sur plusieurs missions et intègre en 2019 la mission de repérage des adultes en ESMS dont l'opérationnalité a été confiée au CRA Rhône-Alpes par l'ARS.
- une plateforme de répit⁶¹ 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 (CSMP).

Dispositif transversal et spécialisé du CPA, le CSMP comporte aujourd'hui différents services :

- une équipe mobile santé mentale précarité ;
- une permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique ;
- un espace de réflexion et d'informations sur la précarité ;
- une coordination santé mentale dans l'Ain (qui se sépare du CSMP en 2019)*

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

La file active du CSMP en 2019 était de près de 390 patients, accompagnés par l'équipe mobile et 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 ;

⁶⁰ http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_ema-bourg-en-bresse-livret-autisme-rhone-alpes.pdf

⁶¹ http://www.cra-rhone-alpes.org/IMG/pdf_plateforme-de-repit-apajh-01.pdf

⇒ de difficultés d'accès aux soins très variables selon les secteurs.

Les migrants et demandeurs d'asile

Le dispositif de demande d'asile

Le présent diagnostic 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, DHUDA, PRADA), 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 des temps de psychologue (1 ETP pour le DHUDA, 0.8 ETP pour les deux sites du CADA, 1.3 ETP pour le dispositif Mineurs Non Accompagnés partagé avec l'ADSEA01) permettant de repérer et d'orienter les principaux troubles, mais aussi de proposer des actions de soutien sous une forme collective. 0.8 ETP de psychologues sont également dédiés à l'accompagnement de réfugiés résidants au Centre de Transit pour Réfugiés à Bourg-en-Bresse.

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 psychothérapeutique 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 centre pénitentiaire.

De nombreux détenus (environ ¼ selon une estimation) nécessitent des soins psychiatriques, certains une hospitalisation, qui doit être organisée dans un cadre très sécurisé. En cas de besoin d'hospitalisation en psychiatrie les détenus doivent être orientés vers des unités spécialisées, l'UHSA du Vinatier pour la région AURA. Très souvent, faute de place, ceux-ci sont orientés vers le CPA. Cet accueil est 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.

III.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 Vilhob'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.

La plateforme territoriale d'appui (PTA)

La plateforme territoriale d'appui (PTA) vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin d'appui dans l'orientation et la coordination des parcours de santé des patients relevant d'une situation complexe, et ce, quels que soient l'âge et la pathologie du patient.

Ce dispositif s'inscrit dans une démarche plus large d'évolution de notre système de santé, destinée à promouvoir une organisation territoriale de santé, centrée sur la notion de parcours.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les PTA (article 74) pour favoriser la coordination de ces parcours de santé complexes.

La PTA a ainsi 3 missions, fixées par le décret no 2016-919 du 4 juillet 2016:

- Information auprès des professionnels de santé et patients, et orientation vers les ressources du territoire ;
- Appui à la coordination et à l'organisation du parcours ;
- Appui aux pratiques des professionnels de santé.

Dans l'Ain, à la suite des travaux du SNAC (Services Numériques d'Appui à la Coordination), en 2017, un groupe s'est constitué avec le soutien de l'ARS 01, afin de réfléchir et impulser un projet de Plateforme Territoriale d'Appui. Les structures qui composent ce groupe sont :

- des acteurs de la coordination en gérontologie :
 - l'AGBO (Association Gérontologique du Bassin d'Oyonnax)
 - l'ADAG (Association D'Action Gérontologique du département de l'Ain) ;
 - le réseau de santé polyvalent Souti'Ain, porté par l'Association Vilhop'Ain ;
- des partenaires institutionnels :
 - Conseil Départemental de l'Ain ;
 - l'ARS de l'Ain.

Ce projet d'envergure requérant du temps, de la méthodologie de projet, et une approche neutre, le groupe projet a obtenu un financement pour un accompagnement à l'élaboration de la PTA par un cabinet de conseil. Fin 2018, après la consultation de plusieurs cabinets, le cabinet Acsantis est retenu, pour développer la mission.

A ce jour, le projet est dans sa phase de finalisation de la feuille de route opérationnelle.

Souti'Ain

Souti'Ain est un réseau de santé polyvalent, ses missions sont d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes (professionnels, patient, entourage) en difficulté avec un 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
 - Information – orientation
 - Appui aux professionnel
 - Réunion de concertation pluriprofessionnelle
- Niveau 3 : Coordination ou appui à la coordination

L'intervention à domicile des coordinatrices d'appui pour une évaluation multidimensionnelle (sanitaire, médico-sociale, sociale) permet un repérage des dysfonctionnements et faciliter l'accès aux soins, aux droits et aux aides.

Elle donne lieu à un échange avec les personnes et leur entourage et les professionnels

Un projet personnalisé de santé (PPS) est élaboré par la coordinatrice en accord avec le patient et validé par le médecin traitant

Dans ce cadre et selon un processus interne, 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. ...).

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

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, qui sont en premier lieu des dispositifs d'intervention directe auprès des patients (dépistage, prise en charge courte, orientation), s'apparentent à des structures de coordination.

La Plateforme Sport Santé

La Plateforme Sport Santé est référencée comme dispositif d'accompagnement vers la pratique d'activités physiques par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). La plateforme cherche à renforcer les liens entre les professionnels et les structures proposant des activités physiques adaptées. L'objectif est de faciliter la reprise et le maintien d'activités physiques chez les personnes éloignées de la pratique et/ou éprouvant des difficultés de santé.

Environ 60 ateliers sont accessibles dans l'Ain dont une quinzaine sur Bourg-en-Bresse et ses alentours (gymnastique d'entretien, randonnées, activités aquatiques...). La plateforme permet de maintenir la diversité des pratiques tout en garantissant une prise en charge adaptée, sécurisée et progressive.

Elle a aussi pour vocation de devenir un espace de concertation et de coordination afin de promouvoir l'activité physique comme facteur de santé publique de manière cohérente sur le territoire. Ainsi, toute structure souhaitant développer des activités physiques adaptées ou sensibiliser ses bénéficiaires peut prendre contact avec la plateforme.

- ***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 2016 ⁶², 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.

Les personnes en situation de précarité

Le Carrefour Santé Mentale Précarité du CPA

⁶² http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40807.pdf

Le CSMP, au-delà de son action de « 1^{er} niveau » de prévention et de soins à destination des personnes en situation de 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'organisation d'un « espace rencontre santé mentale et migration » réunissant l'équipe mobile santé mentale précarité, la PASS psy ainsi que l'ensemble des psychologues travaillant dans les dispositifs d'accueil des migrants d'Alfa3A (Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asiles, le Dispositif d'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile, Centre de Transit pour Réfugiés, Service des Mineurs Non Accompagnés) ;
- 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 ;
- sa présence active au sein de différents réseaux et dispositifs (SIAO, PASS) ;
- sa fonction tête de réseau départemental de l'observatoire national ORSPERE-SAMDARRA⁶³ ;
- 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*). Début 2019, il lui est confié la responsabilité d'animer et de coordonner, au côté de la Commission Spécialisée en Santé Mentale, la démarche PTSM (cf. chapitre gouvernance du présent document).

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.

⁶³ <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

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 décloisonnée, 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 décloisonner 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, une équipe de gestionnaire de cas (3 à l'Est, 6 à l'Ouest) est recrutée en fonction de la densité de population âgée et de la taille du territoire.

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 *Resident Assessment 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 gérontologique, 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.⁶⁴

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 »⁶⁵, 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

⁶⁴ <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>

⁶⁵ *Projet médical du CPA*

de la MAIA en gérontologie avec des gestionnaires de cas (ou référents) ».

A noter aussi que le Département a créé un poste de gestionnaire de cas complexe qui a pour mission d'accompagner les équipes pour mettre en place un accompagnement adapté et sans rupture de ces jeunes qui ont des besoins multiples et qui sont en difficulté.

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 « situations complexes » entre l'ATMP et le CMP, ou encore, les « commissions d'étude technique », qui ont lieu dans chaque MDS. Ces CET vont être renforcées dans le cadre de la stratégie pauvreté par la mise en place du référent de parcours.

En gérontologie, les CLIC proposent des groupes d'échanges entre les professionnels de différentes institutions pour fluidifier le parcours des personnes âgées. Ils proposent aussi des réunions de concertation autour de certaines situations qui le nécessitent. Les Gestionnaires de cas de la MAIA organisent également des réunions de concertation pour favoriser la coordination autour des situations complexes. Les professionnels de la géronto-psychiatrie sont régulièrement associés à ces temps d'échanges, en fonction des besoins de la personne.

Éléments de réflexion sur ces commissions

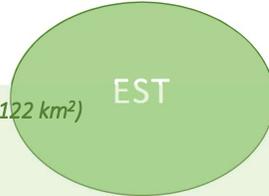
Le développement spontané et progressif de ces modes d'intervention « interinstitutionnelle » de plus en plus organisés est positif puisque permet de créer des espaces de concertation voire de décision entre acteurs d'institutions diverses dont les différences de point de vue sur une même situation nécessitent 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



Le plus peuplé en nombre (près de 173 000 habitants), mais peu densément car très étendu (1 852 km²)

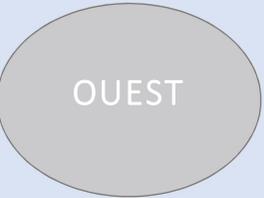
Peu de ressources

Ressources d'appui

- 3 MDS (Bresse, Dombes, Côtière 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



Le plus faible en superficie (875 km²) et en nombre d'habitants (112 800)

« Effet Préfecture »

Concentration des dispositifs – notamment en psychiatrie (dispositifs intersectoriels)

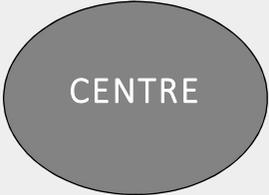
→ « Migration » des bénéficiaires et usagers

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



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

Plus étendu (1 901 km²) / Moins densément peuplé (172 900 habitants)

Géographiquement contrasté : plateau d'Hauteville, Côtière ...

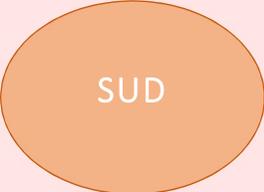
144 communes dont : Ambérieu / CCPA ; Belley ; Hauteville / CCPH

Ressources d'appui

- 3 MDS (Côtière 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



Ressources / coordinations

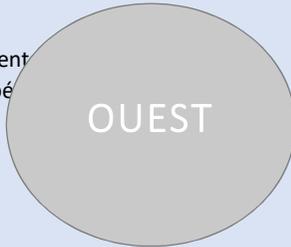
ASV : atelier santé ville
 CH : centre hospitalier
 CLIC : centre local d'information et de coordination
 CATTP : centre d'activités thérapeutiques à temps partiel
 CLSM : conseil local de santé mentale
 CMP : centre médico-psychologique
 CMP pivot : intègre équipe mobile et HDJ
 CSM01 : Coordination santé mentale de l'ain
 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

Ressources enfants / ado

- 1 CMP Pivot / 2 CMP antenne / 1 CATTP en projet
- 1 CJC
- 1 MECS
- 3 ITEP (avec SESSAD et/ou DITEP)

Ressources adultes

- 1 CMP Pivot / 1 CMP antenne / 1 CATTP / 1 EMP
- 1 antenne CSAPA
- 2 GEM
- 2 foyers d'hébergement
- 1 maison d'accueil spécialisée
- 1 résidence sociale
- 20 EHPAD



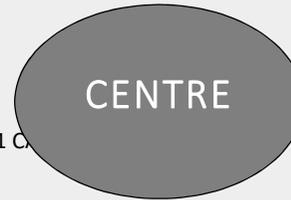
RESSOURCES SPECIALISEES – DEPARTEMENT DE L'AIN

Ressources enfants / ado

- 1 CAMSP
- 1 mission locale
- 1 PAEJ / Chocolat chaud
- 1 CMP Pivot / 1 CMP antenne / 1 CATTP
- 2 CJC
- 3 MECS
- 2 ITEP / 1 SESSAD

Ressources adultes

- 1 CMP Pivot / 1 CATTP / 1 HDJ / 1 EMP
- 2 CSAPA
- 1 ACT
- 1 GEM
- 1 SAVS/SAL ; 1 SAVS ; 1 SAJ
- 5 foyers d'hébergement / 1 foyer de vie
- 1 FAM / 2 MAS
- 2 maisons relais
- 2 résidences sociales
- 1 résidence accueil en projet
- 2 CHRS
- 1 Maraude
- 12 EHPAD

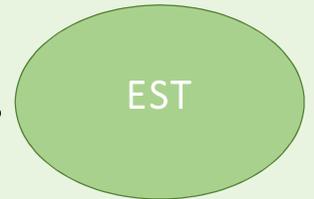


Ressources enfants / ado

- 2 CAMSP
- 1 mission locale
- 1 CMP Pivot / 2 CMP antenne / 2 CATTP
- 3 CJC
- 1 MECS
- SIRIUS (pas d'ITEP)

Ressources adultes

- 1 CMP Pivot / 2 CMP antennes / 3 CATTP / 1 EMP
- 1 USTP / 1 HDJ
- 4 antennes ou permanences CSAPA
- 1 GEM
- 1 SAVS + SAVS / SAJ autisme
- 2 foyers d'hébergement / 2 foyers de vie
- 1 hébergement temporaire
- 2 FAM
- 2 maisons relais
- 7 résidences sociales
- 3 CHRS
- 1 maraude
- 12 EHPAD

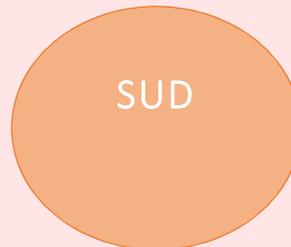


Ressources enfants / ado

- 1 CAMSP
- 1 mission locale
- 1 CMP Pivot / 2 CMP antenne / 1 CATTP / 1 HDJ en projet
- 3 CJC
- 5 MECS
- 4 ITEP

Ressources adultes

- 1 CMP Pivot / 2 CMP antenne / 3 CATTP / 1 USTP / 2 HDJ / 1 EMP
- 4 antennes ou permanences CSAPA (1 perm. SALIBA)
- 1 GEM
- 1 SAVS / SAH ; 1 SAJ / SAVS ; 1 SAMSAH
- 5 FAM
- 3 foyers d'hébergement / 1 foyer de vie / 2 hébergements temporaires
- 1 maison relais
- 2 résidences sociales
- 1 CHRS
- 22 EHPAD



Ressources à vocation départementale

Enfants

Maison des ado (Bourg + antenne Oyonnax)
HDJ enfants ; Unité ado ; équipe mobile de pédopsychiatrie
CEDA'Ain

Adultes

Équipes mobiles : psychiatrie précarité ; personnes âgées ; autisme
PASS psy ; 2 PASS (Bourg et Oyonnax)
Centre d'accueil permanent (CAP)
Services hospit. temps plein (unités soins de suite)
Dispositif de soins de réhabilitation psychosociale (centre de jour, dispositif résidentiel, atelier thérapeutique)
Dispositif de géronto-psychiatrie
2 plateformes de répit pour les aidants (dont 1 PA et 1 TSA)
SIAO et dispositif de demande d'asile (non détaillé ici)
Clinique psychiatrique à vocation régionale (hospit. complète, HDJ, USPS, unité ado)

IV. Synthèse de la 2ème 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.

IV.1 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.

IV.2 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.

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.

Recours à l'offre 10% des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance relèveraient de soin psychiatrique ; la moitié environ serait en souffrance psychique.

Environ 3 300 jeunes sont vus chaque année (au moins une fois) par le pôle de pédopsychiatrie. (données 2018)

Le CPA compte une file active annuelle totale :

- d'un peu plus de 15 000 patients vus en ambulatoire,
- d'environ 2000 patients hospitalisés à temps plein uniquement.

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.

Affections psychiatriques 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%).

IV.3 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.

IV.4 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 Roelandt⁶⁶ 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. »

⁶⁶ « de la psychiatrie vers la santé mentale » (2001)

IV.5 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 CLIC CPA CD	ARS CD
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 Vivre en Ville01	ARS
------------------------------------	--	-----

- ***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

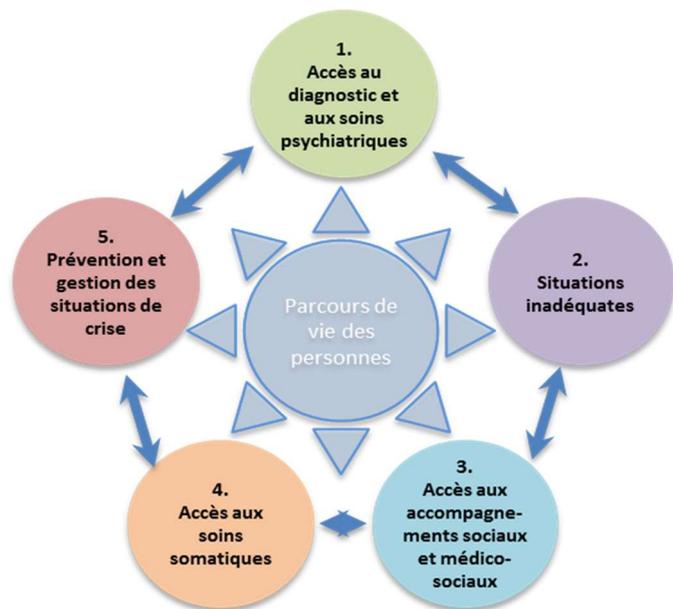
Un seul CLSM existe à ce jour, sur la ville de Bourg-en-Bresse. Créé en 2007 dans le cadre de la politique de la Ville, puis « mis en sommeil » à partir de 2012, le CLSM de Bourg a été « réactivé » en 2016 dans le cadre du Contrat local de santé, avec le recrutement d'un poste de coordinateur. Un état des lieux en santé mentale a été réalisé en 2017 dans le cadre du CLSM faisant l'objet d'un rapport.

Un autre CLSM est en projet à Oyonnax/Arbent/Bellignat.

PARTIE 3 - PROBLEMATIQUES AU REGARD DES PARCOURS

Nous reprenons dans cette partie le « modèle de la rosace » de l'ANAP dans son guide méthodologique⁶⁷ 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.

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 »).

⁶⁷ ANAP « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale – Méthodes et outils pour les territoires » (décembre 2016)

I. 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.

I.1 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 années, les patients sont orientés vers Bourg-en-Bresse uniquement pour les consultations médicales. Les soins de groupes sont réalisés sur les CMP et les CATTTP;
- 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 (qui concerne les patients connus) 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) ».

Pour les patients non encore connus des CMP le taux d'absentéisme peut atteindre 30% pour les premiers entretiens.

I.2 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 temps⁶⁸. 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

⁶⁸ 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

formulation d'une demande ;

- 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 Rhizome⁶⁹ 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, psychiatisation 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 Châtillon-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

⁶⁹ « Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ? – In « Aller vers » ... d'autres pratiques ? Rhizome (Juin 2018)

80% auraient besoin d'un suivi mais qui ne peut être proposé par le CPA faute de moyens.

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.

II. 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.

II.1 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 utiles⁷⁰ 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 psychiatrie⁷¹, 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 (continus 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).

⁷⁰ <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-5-page-381.htm>

⁷¹ *Les hospitalisations psychiatriques au long cours en Rhône-Alpes – ARS Rhône-Alpes (Octobre 2016)*

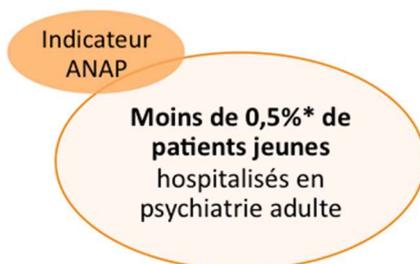
Les réhospitalisations en psychiatrie

** 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



Les hospitalisations de patients jeunes en psychiatrie adulte

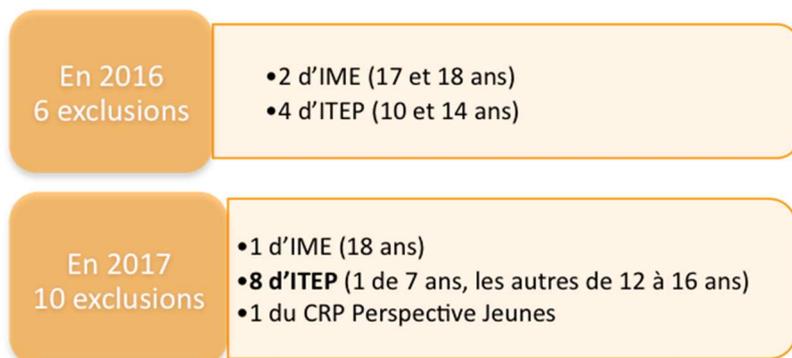
** = Nombre de personnes présentes en hospitalisation temps plein (complète ou partielle) ayant moins de 17 ans*
÷ file active des personnes hospitalisées à temps plein sur l'année
Source : CPA – DIM



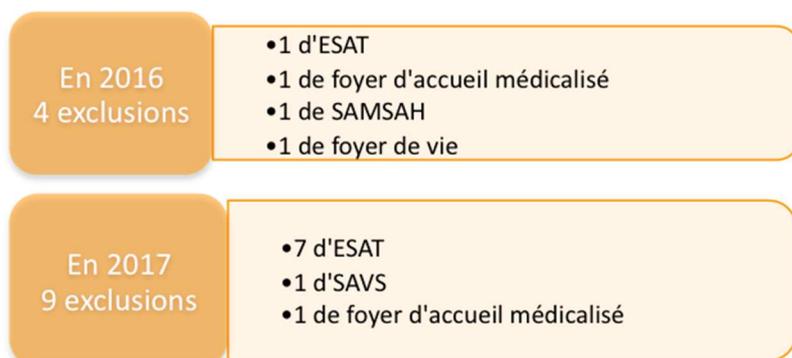
II.2 Situations d'exclusion des établissements médico-sociaux

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. Cette augmentation ne signifie pas une augmentation du nombre de demandes d'exclusions au total mais plutôt que la MDPH étudie plus de demande, du fait d'une meilleure interpellation par les établissements médico-sociaux et aussi du fait que les familles renoncent très probablement moins à se défendre.

Concernant les enfants et adolescents



Concernant les adultes



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.

II.3 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).

III. 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.

III.1 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

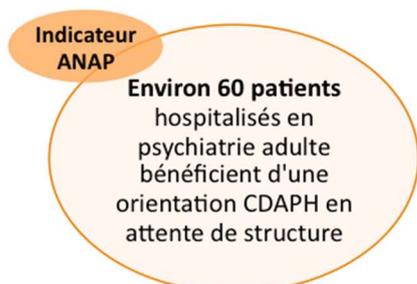
NB : Ces données concernent le délai de traitement des dossiers réputés complets, et ne prennent pas en compte le délai moyen éventuel à compter du dépôt de la demande initiale.

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.

III.2 Les orientations vers des établissements et services médico-sociaux

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. ☒

En effet, en l'absence d'outil d'évaluation spécifique au handicap psychique les personnes n'obtiennent pas toujours les droits auxquels elles pourraient prétendre (PCH notamment). Toutefois une trop forte spécification d'une telle "sous-commission" comporterait un risque de marginalisation du traitement du handicap psychique vis-à-vis de celui des autres types de handicap, selon l'association Vive en ville 01 qui siège à la CDAPH.

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.

III.3 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, médicosociale et sociale 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.

III.4 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 délivrer⁷². 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 psychiques⁷³, 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.

III.5 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.⁷⁴

Le PDALHPD 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'abord⁷⁴.

IV. 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

⁷² Voir aussi le rapport de l'ODENORE « La compensation du handicap psychique face au risque de non recours » (juillet 2017)

⁷³ https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf

⁷⁴ <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>

de handicap ;

- 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 lipidique⁷⁵ ».

De plus, de nombreuses études internationales⁷⁶ 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'ANAP⁷⁷ 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.

⁷⁵ Granger, B., Naudin, J. (2015), *La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence*, Ed. Le Cavalier Bleu

⁷⁶ Loas, G. (2009), « Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie », *Annales Médico-Psychologiques*, E. M.

⁷⁷ - *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*

V. 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.

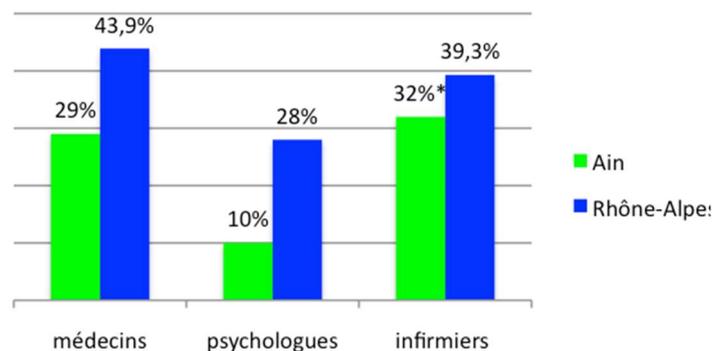
V.1 Des indicateurs sur la gestion des situations de crise

- *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

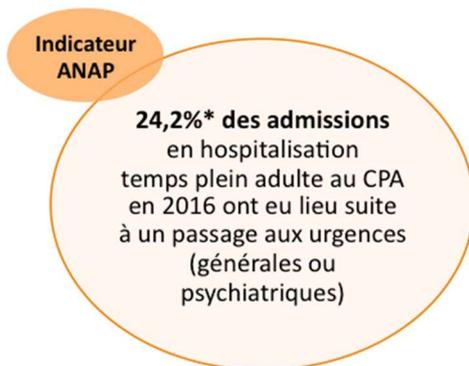


Source : Etude ARS sur les CMP (2015 – Données 2014)

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

* Nombre de personnes admises en HTP en 2016
en provenance d’un service d’urgence
÷ 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.

V.2 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 ;
- la préparation insuffisante des hospitalisations, notamment sans consentement, qui échouent trop souvent par défaut d’information d’un acteur clef dans l’environnement de la personne : famille ou environnement social, autorité locale, SMUR ou pompiers, médecins référents, etc...
- 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 ».

V.3 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.

VI. 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. »

PARTIE 4 – PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PROBLEMATIQUES ET PISTES D’ACTION ENVISAGEES

Cette partie constitue un travail de synthèse de l’Etat des lieux des besoins et ressources en santé mentale, réalisé en 2018 et mis à jour à partir des réunions du groupe projet ainsi que les 4 réunions territoriales déployées au mois de mai 2019. Les pistes d’action proposées sont « listées » de manière quasi-exhaustive ici, le travail de sélection et de priorisations intervenant dans la phase d’élaboration de la feuille de route qui suivra ce diagnostic.

DSP

Diagnostic et Soins psychiques

PTSM01 | PRIORITE N°1 | FICHE DE SYNTHÈSE

OBJECTIF

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.

TERRITOIRE DE L'ACTION

Département de l'Ain

PUBLIC CIBLE

Personnes vivant avec un trouble psychique et/ou en situation de détresse psychologique

STRUCTURES PORTEUSES SUGGEREES

Centre psychothérapique de l'Ain

Clinique de Chatillon

Les professionnels du sanitaire :

Comment favoriser le repérage précoce des personnes qui souffrent de troubles psychiques (de l'enfant à la personne âgée) ?

Ressources : CPA ; clinique de Chatillon ; CMP ; équipes mobiles de secteur ; équipe mobile santé mentale précarité ; équipe mobile géronto-psychiatrie ; CED'AIN ; CRTLA ; SESSAD OVE ; CAMSP ; CSAPA ANPAA et SALIBA ; PMI (diagnostic uniquement) ; maternités ; consultations mémoire ; médecins généralistes, CLIC, ressources professionnelles des départements voisins, services d'aide à la personne EHPAD, RASED, ressources scolaires, Centres pénitentiaires, CAARUD, tous les SESSAD, EMS, médecine du travail, médecins de ville, médiateur de santé, AS, aides à domicile, professionnels libéraux de santé.

Pistes d'actions :

- Sensibiliser et former des professionnels du soin et du social, des familles et des bénévoles au repérage des situations de vulnérabilité, (ex : repérage du risque suicidaire) ;
- Renforcer l'accueil et le repérage des troubles psychiques dans des lieux de prévention non stigmatisants (exemple MDA, CLIC) ;
- Développer des partenariats et la coordination des professionnels ;
- Améliorer l'identification des ressources, les portes d'entrée et les avis spécialisés (PTA) ;
- Créer un Annuaire des ressources sanitaires du département ;
- Sensibiliser le grand public au repérage des troubles et des crises ;
- Renforcer les équipes mobiles de psychiatrie ;
- Améliorer la coordination entre les médecins généralistes et les services de psychiatrie ;
- Développer les consultations jeunes consommateurs avancées au sein des structures ;
- Créer des cellules de prévention du suicide réactives pour tout secteur (écoles, adultes, entreprises) ;
- Étendre cellule de prévention du suicide à tous les publics => dispositif Vigilans (dispositif de recontacte après une tentative de suicide) ;
- Créer des actions de sensibilisations dans les collèges, écoles (ADESSA, IDE scolaire...) notamment au sein du comité d'éducation pour la santé et la citoyenneté (CESC) ;

-- les établissements de santé

- les libéraux

Les professionnels du médico-social

Les professionnels de l'éducation nationale et de la PMI

La MDPH

Centre Ressource Autisme

APAJH

ADAPEI

CEDA de l'Ain

ADAG

SAVS-SAJ Eclat

CSAPA

Services de santé publique des villes

CHIFFRES CLEFS

Au moins 5% de la population adultes ayant une pathologie psychiatrique (~24000 personnes). Non inclus : les troubles anxieux, du comportement, de l'humeur ou liés aux addictions.

Augmentation très importante en valeur absolue des décès pour troubles mentaux et du comportement.

- Mettre en place la gratuité des soins psychiques (consultations psychologiques)/bons de transport remboursés.

Comment faciliter l'accès au diagnostic et aux soins psychiques ?

Ressources : CPA ; clinique de Chatillon ; CMP ; équipes mobiles de secteur ; équipe mobile santé mentale précarité ; équipe mobile géro-psycho-geriatrie ; CED'AIN ; CRTLA ; SESSAD OVE ; CSAPA ANPAA et SALIBA ; PMI (diagnostic uniquement) ; maternités ; consultations mémoire ; médecins généralistes ; CAMSP, CAARUD, tous les SESSAD, EMS, médecine du travail, médecins de ville, médiateur de santé, AS, aides à domicile...

Pistes d'actions :

- Réduire les délais de prise en charge en CMP ;
- Déployer le dossier médical partagé ;
- Déployer des Equipes Mobiles de secteur, Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ex : projet à Belley, CSAPA) ;
- Développer les pratiques avancées en psychiatrie (notamment IPA) pour palier à la baisse démographique des médecins psychiatres ;
- Former les professionnels du soin et du social au repérage et à la gestion des situations de crise ;
- Augmenter le nombre de CAMPS sur le département (ex : Bourg avec circuit dédié au 0 – 2 ans : un repérage au CHB permet d'orienter les 0 – 2 ans vers ce circuit dédié) ;
- Renforcer les liens entre l'Education Nationale et les CAMPS (ex : Ambérieu projet d'intervention au sein des écoles permettant à des éducatrices de réaliser des observations d'enfants en classe, sur interpellation des instituteurs) ;
- Elaborer un répertoire opérationnel des ressources sur le territoire et favoriser son accès sur internet (site dédié, Plateforme Territoriale d'Appui, Annuaire régional IRJB) ;
- Créer un Pôle Diagnostique ;
- Mettre en place la gratuité des soins psychiques (consultations psychologiques)/bons de transport remboursés ;
- Consultation psycho prise en charge ou en partie dans certaines situations (ex : dépression, aidants...) ;
- Créer des outils de partage d'informations entre professionnels
- Penser un autre outil que le DMP pour un partage d'infos entre les pros du secteur sanitaire et social ;
- Soutenir la création des CPTS sur le département ;
- Développement des IDE (ASALEE) et Infirmiers en Pratiques Avancées ;

Comment réduire les délais de prise en charge dans le social et le médico-social ?

Vulnérabilité à des symptômes dépressifs beaucoup plus marquée après 75 ans.

Augmentation des situations de Diogène et d'isolement dans l'habitat.

Ressources : toutes les structures médico-sociales et sociales ; réseaux de santé (Souti'Ain, Accces) ; RAPT ; Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE).

Pistes d'actions :

- Développer les dispositifs de gestion de parcours en intégrant la possibilité de prise en charge à domicile ou sur les lieux d'hébergement ;
- Développer la télémédecine ;
- Développer les plateformes de répit et modalités de prise en charge financière ;
- Faciliter la mobilisation des ressources et des compétences du sanitaire par le médico-social.

Comment assurer un relai dans l'attente d'une prise en charge médicosociale (mise en œuvre d'une orientation, ...) ?

Ressources : réseaux de santé (Souti'Ain, Accces), RAPT ; PCPE ; cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée ; associations d'usagers (GEM, alcool assistance d'Ain, ...) ; Centres sociaux ; inclusion scolaire ; APAJH en milieu scolaire, CPAM avec dispositif PFIDASS

Pistes d'actions :

- Développer les PCPE ;
- Développer la pair-aidance ;
- Renforcer les ressources existantes (GEM, ...) ;
- Renforcer les équipes existantes et renforcer les pratiques d'aller vers dans le médico-social ;
- Favoriser la coordination des acteurs autour de l'handicap psychique.
- Travailler les projets de placement en amont pour préparer les transitions d'une structure à l'autre, notamment si hospitalisation longue.
- Développer le soin de réhabilitation, créer un SAMSAH Réhab pour évaluation.
- Développer les questionnaires de cas.

Que mettre en œuvre en cas de non demande (dont situation de Diogène) ?

Ressources : équipes mobiles de secteur ; Equipe Mobile Santé Mentale Précarité ; CLSM de Bourg-en-Bresse ; Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé ; polyvalence de secteur ; médiation santé ; CCAS ; services d'hygiène et de santé publique des villes.

Pistes d'actions :

- Développer et coordonner les dispositifs d'« Aller vers » ;

- Favoriser l'accès aux droits (information au public et aux professionnels);
- Coordonner les acteurs intervenant dans le parcours des personnes en situation d'incurie et de Diogène ;
- Développer les médiateurs en santé et médiateurs pairs.
- Développer les consultations avancées de jeunes consommateurs.

Comment améliorer la mobilité ?

Ressources : transport à la demande développé dans les collectivités ; équipes mobiles de secteur ; agents de santé.

Pistes d'actions :

- Développer des transports à la demande ;
- Mise en place d'un bus ambulancier ;
- Développer Blabla soin.

OBJECTIF

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.

TERRITOIRE DE L'ACTION

Département de l'Ain

PUBLIC CIBLE

Personnes vivant avec un trouble psychique, notamment celles citées dans l'objectif ci-dessus.

STRUCTURES PORTEUSES SUGGEREES

- Coordination Santé Mentale de l'Ain, MDPH, instances de coordination (Souti'Ain,

Comment améliorer les partenariats et la connaissance réciproque des différents acteurs pour une réponse globale, partagée et coordonnée ?

Ressources : Existence de dispositifs et commissions de coordination.

Rôle de guichet unique de la MDPH.

Pistes d'action :

- Développer les formations « interinstitutionnelles ». (formations co-construites et co-animées, s'adressant conjointement aux professionnels des différents secteurs) ;
- Associer les personnes concernées ;
- Favoriser la visibilité des dispositifs, l'interconnaissance des acteurs, une culture commune ;
- Développer les CLSM sur l'ensemble du département ;
- S'appuyer sur les dispositifs et commissions de coordination des parcours des personnes : situations complexes ;
- Développer et généraliser les dispositifs ouverts vers les autres acteurs : équipe mobile, coordinateur de parcours ;
- Développer et renforcer les compétences professionnelles facilitant une approche coordonnée ;
- Créer et tenir à jour un annuaire de professionnels, d'associations, de structures sanitaires, sociales, médico-sociales et médico-éducatives ;
- Création d'une base de données à jour par l'ARS, interactive et ludique ;
- Déploiement de via trajectoire (MDPH) ;
- Développer un site web partagé sur la santé mentale (lien avec la future Plateforme Territoriale d'Appui) ;
- Mettre en place des journées thématiques pour créer des liens entre professionnels afin d'améliorer le partenariat par la connaissance et la rencontre des autres ;
- Développer des outils communs de type ROR.

Access, ASV, MDA, CLSM, CLIC...)

- Etablissements sanitaires, éducatifs, sociaux et médico-sociaux;
- Conseil Départemental, DDCS.

CHIFFRES CLEFS

L'Ain, un département étendu de 5762 km², des disparités territoriales

« Désertification » des professionnels de santé publique. Densité de psychiatres 2 fois inférieure aux densités régionale et nationale. Densité inférieure (dans une moindre mesure) des psychologues, infirmiers et orthophonistes.

Le CPA : 1 acteur majoritaire pour la psychiatrie (quasi-monopole sur le département).

400 structures sanitaires et médico-sociales : 70 tournées vers l'enfant et l'adolescent, 120 vers la personne âgée et 180 vers l'adulte

Capacité d'hospitalisation à temps plein en diminution tendancielle.

Saturation des établissements et services existants : des taux d'occupation, files actives et listes d'attente importants.

Quels services adaptés et diversifiés pour permettre un parcours adapté aux besoins et à l'état de santé de chacun ? Quelle organisation pour faciliter les parcours (accès aux soins, crise, prévention, articulation sanitaire et médico-social, accompagnement, inclusion) ?

Ressources : Diversité des établissements sanitaires et sociaux. Une offre en évolution. Dynamique d'évolution de la psychiatrie enclenchée avec le nouveau projet d'établissement du CPA. Projets de transformation et de développement de l'offre sanitaire et sociale.

Pistes d'action :

- Faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire ;
- Renforcer et favoriser la prévention, les dépistages, l'évaluation;
- Rééquilibrer les moyens du CPA vers l'extrahospitalier, renforcer le rôle de pivots des CMP ;
- Transformer l'offre existante et développer de nouveaux établissements et services ;
- Rénover la réponse apportée aux « urgences » ;
- Favoriser l'articulation entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- Adapter ou créer une grille d'évaluation du handicap psychique (difficulté / au dossier MDPH) ;
- Développer un référent unique médical, associatif, familial, ami... qui suit la personne sur tout son parcours ;
- Développer des case managers (parcours) ;
- Baliser les parcours des résidents (patients à l'intérieur des GHT avec un référent de parcours et identifier les écarts (ex : psychogériatrie...)).

Quelles actions particulières pour faciliter les parcours de publics spécifiques :

- **enfance, jeunes, parentalité ?**
- **adultes en situation de handicap psychique ?**
- **personnes âgées ?**
- **personnes en situation de précarité, logement ?**
- **santé mentale et détention (centre pénitentiaire) ?**

Ressources :

Des ressources importantes et des acteurs identifiés sur lesquels s'appuyer dans certains domaines spécifiques. Par exemple importance des moyens pour l'enfance, dispositifs spécifiques

Le rétablissement des personnes touchées par des troubles psychiques sévères ne dépasse pas en moyenne 13,5% avec le soin traditionnel en psychiatrie.

pour la précarité, CLIC et Cellule de prévention des situations de détresse pour les personnes âgées...

Pistes d'action :

- Proposer des réponses particulières, adaptées aux spécificités des populations concernées. (Création des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), développement des CAMPS, classes ULIS, Unités d'Enseignement en Maternelle, dispositifs spécifiques de coordination) ;
- Renforcer et/ou créer des lieux d'information, d'écoute, de soutien et de coordination spécialisés pour chaque public (ex : CLIC pour les personnes âgées ; PAEJ pour les jeunes; Accueil de jour pour les personnes en situation de précarité) ;
- Développer le travail autour de l'orientation des jeunes (en prévention du décrochage scolaire) ;
- Développer des dispositifs de prise en charge spécifique pour les 6 – 12 ans ;
- Créer des places en EHPAD clairement identifiées pour l'accueil de la PA porteuse d'un handicap psychique ;
- Création de PCO Plate-forme de coordination et d'orientation pour les enfants 0 – 6 ans pendant 1 an ;
- Développer une plateforme pair aidant ;
- Développer des logements alternatifs type résidence d'accueil ;
- Développer les familles d'accueil sociales et thérapeutiques ;
- Développement des SAVS/SAMSAH pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement, les questions du quotidien (médecin, emploi..) ;
- Expérience des « First House » (MARSEILLE, LILLE, TOULOUSE, DIJON) ;
- Inspiration du modèle CLIC pour adultes (moins de 60 ans) : guide unique avec accueil physique.
- Renforcement du rôle de la MDPH dans la coordination des acteurs du handicap psychique.
- Développer les lieux accueil parents enfants (LAPE) ;
- Développer l'offre médico-sociale dans l'Ain → handicap psychique et pathologies psy vieillissantes ;
- Prise en compte des publics spécifiques : Mineurs Non Accompagnés (MNA).

Quelles pistes d'actions collectives pour permettre d'aller au-delà du constat de carence des médecins ?

Ressources :

Approche de la santé mentale au sens large du terme (ce qui comprend les préventions primaire, secondaire et tertiaire à la fois pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère et pour celles vivant avec une détresse psychologique, et aussi, la promotion de la santé mentale positive).

Approche parcours de vie, ce qui implique la personne concernée et les acteurs de son environnement plus largement que les professionnels traditionnels du soin. Logique de type réseau plutôt que de type institutionnelle.

Pistes d'action :

- Développer les collaborations entre médecins généralistes et les psychiatres ;
- Diffusion des pratiques de rétablissement et de réhabilitation psychosociale ;
- Promouvoir une approche positive de la santé mentale, au sens large du terme. Développement d'une prise en charge au plus près de l'environnement habituel de la personne ;
- Développer « l'aller vers », les ressources mobiles, les coordinations, les espaces de rencontre et dialogue ;
- Développer la prévention primaire ;
- Elargir les publics bénéficiaires d'accompagnateurs (médiateurs, agents de santé) ;
- Développer les dispositifs d'accompagnement type : SAVS, SAMSAH ;
- Développer l'accompagnement des personnes handicapées par les professionnels du soin vers les structures de droit commun ;
- Développer l'aller-vers (EM) et télémédecine.
- Favoriser le travail ensemble sur le parcours de la personne : se rencontrer régulièrement /un lieu de coordination /travailler ensemble et autrement /culture commune ;
- Développer les lieux de répit pour les aidants, les familles d'accueil et les personnes accompagnées.

ASS

Accès aux soins somatiques

PTSM01 | PRIORITE N°3 | FICHE DE SYNTHÈSE

OBJECTIF

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

TERRITOIRE DE L'ACTION

Département de l'Ain

PUBLIC CIBLE

Personnes vivant avec un trouble mental et/ou une détresse psychologique

STRUCTURES

PORTEUSES

SUGGEREES

Médecins généralistes, CPTS, MDS, CPA, Clinique Châtillon-en-Michaille, Souti'Ain, médecine de ville et préventive, Ateliers Santé Ville, MDA, médecine scolaire, établissements sanitaires et sociaux, ADESSA

CHIFFRES CLEFS :

420 médecins généralistes exerçant en libéral (2017).

Quels leviers pour améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques ?

Ressources :

- Présence de lieux de prévention de proximité et non stigmatisants, dans d'autres cadres que ceux du soin ou de la psychiatrie, intégrant des ressources soignantes. Exemple : médecine scolaire, missions locales jeunes, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), le Maison des Adolescents de l'Ain, point accueil écoute jeunes « Chocolat chaud » géré par l'ADSEA, CLIC, ...
- L'Atelier Santé Ville du Service Hygiène et Santé publique de Bourg en Bresse et l'Atelier Santé Ville piloté par le CCAS d'Oyonnax conduisent des actions de santé publique ainsi que de santé liée à l'environnement ;
- Médecine du travail.
- L'Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Ain (ADESSA) réalise des actions de santé publique ainsi que des actions en santé environnementale sur l'ensemble du département
- Les Centres hospitaliers / Les Maisons de santé ; Réseau dentaire / réseau SBDH ; Conseil départemental ; Handi Consultations ; Les municipalités, Bus Croix Rouge ;
- CPAM (fichier informatique)

Pistes :

- Développer une culture de promotion de la santé, en développant des modalités d'intervention permettant aux personnes de mieux appréhender leur santé (éducation à la santé) ;
- Développer une culture de promotion de la santé visant à prévenir et gérer les risques liés à la santé ;
- Assurer la cohérence, la continuité et la permanence des soins autour de la personne ;
- Développer la formation et le soutien de l'ensemble des professionnels sur les questions d'accès aux soins somatiques ;

27 Maisons de Santé (2017).

- Renforcer les mesures de coordination sanitaire et médico-sociale et favoriser le partage de compétence ;
- Mettre en place une coordination entre soins somatiques et psychiques pour favoriser les interactions et mettre en œuvre des relais concrets (qui, comment, quand) ;
- Mettre en place des temps de travail partagés ville-hôpital pour les psychiatres ;
- Consultations spécialisées pour les enfants avec troubles psychiques (dentistes, médecins, soignants...) ;
- Développement des moyens de transport en milieu rural pour l'accès aux soins (dentiste...) ;
- Proposer des bilans de santé CPAM ;
- Suivi médical à distance ;
- Développer les postes d'agent de santé et médiateurs de santé ;
- Réfléchir à un partenariat effectif entre l'hôpital général et la psychiatrie ;
- Besoin de soutenir les médecins généralistes et former à la maladie psychiatrique ;
- Accès aux soins dentaires (Cf démarches SAVS) « PASS dentaire ».
- Favoriser l'accès aux soins sans mutuelle et l'accès à la mutuelle pour les personnes ayant l'AAH.

Comment améliorer les soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques accompagnées par des établissements et services sanitaires et sociaux ?

Ressources :

- Prise en compte du volet somatique par les établissements sanitaires et sociaux dans leur projet d'établissement et dans les projets personnalisés des usagers ; équipe soignante des établissements et services ; Unité Fonctionnelle de Médecine Somatique du CPA ; lien ville-hôpital.

Pistes :

- Favoriser la participation de la personne au volet soins de son projet personnalisé ;
- Assurer dans les établissements et services sanitaires et sociaux un accompagnement garantissant l'accès et la continuité des soins somatiques et le bien-être corporel ;
- Favoriser l'accès aux ressources sanitaires pour les établissements sociaux et médico-sociaux

- Accompagnement des établissements de long séjour durant les périodes d'hospitalisation (accompagnement de la personne par 1 AS (IDE) ;
- Consultations spécialisées pour les enfants avec troubles psychiques (dentistes, médecins, soignants...) ;
- Prestation d'accompagnement aux soins pour les personnes avec troubles psychiques.

Comment faire face à la désertification des professionnels de santé publique, notamment dans le pays de Gex et dans la Dombes ?

Ressources :

- Présence d'une unité fonctionnelle en soins somatiques au CPA dédiée aux unités intra-hospitalières et à l'extrahospitalier (éducation thérapeutique).
- Structuration forte des MDS et de CPTS sur le département.

Pistes d'actions :

- Améliorer les modalités d'échange et de collaboration entre la psychiatrie et les généralistes (formation en santé mentale des généralistes, conventions autour des pratiques de téléconseils, dossiers partagés) ;
- Des moyens humains pour accompagner les usagers à l'accès aux soins, notamment sur des territoires isolés ;
- Développement des moyens de transport en milieu rural pour l'accès aux soins (dentiste...) ;
- Développer l'attractivité des médecins sur le département via des mesures d'aide à l'installation des étudiants en médecine, d'amélioration des stagiaires en PMI, d'aide aux financements des Maisons de Santé Pluridisciplinaire, d'aide aux collectivités locales dans l'organisation des soins de premiers recours ;
- Développer l'attractivité pour d'autres professionnels de santé via des aides à l'installation (orthophonistes libéraux) ;
- Développer les bus médico-psycho social ;
- Sensibiliser les forces politiques sur les manques de professionnels médicaux dans certaines zones géographiques. Pays de GEX ;
- Prise en charge des frais de déplacement pour aller vers le soin (ex : CCAS GEX).

OBJECTIF

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

TERRITOIRE DE L'ACTION

Département de l'Ain

PUBLIC CIBLE

Personnes vivant avec un trouble psychique

STRUCTURES PORTEUSES SUGGEREES

L'ensemble des CH de l'Ain, CPA, usagers de la santé mentale et leurs représentants, bailleurs sociaux, mairie, institutions sociales et médicosociales, Samu, Pompiers, Police, Gendarmerie, Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée

Comment élaborer une définition consensuelle sur les notions de crise et d'urgence, ainsi que de leur prévention ?

Ressources: CPA, usagers de la santé mentale et leurs représentants, bailleurs sociaux, mairie, institutions sociales et médicosociales, CLSM de Bourg-en-Bresse.

Pistes d'action:

- Mener un travail de concertation et de réflexion partagée autour des notions de crise et d'urgence, et de leur prévention ;
- Créer et diffuser un document de référence destiné aux professionnels sur les soins sans consentement ;
- Favoriser la coordination des professionnels en amont de la crise et notamment les modalités et les conditions de partage des informations.

Comment diminuer le nombre d'exclusions des personnes en situation de crise des établissements sociaux, médico-sociaux ?

Ressources: IME, ITEP, ESAT, FAM, MECS, SAMSAH, foyer de vie, SAVS, CRP, EHPAD, SIAO/CHRS, MDPH, Equipes mobiles du CPA.

Pistes d'action:

- Favoriser une culture de prévention dans les établissements (formation, accompagnement adapté, moyens humain, ...) ;
- Former des professionnels de ces structures au repérage du risque suicidaire à travers les nouveaux formats de formation nationaux ;
- Former des professionnels de ces structures à la gestion des crises et urgences ;
- Former des référents « gestion de crise » ;
- Formation commune sur la gestion des troubles du comportement ;
- Mettre en place en système de référent médical ou soignant (numéro vert) d'appui aux équipes sociales et médico-sociales en contexte de crises/urgences ;

- Elaborer un support d'aide au repérage des signes destinés aux proches et aux pro (PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale) ;
- Créer des places de répit dans des structures spécialisées.

Comment mettre plus en cohérence les dispositifs de liaison psychiatrique sur l'ensemble des CH face à la gestion des crises et urgences (rôles et modalités d'intervention) ?

Ressources: CPA, les dispositifs de liaison psychiatrique sur les CH d'Oyonnax, Fleyriat, Belley, SAMU, Pompier, Police, Gendarmerie

Pistes d'action:

- Organiser les liens entre les urgences MCO et les services de liaisons ;
- Développer - Favoriser les hospitalisations programmées ;
- Organiser les liens entre les CMP et les services de liaison (notamment dans un contexte d'augmentation de l'amplitude horaire d'ouverture des CMP) ;
- Préciser le rôle des équipes mobiles de psychiatrie dans la question de la gestion de la crise (question des limites), notamment dans le lien avec le Centre 15 et les pompiers.

Comment assurer une prévention et une prise en charge efficace du passage à l'acte suicidaires et de ses conséquences ?

- La postvention s'intéresse à l'ensemble des mesures qui peuvent être prises suite au décès d'une personne par suicide pour soutenir et accompagner les proches, mais aussi les professionnels confrontés à cet évènement ;
- Développer et expliquer la pair-aidance familiale ;
- Elaborer un support d'aide au repérage des signes destinés aux proches et aux pro (PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale).

DEP

Droits, empowerment et participation

PTSM01 | PRIORITE N°5 | FICHE DE SYNTHESE

OBJECTIF

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.

TERRITOIRE DE L'ACTION

Département de l'Ain

PUBLIC CIBLE

Personnes vivant avec un trouble psychique

STRUCTURES PORTEUSES SUGGEREES

UNAFAM, GEMs, CPA, MDPH, CLIC et Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée

Comment améliorer la présence des personnes et des aidants au sein des dispositifs de soins spécialisés en psychiatrie ?

Ressources : Dispositif de Réhabilitation psychosociale du CPA.

Pistes d'action :

- Soutenir le dispositif de Réhabilitation Psychosociale du CPA à la formation des usagers de leur dispositif à la pair-aidance ;
- Déployer l'approche rétablissement sur l'ensemble des structures psychiatriques du département ;
- Favoriser l'accès des usagers aux diplômes universitaire d'éducation thérapeutiques (patients expert) ;
- Soutenir les groupes de psycho éducation des familles PROFAMILLE.

Comment développer la représentativité des usagers en santé mentale sur le département par les usagers eux-mêmes ?

Ressources : 5 GEM sur le département, Conseils de la vie sociale dans les établissements, la démarche Réponse Accompagnées pour Tous de la MDPH, Dispositif de Réhabilitation du CPA, Maison des usagers du CPA, SAVS (à domicile) individuel et collectif, les mandataires tutélaires, CLSM de Bourg-en-Bresse.

Pistes d'action :

- Soutenir, pérenniser les actions de la pair-aidance (RAPT, ...)
- Sensibiliser les professionnels à la pair-aidance exemple : éducation nationale, CHRS, bailleurs, etc.
- Réaliser un diagnostic organisationnel des GEM du département et pérenniser leur financement ;
- Développer une association d'usagers de la santé mentale à partir du Parchemin ;
- Poursuivre la mise en place de l'approche *Quality Rights* (CCOMS Lille) au sein des structures psychiatriques du département ;

- Accompagner l'émergence d'un collectif représentatif des usagers de la santé mentale sur le département de l'Ain ;
- Mener une réflexion afin d'inclure la présence des représentants d'usagers aux seins des différentes commissions "situations complexes" du département ;
- Favoriser la participation des usagers dans les groupes de travail (PTSM, CLSM...) encore peu présents ;
- Intervention des pair-aidants dans les formations de santé et sociales ;
- Favoriser la participation des usagers dans les instances (CVS – Conseil d'administration...).

Comment développer les activités de promotion de la santé mentale (réunions d'informations et de formation, groupes de parole, activités de socialisation) ?

Ressources : associations d'usagers et de famille, professionnels spécialisés.

Pistes d'action :

- Développer actions et activités par les communes à destination des personnes ayant des troubles en santé mentale et leurs aidants, les impliquer dans la vie municipale ;
- Mener des actions de sensibilisation et informations en santé mentale auprès du grand public ;
- Renforcer et développer les dispositifs d'aide aux aidants et de répit pour ces aidants ;
- Soutenir les projets des associations représentatives des usagers et des familles (ex : UNAFAM, GEM, France Alzheimer, ...) au niveau financier, organisationnel et technique ;
- Favoriser l'implication des professionnels spécialisés du territoire en appui aux associations ;
- Développer des CLSM.

Comment promouvoir l'approche rétablissement au sein des structures de santé mentale du département ?

Ressources: CPA (avec l'observatoire de réhabilitation psychosociale de la région AURA en appui)

Pistes d'action :

- Développer l'approche de rétablissement, d'une part, de manière transversale au sein des structures d'offre psychiatrique et, d'autre part, en en faisant une des bases de développement d'une culture commune entre les soins et l'accompagnement social et médico-social,

en raison d'une proximité de principes et de références, voire d'outils ;

- Associer les SAJ et les SAVS dans les stratégies de rétablissement.

OBJECTIF

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

TERRITOIRE DE L'ACTION

Département de l'Ain

PUBLIC CIBLE

Population générale

STRUCTURES PORTEUSES SUGGERÉES

Coordination Santé Mentale de l'Ain, MDPH, instances de coordination (CLSM, CLIC...)
 - CPA, Etablissements sociaux et médico-sociaux, DDCS, CD, CAF, EN, Médecins généralistes, GEMS, ESAT, Orsac insertion, ANPAA, CSAPA Saliba, AIDES.

CHIFFRES CLEFS

10% des habitants de l'Ain vivent sous le seuil de pauvreté (12.5% AURA)

+34% de bénéficiaires du RSA depuis 2009

42,9% des enfants de grande section passent au moins 1h par jour devant un écran les jours de classe

Quels accompagnements mettre en place afin de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec une problématique de santé mentale ?

Ressources : Cap Emploi, L'ADAPT, la CARSAT, le Conseil Régional, Orsac insertion, Médecins généralistes, service de médecine du travail, MDPH, ESAT, employeurs, Missions locales jeunes, entreprises adaptées, job coaching, ACT, ACI (atelier chantier insertion), Mission locale, PDITH, FIPHFP ; Job coaching, Envol, Réponse, Les jardins du cœur, ESAT de transition et hors les murs, associations bénévoles, TREMPLEIN.

Pistes d'action :

- Développer des actions de sensibilisation, à destination des employeurs, favorisant l'accès et l'emploi de personnes en situation de handicap psychique ;
- Créer un répertoire des entreprises adaptées et des ESAT ;
- Faire connaître aux employeurs les accompagnements proposés ;
- Développer le Job coaching (via MDPH, CAP EMPLOI, ORSAC-INSERTION) dont l'objectif est l'insertion professionnelle, maintien dans l'emploi.

Quels outils de diagnostic et de suivi développer dans le repérage et la prise en charge des situations de burn-out provoquées par divers facteurs (famille, travail, charge mentale, aidants...) ?

Ressources : Médecins traitants, service de médecine du travail, MDPH, ESAT, employeurs.

Pistes d'action :

- Réaliser une étude concernant l'épuisement au travail ;
- Mieux connaître les outils de repérage et favoriser leur diffusion ;
- Prévenir l'épuisement des aidants en activité professionnelle (ex: Projet ADAG) ;
- Reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle
- Développer le parrainage en entreprise ;
- Renforcer le rôle de la Médecine du travail dans la prévention du burn-out.

22% des 2 488 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire souffrent de troubles psychiques.

39% des cas sont liés à un trouble autistique.

Comment renforcer et diversifier l'offre d'hébergement et de logement sur le territoire afin de permettre des parcours adaptés aux besoins et à l'état de santé mentale de chacun ?

Ressources : Des structures de logement et d'hébergement : 800 logements en résidence sociale, 100 places en maisons relais, 24 places en résidence accueil, 250 places en CHRS, bailleurs sociaux, EHPAD.

Pistes d'action :

- Augmenter et adapter les places en CHRS pour des personnes vivant avec un problème de santé mentale ;
- Renforcer les possibilités d'hébergement et de logement spécialisés (politique « Un chez soi d'abord »/logement d'abord);
- Créer des résidences accueils ; Projet d'ouverture d'une résidence accueil spécialisée ALFA 3A ou CPA, en cours.
- Comment renforcer l'offre d'hébergement : places spécialisées en EHPAD pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques ;
- Maintenir le collectif Santé Mentale et Habitat animé par la DDCS et le CSMP
- Développer l'habitat inclusif
- Développer l'hébergement temporaire qui permet une évaluation avant l'accès à un logement autonome ou un répit.
- Signer une convention de partenariat entre le CPA et les bailleurs sociaux afin de favoriser l'accès et le maintien dans le logement
- Soutenir le projet de développement de familles gouvernantes (cohabitation de 5 à 6 personnes avec gouvernantes) porté UDAF01.

Comment renforcer les dispositifs de première ligne envers les personnes en situation de précarité et/ou avec des problématiques de santé mentale ?

Ressources :

- DDCS, Conseil départemental, Collectivités locales, Ateliers Santé Ville, CLSM, Personnes hébergées, accueils de jour, CHRS, référents précarité / CSMP, acteurs du territoire, SIAO.

Pistes d'action :

- Créer une équipe pluridisciplinaire hébergement et santé mentale (en lien avec le déploiement de la politique du logement d'abord) ;
- Développer les permanences d'acteurs sanitaires au sein des structures sociales ;
- Développer des actions de sensibilisation à la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation ;
- Réaliser un guide de la solidarité (type Soliguide) ;

- Réaliser une étude sur le non-recours aux soins de personnes bénéficiaires du RSA ou qui en sont exclues.

Comment repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers et améliorer la prévention, l'orientation et la prise en charge des jeunes ayant des conduites addictives et/ou à risques ?

Ressources :

Equipes de pédopsychiatrie, CSAPA ANPAA et SALIBA ; CJC (consultations jeunes consommateur) ; MDA (maison des ados) ; CED'AIN ; RASED ; PMI ; CAMPS ; MDPH ; DDCS, CD, CAF, missions locales jeunes, collèges, lycées, les médecins généralistes, les urgentistes, les pédiatres, les médecins scolaires, les infirmières scolaires, CLSM, ASV, etc.

Pistes d'action :

- Développer le travail de partenariat et de réseau.
 - Améliorer la coopération entre les professionnels de l'éducation et de la santé avec ceux de la justice (lien avec les juges pour enfants et la protection judiciaire de la jeunesse) pour optimiser l'orientation et la prise en charge ;
 - Renforcer les liens entre les dispositifs d'addictologie médico/sociaux et sanitaires et les services de pédopsychiatrie/psychiatrie adulte ;
- Renforcer la formation des professionnels en contact avec les jeunes au repérage précoce et/ou aux outils de prise en charge ;
- Informer, sensibiliser et aider les parents ;
- Développer tant pour les jeunes que pour leurs familles la connaissance des mécanismes des conduites addictives, des conduites à risques et leurs conséquences tout en favorisant l'acquisition de compétences psycho-sociales ;
- Développer les compétences psychosociales des adolescents ;
- Accompagner les organisateurs d'événements festifs jeunes et déployer des actions de réduction des risques et des dommages au cœur des rassemblements festifs ;
- Favoriser les espaces rencontres (scolaire, sport, culture, ...) - Modèle village addicto (Miribel).

Comment favoriser la scolarisation des enfants souffrant de troubles psychiques en milieu ordinaire ?

Ressources : MDPH, EN (pole ASH), médecins généralistes, médecins scolaires, infirmières scolaires, les UE, CAMPS, CAF, CD, Equipes de pédopsychiatrie, le RASED, les SESSAD, établissement médico-sociaux.

Pistes d'action :

- Développer les dispositifs collectifs pour l'inclusion (ULIS) (convention entre ARS et Rectorat 2016) ;

- Développer les Unités d'enseignement externalisées (convention entre ARS et Rectorat 2016) ;
- Développer et renforcer la formation croisée destinée aux professionnels de l'Education nationale et du secteur médico-social (convention entre ARS et Rectorat 2016) ;
- Développer les SESSAD ;
- Favoriser un maillage plus souple entre SESSAD et école ordinaire avec ULIS ;
- Mettre en place des actions de soutien à la parentalité ;
- Mettre en place des groupes de travail avec les parents d'enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux.
- Développer la mission de prévention et de ressource des ESMS (notamment des ITEP) et la mise à disposition d'expertise vers le milieu ordinaire ;
- Favoriser la souplesse des PPS.

Comment renforcer le pouvoir de décider et d'agir et lutter contre la stigmatisation des personnes vivant avec des troubles psychiques ?

Ressources : Association d'usagers en santé mentale, Unafam, GEMs, la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM), partenaires divers de la santé mentale.

Pistes d'action :

- Informer et sensibiliser le grand public aux problématiques de santé mentale ;
- Développer des pratiques de soins et d'accompagnement orientées vers le rétablissement des personnes ;
- Co-construire avec la personne son projet d'accompagnement et de soin ;
- Favoriser la coordination entre les différents professionnels et les aidants familiaux ;
- Associer les conseils de vie sociale à la réflexion et à la construction des outils d'accompagnement ;
- Favoriser la mobilité et les déplacements des personnes.

CONCLUSION

VERS UNE DEMARCHE DE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

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) et de l'offre de soins ;
3. Le développement et l'effectivité des articulations entre sanitaire social et médico-social notamment via la création d'espaces de formation partagée et d'une meilleure visibilité des coordinations.

Echelle territoriale

Nous l'avons constaté au long de ce diagnostic, 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, DDCS notamment) ;
- **Les territoires correspondant aux secteurs de psychiatrie générale**, retenus dans le cadre de ce diagnostic, 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 Côtière 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.

Pérennisation de la démarche

La démarche PTSM constitue un travail de longue haleine, qui s'inscrit dans la durée et sur tout le territoire de l'Ain. Fortement mobilisatrice, cette démarche est donc très fragile. Afin de tenir ses objectifs la démarche PTSM doit être régulièrement stimulée pour que le projet voit le jour et se développe selon une approche collective. A défaut, la tentation est grande de laisser s'installer la seule vision de l'acteur principal du territoire, le plus souvent le centre hospitalier spécialisé. Au pire, à défaut de pilotage opérationnel, la lassitude des acteurs aidant, le projet peut s'arrêter définitivement. La pérennisation de la démarche est donc un des aspects les plus critique sur laquelle nous continuerons à porter attention dans l'élaboration de la feuille de route du PTSM.

Suite des travaux

Le présent diagnostic étant une première étape de la démarche « projet territorial en santé mentale », il s'agit maintenant d'établir, pour les acteurs, une feuille de route 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 (entre 10 et 15).

BIBLIOGRAPHIE

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.psychom.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>

ANNEXES

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				
MDPH 01	Dr Bernadette DABOUT-NICOLAS*	Directrice adjointe		18-avr		
	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 MICHELON	Président		23-avr		
	Sébastien GUICHON	Chargée de mission				
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

Maisons de santé pluri-professionnelles en fonctionnement dans l'Ain

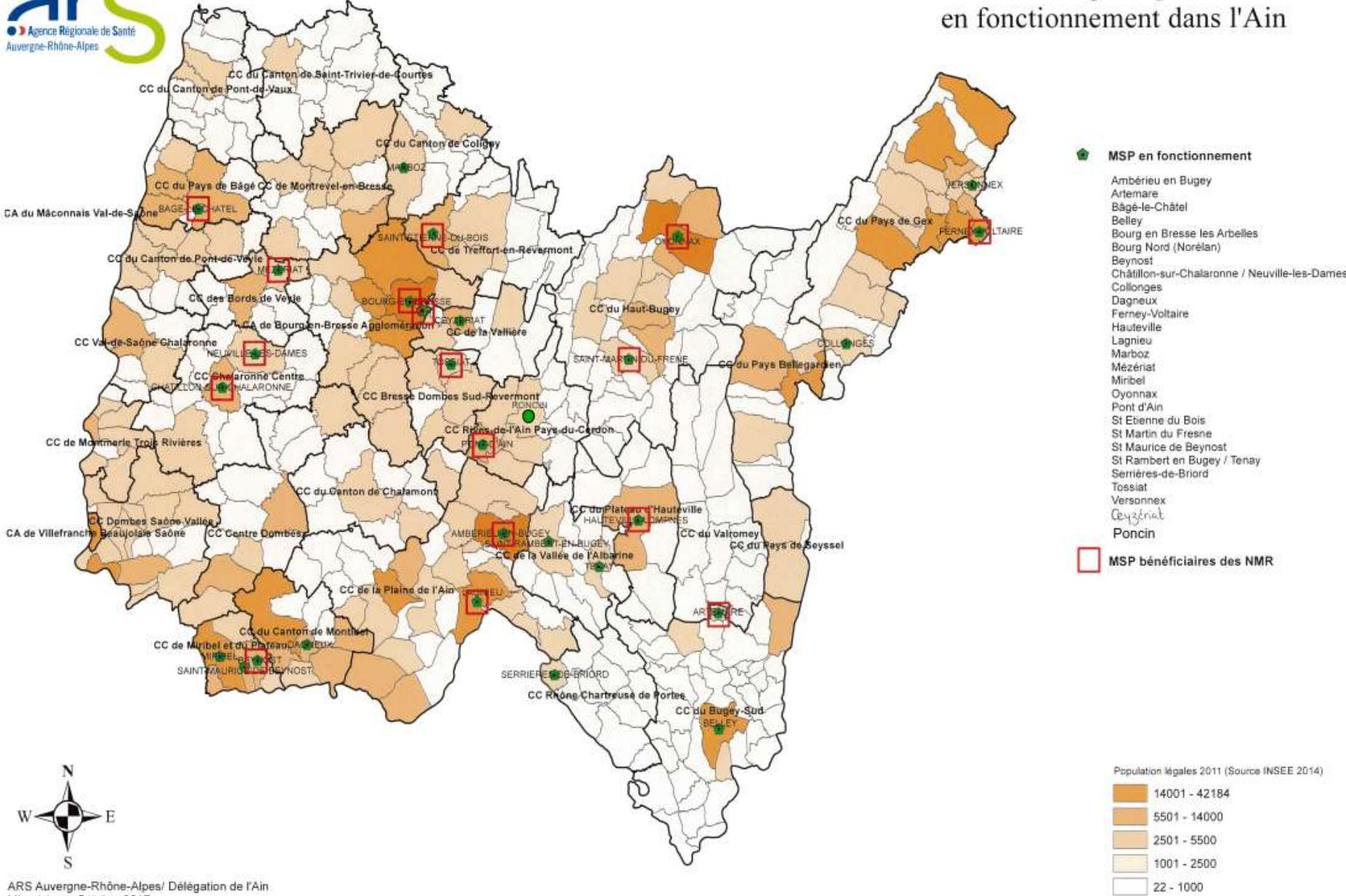
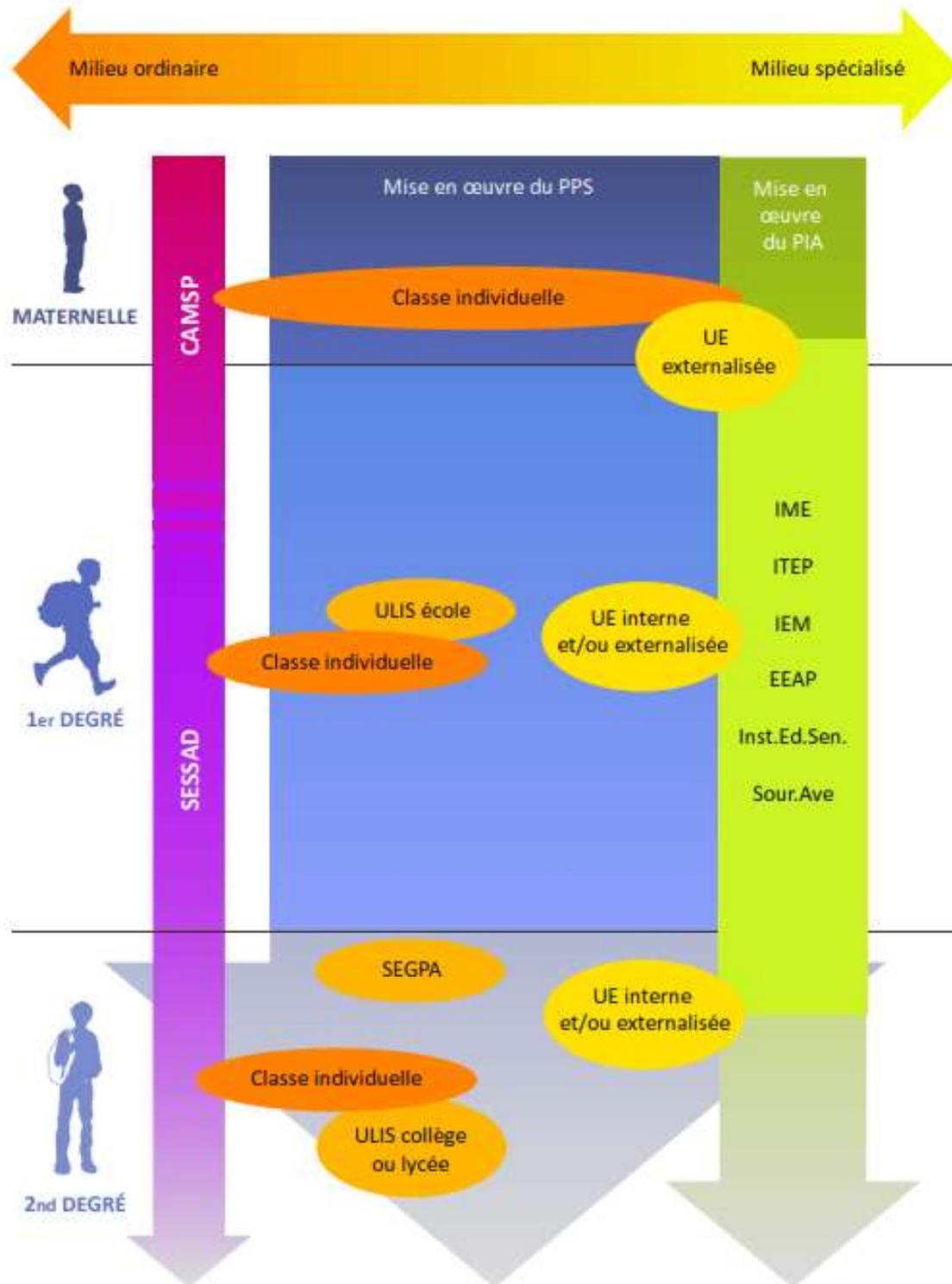
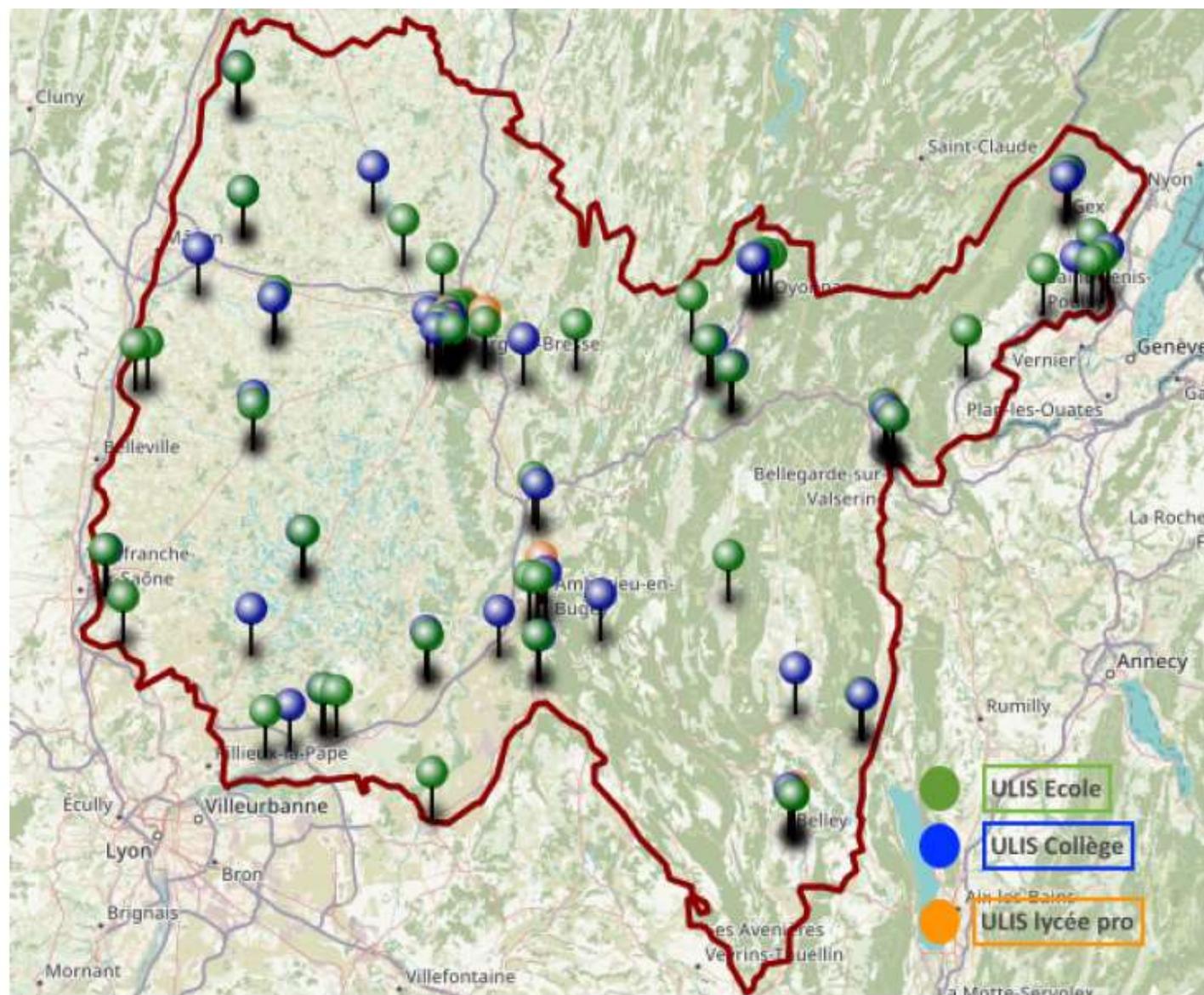


Schéma modes de scolarisation







IME - ITEP
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 Côtière (PEP69)
8. IME La découverte (ADSEA69)
9. IME Thérèse Herold (Entraide Univ.)
10. IME Le Prélion (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 Mourlon (Entraide Univ.)
17. ITEP Thérèse Héroid (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'Ambronnay

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)

ASH 01



SESSAD de l'Ain

Année scolaire 2017-2018



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)