

DIAGNOSTIC PARTAGE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE ARDECHE DROME

SEPTEMBRE 2019

Ont contribué à la réalisation de ce diagnostic partagé :

Pour l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes

- Eve GIOVANNINI, chargée d'études
- Carole MARTIN DE CHAMPS, directrice
- Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives

Pour les délégations départementales de l'Agence Régionale de Santé de l'Ardèche et de la Drôme :

- Magali TOURNIER, Responsable du service Prévention Promotion de la Santé, Direction de la santé Publique – Délégation de la Drôme
- Dr Françoise MARQUIS, Médecin inspecteur de santé publique, Délégation de la Drôme et de l'Ardèche
- Séverine ALLEYSON, Gestionnaire administrative Prévention et Promotion de la Santé – Délégation de l'Ardèche
- Laetitia MOREL, Responsable service handicap

Pour La Commission Spécialisée en Santé Mentale

- Claude ELDIN, Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé Drôme-Vivaraïs

Ce travail a été réalisé à la demande et avec le soutien financier de
l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

PAO réalisée par Valérie GONON, ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes remercie toutes les personnes qui ont nourri ce diagnostic partagé, à ses différentes étapes :

- Les professionnels et représentants d'usagers et de familles de patients qui ont participé aux différents groupes de travail, pour leur disponibilité, leur très forte implication dans cette démarche et la qualité de leur participation et de leurs échanges,
(La liste de tous les participants aux groupes de travail est présentée en annexe de ce rapport)
- Les membres du Conseil territorial de santé d'Ardèche-Drôme pour leurs conseils, leur appui à cette démarche et enfin pour la lecture attentive de ce rapport.

Guide de lecture du rapport

Le présent rapport compile tous les constats et attentes exprimés lors des groupes de travail, les données statistiques de cadrage produites par l'ORS ainsi que les informations apportées par les délégations départementales de l'Ardèche et de la Drôme.

Les différents chapitres reprennent l'ensemble de ces informations, en les organisant selon une logique chronologique qui est celle d'un parcours de vie et pour une partie des personnes concernées, un parcours de soins en santé mentale.

Chaque chapitre comprend des encarts qui mettent en exergue certaines ressources spécifiques ou actions en lien avec des besoins en santé mentale identifiés par les participants aux groupes de travail.

Chaque chapitre se termine par une synthèse des principaux éléments issus des échanges entre les participants aux groupes de travail.

Le rapport se termine par une compilation des thématiques qui ont été priorisées par les participants aux groupes de travail. Les tendances qui émergent de cette priorisation n'écartent pas de la réflexion les autres thèmes abordés dans le rapport et elles seront articulées avec d'autres axes présents dans les grandes programmations en lien avec la santé publique tels que le Plan Régional de Santé, les schémas des solidarités départementaux, le plan pauvreté, le PDALHPD.

Sommaire

CONTEXTE ET OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC	11
METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC PARTAGE	15
DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES.....	19
1. La santé mentale : un champ vaste, qui dépasse le soin	19
2. Éléments de contexte : données socio-sanitaires du territoire.....	21
2.1. Données socio-économiques : des territoires avec des profils très divers.....	21
2.2. Indicateurs de précarité	23
2.3. Ressources de santé : une répartition et un accès inégaux	24
2.4. Recours aux soins psychiques	40
2.5. Etat de santé mentale.....	44
3. Les déterminants de la santé mentale	51
3.1. Éléments transversaux et exemples d'actions.....	51
3.2. Les environnements favorables à la santé mentale	51
3.3. Le maillage et les coordinations entre professionnels.....	52
3.4. Géographie et distances : télé médecine et téléconsultations.....	53
3.5. Déterminants sociaux.....	53
3.6. Éléments par tranches d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions	54
4. L'apparition des premiers troubles psychiques et l'entrée dans le parcours de soins.....	63
4.1. Éléments transversaux et exemples d'actions.....	63
4.2. Éléments par tranches d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions	67
5. L'accès aux soins des personnes concernées par un trouble psychique	78
5.1. Éléments transversaux et exemple d'actions	78
5.2. Éléments par tranches d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions	88
6. Le parcours de soin, le parcours de vie : ruptures et continuité	95
6.1. Éléments transversaux et exemples d'action	95
6.2. Éléments par tranche d'âge, publics spécifiques et exemples d'action	103
7. L'urgence et la crise	108
7.1. Éléments transversaux et exemples d'actions.....	108
7.2. Éléments par tranche d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions	115
8. L'état de santé somatique des personnes ayant des troubles psychiques.....	120
8.1. Éléments transversaux et exemples d'action	120
8.2. Éléments par tranche d'âge, publics spécifiques et exemples d'action	131
9. L'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques	137
9.1. Enjeux de l'étiquetage et de la désignation des personnes : de l'auto-censure et l'exclusion à l'accès aux droits.....	137
9.2. L'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité.....	141
10. Thématiques et types d'action retenus par les groupes de travail	147

Contexte et objectifs du diagnostic

La loi de modernisation du système de santé français n° 2016 -41 du 26.01.2016 instaure, dans son article 69 les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » qui constituent les fondements de la nouvelle politique territoriale de santé mentale ».

Cette loi prévoit que l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé Mentale se base sur un « diagnostic territorial partagé » puis que leur mise en œuvre soit « à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale ». Les PTSM doivent enfin préconiser des actions à entreprendre pour répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé, afin de favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social, conformément aux dispositions du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017. Les actions développées dans le cadre des PTSM doivent ainsi viser à la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active. Ces Programmes Territoriaux de Santé s'articuleront par ailleurs avec les Programmes régionaux de santé, mais aussi les autres grandes programmations portées par d'autres institutions (départements, Education nationale, ...).

Le Directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a mandaté les présidents des commissions spécialisées en santé mentale émanant des Conseils territoriaux de santé pour piloter la démarche d'élaboration des diagnostics de territoire préalables à l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé Mentale.

L'objectif et le cadre d'élaboration des Projets Territoriaux de Santé sont fixés par le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 qui souligne la nécessité d'une étape préalable de diagnostic et de définition des priorités d'action à mettre en œuvre, dans le cadre du PTSM. Ces priorités sont, en substance :

Priorité 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.

Priorité 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.

Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Priorité 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

Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

L'Article R. 3224-3 du Code de la Santé Publique, issu du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 fixe les objectifs des diagnostics partagés, préalables à l'élaboration des Projets Territoriaux en Santé Mentale :

« [...] établir l'état des ressources disponibles, 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 préconiser des actions pour y remédier,

Le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 doit prendre en compte les éléments suivants :

« 1° L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ;

« 2° L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ;

« 3° Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ;

« 4° La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ;

« 5° Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ;

« 6° L'accès aux droits ;

« 7° L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

« 8° La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ;

« 9° L'organisation de la permanence des soins ;

« 10° L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

Enfin, le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnés à l'[article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014](#) de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

Le président de la commission spécialisée en santé mentale ayant demandé un appui pour élaborer ce diagnostic, il a été convenu avec l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes de confier à l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes la réalisation d'une étude qualitative visant à recueillir la parole des professionnels et de représentants d'usagers du territoire qui interviennent dans le champ de la santé mentale, suivant l'acception que donne l'OMS de la santé mentale : *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »*

Méthodologie du diagnostic partagé

Le cadre méthodologique de réalisation du diagnostic partagé, préalable à la phase d'élaboration du PTSM, a été proposé par Monsieur Claude ELDIN, président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale et validé par le Conseil Territorial de Santé Ardèche-Drôme. Ce cadre s'appuie sur un ensemble de références :

- Les consignes du Ministère des solidarités et de la santé en matière de Projet territorial de santé mentale
- Le guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREAI – avril 2016)
- Le kit de l'ANAP (décembre 2016)
- L'Atlas Santé Mentale (ARS)

La méthodologie proposée s'appuyait sur une approche qualitative, partant des six priorités définies par le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017. Il était souhaité que ces six priorités soient travaillées et explorées avec les professionnels et représentants d'usagers du territoire, dans des groupes de travail permettant l'expression de chacun. Il était envisagé que chacun des groupes se réunisse plusieurs fois pour affiner la réflexion et l'identification des besoins et problématiques qui paraissent particulièrement saillants, aux échelles départementales et infra-départementales.

A partir de ce cadre, l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes a proposé de réaliser ces groupes de travail selon la méthodologie suivante.

Chaque priorité a fait l'objet d'un groupe de travail, qui s'est réuni 3 fois, avec les mêmes participants (dans la mesure du possible). Ces trois temps de travail avaient pour objectif de permettre une progression de la réflexion, depuis le partage de constats sur la thématique de la priorité, jusqu'à l'émergence de problématiques jugées particulièrement importantes, voire prioritaires, pour les participants aux groupes de travail.

Pour que les six groupes de travail permettent une expression de chacun et des échanges, il a été nécessaire de limiter le nombre de participants, en veillant à ce que les champs professionnels concernés par la thématique soient bien représentés dans les groupes de travail. Par ailleurs, il était indispensable que des représentants de patients ou de familles d'usagers soient présents dans chacun des groupes de travail et qu'ils aient toute leur place dans ce diagnostic partagé.

Ainsi, une vingtaine de personnes ont été sollicitées pour chacune des six priorités : des représentants d'associations d'usagers et de familles et des professionnels, du soin, du médico-social, de la prévention, de l'éducation, de l'insertion par l'emploi, en veillant à ce que les deux départements soient bien représentés, et qu'au sein de ceux-ci, la diversité infra-territoriale soit prise en compte, autant que possible. Deux médecins généralistes ont pu être interviewés de manière individuelle, et une Communauté de communes a également répondu à un questionnaire qui leur avait été envoyé par voie postale.

Lors de la restitution des résultats de ce diagnostic, certains partenaires ont remarqué qu'il eut été intéressant d'intégrer dans les groupes de travail des professionnels d'autres

champs, a priori éloignés des questions de santé, mais qui sont pourtant parfois confrontés à des problématiques et enjeux de santé mentale comme des bailleurs privés et des bailleurs sociaux. Les groupes étaient déjà très nombreux, et il était difficile d'inviter tous les professionnels qui peuvent être concernés ponctuellement par des questions de santé mentale : police, pompiers, services de santé au travail, ... Néanmoins, il a bien été noté dans le rapport que ces professionnels sont des partenaires incontournables et indispensables pour travailler sur certains enjeux : les situations d'urgence, l'insertion sociale, les déterminants de la santé mentale.

Il ne s'est donc pas agi d'avoir des groupes exhaustifs ou parfaitement représentatifs de tous les professionnels et tous les territoires mais de réunir des groupes composés d'acteurs concernés au plus près par les thématiques des priorités.

La liste des personnes ayant participé à ces différents groupes est présentée en annexe de ce rapport.

Les six groupes de travail se sont réunis trois fois chacun, entre mars et mai 2019. Pour une même thématique, les séances de travail ont été espacées d'environ deux semaines. Pour chacune des thématiques, et par souci d'équilibre deux séances de travail ont eu lieu au Centre Hospitalier Drôme-Vivarais et une à Privas.

Pour tous les groupes, trois séances de travail ont ainsi été réalisées, chacune d'entre elles ayant un objectif spécifique :

➤ **Séance n°1 : Etat des connaissances sur la thématique**

1/ Présentation synthétique par l'ORS des,

- Principales données quantitatives et qualitatives disponibles au niveau national
- Données quantitatives et qualitatives au niveau départemental
- Eléments quantitatifs et qualitatifs disponibles à des échelles infra-départementales (données de diagnostics locaux de santé, principalement)

2/ Discussion avec les participants sur les points de vigilance, les spécificités déjà repérées, déjà connues à des échelles infra-départementales en prenant en compte la dimension populationnelle telle qu'elle est déjà travaillée par les professionnels et acteurs de terrain aujourd'hui : des tranches d'âges différentes, mais aussi des publics spécifiques (enfants, personnes âgées, grands précaires, migrants, ...)

➤ **Séance n°2 : Approfondissement des problématiques de santé mentale repérées, pour chaque groupe thématique, avec la double entrée territoriale et populationnelle**

Cette séance a été dédiée à l'identification plus précise des problématiques et besoins des habitants, notamment les problématiques les plus saillantes ou urgentes à des échelles infra-départementales, lorsque cela a été possible.

En effet, conscients à la fois de la taille de l'espace sous étude (deux départements), et de la grande diversité des territoires à des échelles infra-départementales, cette séance visait à mettre en exergue les problématiques et besoins qui pouvaient plus particulièrement toucher tel ou tel territoire, ou encore telle ou telle population particulière

Il a été proposé aux participants d'essayer de prendre en compte dans leur réflexion un premier niveau de découpage du territoire, qui permette de sortir d'une vision départementale ou bi-départementale qui peut noyer des spécificités locales parfois fortes. L'Ardèche a ainsi été découpée en trois grands sous-territoires : Ardèche Nord, Ardèche centre et Sud Ardèche, et la Drôme en Drôme Nord, Drôme Sud et Bassin Valentinois.

Il est néanmoins apparu que cet exercice pouvait être difficile pour les participants. Avoir une vision à la fois claire et exhaustive de la diversité de la situation des différents territoires était finalement très complexe, sachant que certains d'entre eux exercent parfois à une échelle très locale (par exemple un CMP) ou au contraire à une échelle beaucoup plus importante (médecin de l'Education nationale, par exemple, ou encore médecin de MDPH). Néanmoins, l'approche populationnelle a pu être creusée, celle-ci correspondant plus naturellement aux champs professionnels des participants (CMP enfants, Mission Locale pour les jeunes, gériatrie-psychiatres, etc...).

A l'issue de cette étape d'identification plus fine des problématiques, les participants de chaque groupe thématique ont été invités à définir 5 points d'alerte qui leur semblaient prioritaires à traiter.

➤ **Séance n°3 : Repérage d'axes de travail pour répondre aux problématiques de santé qui semblent prioritaires, compte-tenu du décret de 2017, et des travaux déjà développés dans le cadre du PRS, des CLSM et CLS du territoire**

Dans le prolongement des problématiques et des besoins identifiés lors de la deuxième séance de travail, un travail de sélection et « d'affinage » de trois ou quatre priorités a été réalisé.

Ainsi, à partir des 5 « points rouges » ou points d'alerte qui avaient été repérés lors de la deuxième séance de travail, les participants aux groupes ont été invités à « prioriser » 3 ou 4 points, en intégrant à leur réflexion les éléments suivants :

- Les besoins non couverts ou insuffisamment couverts
- L'ancienneté, l'émergence ou l'urgence du problème
- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- L'articulation possible avec les Contrats locaux de santé en cours et travaux des Conseils Locaux en Santé Mentale, là où il y en a
- Les types de réponses qui pourraient être apportées
- Les ressources ou partenaires qui nécessiteraient d'être mobilisés pour répondre au besoin identifié

Enfin, afin de clore ce diagnostic partagé sur une « passerelle » vers une étape ultérieure de réflexion et d'élaboration d'une programmation dans le cadre du le Projet Territorial en Santé Mentale, les participants aux groupes ont été invités, pour chacun des points priorisés à définir :

- Un objectif général
- Des objectifs spécifiques
- Des types d'activités à déployer

On notera qu'aucun professionnel de santé libéral n'a participé aux groupes de travail, qu'il s'agisse de médecins généralistes, de médecins psychiatres, ou encore d'infirmiers libéraux. Des contraintes horaires et de disponibilité expliquent cette non-participation aux groupes de travail. Néanmoins, deux médecins généralistes ont accepté d'être interviewés

individuellement par téléphone, afin de nous donner leur avis et nous faire part de leurs attentes quant aux besoins identifiés chez leurs besoins et les solutions qui pourraient être réfléchies.

Afin également de compléter ces différentes visions des enjeux de santé mentale sur le territoire, différents élus de collectivités territoriales ayant ou allant signer un Contrat Local de Santé (CLS) ont été sollicités, par questionnaire, pour apporter leur contribution à ces travaux. Seule la communauté de commune du pays du Diois a répondu à cette invitation.

Ce diagnostic a été enrichi par des informations complémentaires apportées par les Délégations départementales de l'Ardèche et de la Drôme de l'ARS:

- Les ressources existantes sur le territoire, en lien avec la santé mentale
- Les actions ou dispositifs existants, en lien avec la santé mentale
- Les cadres programmatiques des institutions partenaires, notamment les départements de la Drôme et de l'Ardèche.

Données quantitatives et qualitatives

1. La santé mentale : un champ vaste, qui dépasse le soin

La santé mentale est une composante essentielle de la **santé**, elle-même définie par l'Organisation Mondiale de la Santé ¹ comme étant un état qui va bien au-delà de l'absence de pathologies :

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. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

Dans le prolongement de cette acception, l'OMS définit **la santé mentale**² comme un état global, qui n'est pas caractérisé par la seule absence de troubles ou de handicaps mentaux, et qui est en lien de nombreux déterminants de la santé :

- *La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux.*
- *La santé mentale fait partie intégrante de la santé; en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale.*
- *La santé mentale est déterminée par une série de facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux.*

Cette définition montre que la santé mentale touche tous les pans de l'existence, toutes les catégories de population, et par là-même que sa promotion ou sa préservation peuvent concerner à la fois tout un chacun, mais aussi, de nombreux professionnels qui peuvent intervenir sur les différents déterminants de la santé mentale. Si les professionnels de santé, au premier rang desquels les psychiatres, travaillent à soigner les maladies mentales, à restaurer la santé mentale, d'autres professionnels interviennent dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé mentale. Enfin de nombreux autres professionnels, parce qu'ils interviennent sur les conditions de vie des personnes (habitat, sécurité, emploi, éducation, lien social,...) peuvent aussi être des acteurs de santé mentale.

Les données quantitatives, statistiques et comparables présentées dans ce rapport, approchent la santé mentale surtout sous l'angle de la maladie et des traitements. L'approche qualitative, par entretiens collectifs a permis de recueillir les problématiques

¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

repérées par les acteurs du territoire : les thèmes qui préoccupent aujourd'hui les associations d'usagers et de familles d'usagers ainsi que les professionnels du territoire, sur les déterminants de la santé mentale, la promotion de la santé mentale et le soin, ont été mis développés par les participants aux groupes de travail. Ils sont présentés ici, suivant une logique qui part des déterminants de la santé mentale jusqu'à l'insertion dans la cité des personnes concernées par la maladie mentale dans la cité, en passant par le parcours de soin des personnes.

2.Éléments de contexte : données socio-sanitaires du territoire

2.1. Données socio-économiques : des territoires avec des profils très divers

2.1.1. Deux départements, des territoires contrastés

La Drôme et l'Ardèche seront traités conjointement dans ce diagnostic, ce qui se justifie par un historique de partage et de mutualisation de ressources, sur cet espace très vaste. Un espace néanmoins articulé autour du sillon rhodanien, véritable « colonne vertébrale », à la fois en termes d'axes de communication, mais aussi de répartition de la population, et de présence de ressources diverses, dont les ressources en santé.

Au-delà de ces éléments de démographie et d'offre, cet espace présente une forte diversité à des échelles infra-départementales, qui sont également lisible sous l'angle de la santé mentale.

- **Santé mentale et défavorisation sociale.** Une Analyse par Composantes Principales, réalisées en 2017 par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes³, dans le cadre de l'Observatoire régional du suicide, a permis de repérer cette diversité, à la maille des EPCI⁴, selon une répartition en six classes, qui croise des indicateurs de défavorisation sociale et des indicateurs de santé :
- **Classe A : Une population jeune, socialement favorisée, avec de bons indicateurs de « santé mentale »**
32 EPCI (19 %) – 1 263 263 habitants (16 % de la population régionale)
- **Classe B : Une population socialement favorisée, avec des indicateurs de « santé mentale » favorables**
14 EPCI (8 %) – 186 857 habitants (2 % de la population régionale)
- **Classe C : Une population ouvrière, peu âgée, avec un « état de santé mentale » dans la moyenne régionale**
54 EPCI (32 %) – 1 809 104 habitants (23 % de la population régionale)
- **Classe D : Une population dense, urbaine ou périurbaine, peu âgée, avec une situation sociale et un « état de santé mentale » contrastés**
14 EPCI (8 %) – 3 386 584 habitants (43 % de la population régionale)
- **Classe E : Des EPCI plutôt ruraux, avec une population âgée, comprenant davantage d'agriculteurs et un « état de santé mentale » défavorable**
29 EPCI (17 %) – 322 125 habitants (4 % de la population régionale)

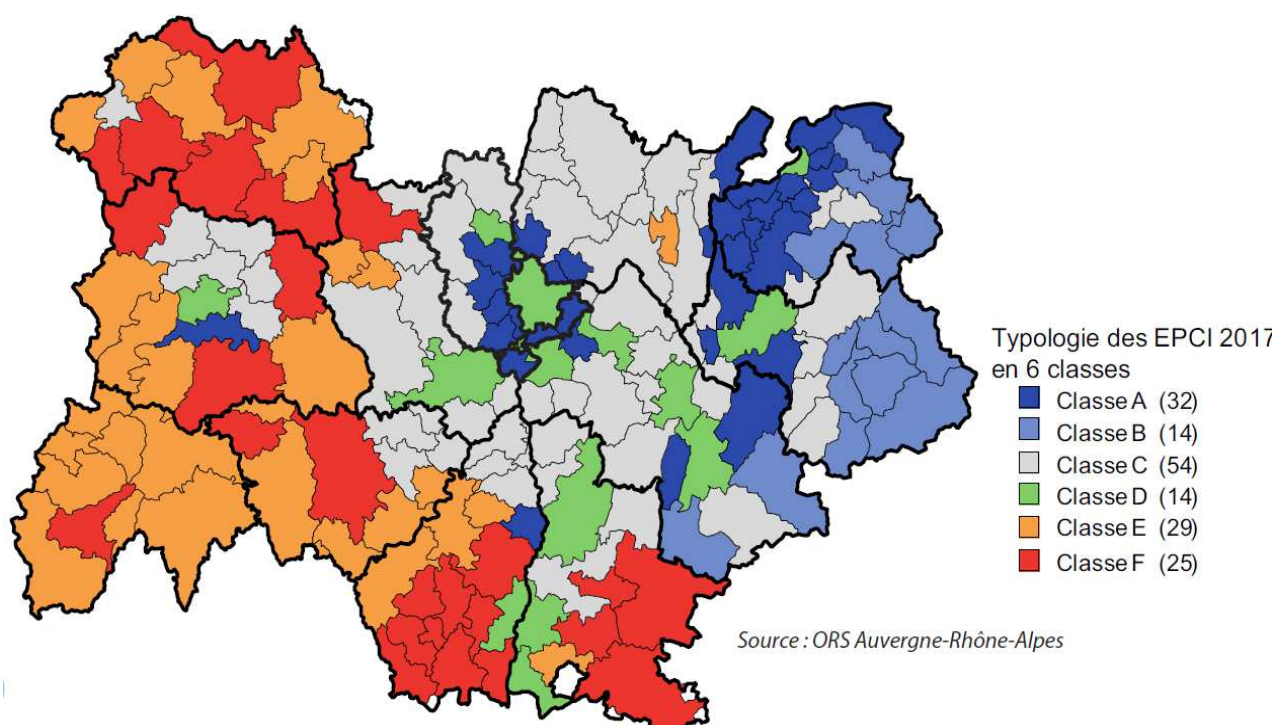
³ Suicide et tentatives de suicide en Auvergne Rhône-Alpes. Bulletin n°4, janvier 2018. ORS Auvergne-Rhône-Alpes, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Santé Publique France. http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull4_2018.pdf

⁴ EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale, structure administrative regroupant plusieurs communes afin d'exercer certaines de leurs compétences en commun.

- **Classe F : Une population âgée, socialement défavorisée, avec un « état de santé mentale » défavorable**
25 EPCI (15 %) - 846 655 habitants (11 % de la population régionale)

La représentation cartographique de ces classes met en exergue le fait que certains EPCI du sud de l'Ardèche et de la Drôme constituent des points d'alerte et, a contrario, que très peu sont dans une situation clairement favorable :

Typologie des EPCI de la région Auvergne-Rhône-Alpes en matière de santé mentale



Il faut encore souligner que des situations très contrastées peuvent être repérées à une échelle infra-EPCI. Ainsi, dans les zones urbaines, les habitants des quartiers en politique de la ville présentent souvent un état de santé global, moins favorable⁵.

D'autres outils de mesure et d'autres typologies confortent l'observation de ces inégalités à la fois sociales et territoriales et notamment la typologie des bassins de vie de l'Insee et la classification des communes de la MRE. Elles confirment cette répartition des inégalités et l'attention qui doit être portée aux territoires éloignés du sillon rhodanien, moins peuplés mais concernés par un cumul de difficultés. (Voir en annexes ces typologies cartographiées).

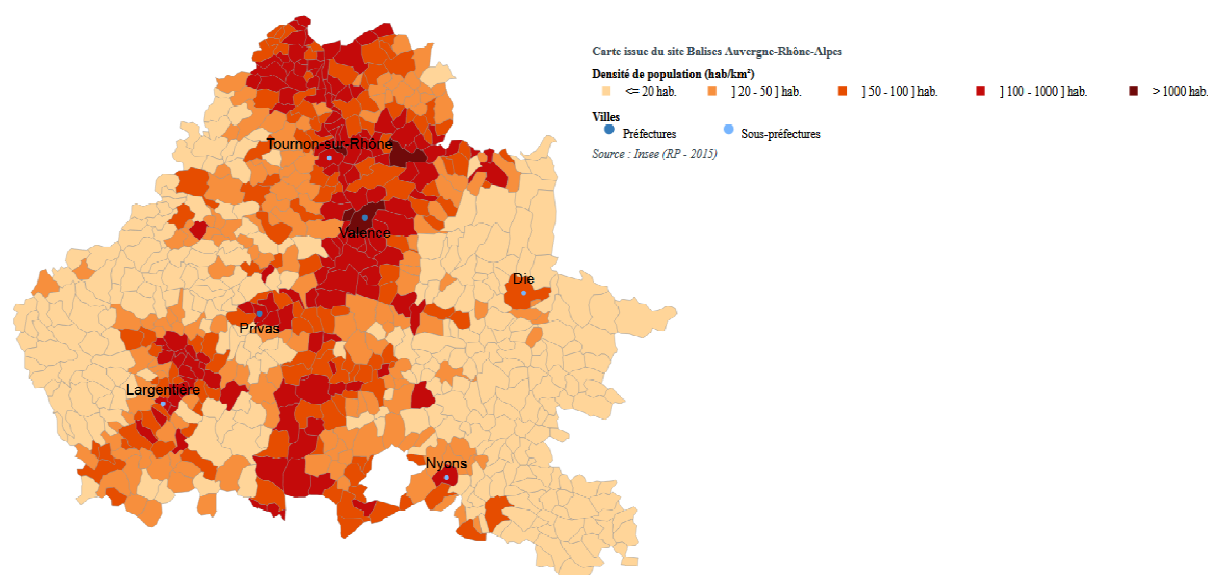
⁵ Diagnostics locaux de santé de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes. <http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/publications.asp?case=1>

2.1.2. Population

En 2015, selon le recensement de l'Insee le département de l'Ardèche compte 324 209 habitants et celui de la Drôme 504 637 habitants. La population est concentrée dans le bassin valentinois (Valence, Romans sur Isère, Guilherand-Granges, Bourg-de-Péage) et le long de l'axe rhodanien. Les territoires les plus peuplés, sont ainsi situés le long de la vallée du Rhône.

Au-delà de l'axe rhodanien, s'étendent des territoires semi-ruraux et ruraux qui ont une faible densité de population, notamment dans les parties montagneuses du territoire (comme le plateau Ardéchois et le Diois dans la Drôme). Dans ces territoires l'enjeu des distances pour accéder aux soins et aux ressources de santé est particulièrement prégnant.

Densité de la population dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme, 2015



Ces deux départements sont dynamiques sur le plan démographique. Un dynamisme soutenu par un solde migratoire positif, grâce à l'installation de nouveaux ménages. En 2030, selon les projections de l'Insee, la population pourrait atteindre 354 000 habitants en Ardèche et 551 000 dans la Drôme.

La part des personnes âgées est globalement plus élevée dans ces deux départements que dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 23%, 20% et 19%). Le vieillissement de la population est plus marqué dans le département de l'Ardèche. (Voir données démographiques en annexes).

2.2. Indicateurs de précarité

Plusieurs indicateurs permettent d'approcher la « défavorisation » sociale dans un territoire : la part des personnes de plus de 15 ans sans diplôme, le taux de pauvreté, la part des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), la part des bénéficiaires de la

couverture médicale universelle complémentaire (CMUc) et la part des allocataires de l'allocation adultes handicapés (AAH).

Globalement, ces deux départements apparaissent moins favorisés que l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le taux de pauvreté est ainsi de 14,7% en Ardèche et 15,5% dans la Drôme, contre 12,7% en région.

Indicateurs de précarité			
	Ardèche	Drôme	Auvergne Rhône-Alpes
Part des personnes 15+ sans diplôme (%)	32,7	31	28,9
Taux de pauvreté (%)	14,7	15,5	12,7
Part des bénéficiaires RSA (%)	3,9	4,7	4
Part des bénéficiaires CMUc	7,6	8,8	8,2
Part des allocataires AAH (%)	3,4	2,9	2,7

Sources : Insee (2015), Cnaf, CCMSA (31/12/2016), Cnam (SNIIRAM DCIRS-2017),

2.3. Ressources de santé : une répartition et un accès inégaux

2.3.1. Les professionnels de santé

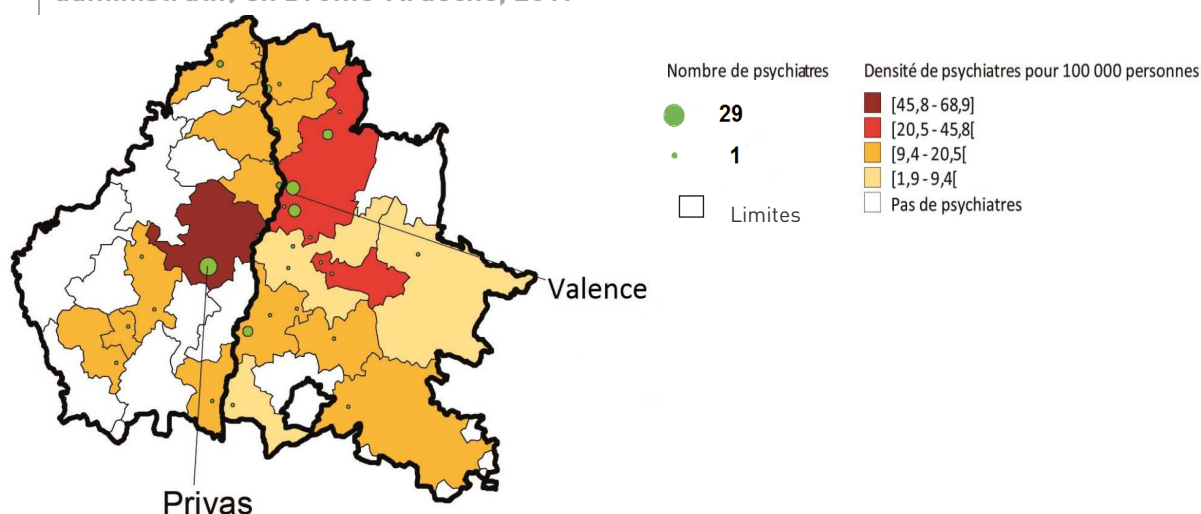
- **Les psychiatres**

49 psychiatres, tous modes d'exercice confondus (salariés, libéraux et mixtes) exercent en Ardèche, soit une densité de 16 psychiatres pour 100 000 habitants. Dans le département de la Drôme, 86 psychiatres sont en exercice (quel que soit leur mode d'exercice), soit une densité de 17 psychiatres pour 100 000 habitants. Ces densités en psychiatres sont inférieures à la densité enregistrée dans l'ensemble de la région et en France où elle s'élève à 23 psychiatres pour 100 000 habitants.

A l'instar de ce qui est observé au niveau national, les psychiatres sont concentrés dans les grandes villes. Une partie des communautés de communes, notamment en Ardèche, ne compte aucun psychiatre en exercice dans leur territoire

La carte ci-dessous localise les lieux d'exercice principal des psychiatres. Il faut cependant souligner que les psychiatres salariés peuvent exercer dans différentes structures (CMP, services hospitaliers), or seul le lieu de l'entité juridique de rattachement administratif est indiqué sur cette carte et non les différents lieux d'exercice. Ainsi, aucun psychiatre en exercice n'est indiqué sur cette carte pour les communautés de communes du Val d'Eyrieux et du Pays de Lamastre, alors que des psychiatres exercent dans les CMP infanto-juvéniles et adultes du Cheylard et de Lamastre (Cf. carte des CMP partie 1.2.3). En revanche, l'absence de psychiatres en exercice dans les communautés de communes des Montagne d'Ardèche, Ardèche Sources et Volcan, Pays des Vans en Cévennes, est confirmée.

Effectif et densité de psychiatres (tous modes d'exercice, selon leur rattachement administratif) en Drôme-Ardèche, 2017



Sources : RPPS2017, Insee RP, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant les psychiatres libéraux, ils sont peu présents en Ardèche. Neuf psychiatres libéraux exercent dans ce département, soit une densité en psychiatres libéraux (2,8 pour 100 000 habitants) nettement plus faible que dans la Drôme et l'ensemble de la région (respectivement 6,7 et 9,4 pour 100 000 habitants).

Le vieillissement des praticiens libéraux, un phénomène observé au niveau régional apparaît très marqué dans ces deux départements, faisant craindre une nouvelle détérioration de la démographie en psychiatres dans les dix prochaines années. En 2017, 89% des psychiatres libéraux en exercice en Ardèche étaient âgés de 55 ans et plus (donc susceptibles de partir à la retraite à moyen terme) et 82% des psychiatres dans la Drôme contre 65% dans l'ensemble de la région (à noter que le vieillissement des psychiatres est également observé chez les praticiens hospitaliers, selon les acteurs rencontrés lors du diagnostic).

Enfin, précisons que 22% des psychiatres libéraux en Ardèche et 15% des psychiatres libéraux dans la Drôme exercent avec dépassements d'honoraires (secteur 2) et sont donc peu accessibles aux ménages modestes.

Effectifs et densité de psychiatres libéraux, 2017

	Effectif	Densité*	Part (%) 55 ans +	Part (%) Secteur 2
Ardèche	9	2,8	88,9%	22,2%
Drôme	34	6,7	82,4%	14,7%
Auvergne-Rhône-Alpes	737	9,4	64,7%	34,1%

Sources : Cnam (SNIIRAM 31/12/2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS

- **Les psychologues**

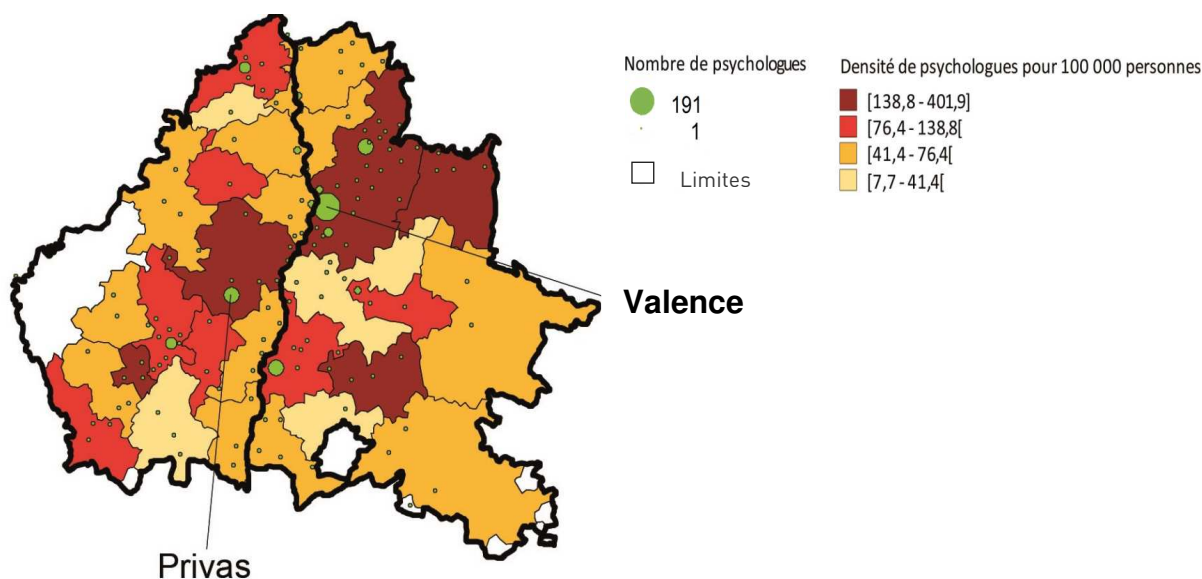
266 psychologues, tous modes d'exercice confondus (salariés, libéraux et mixtes) exercent en Ardèche et 498 en Drôme. La densité en psychologues en Ardèche (82 psychologues pour 100 000 habitants) est ainsi plus faible que celle enregistrée en région (95 psychologues pour 100 000 habitants) tandis qu'elle est un peu supérieure dans la Drôme où elle s'élève à 99 psychologues pour 100 000 habitants.

Si les psychologues sont concentrés dans les principales villes, ils sont néanmoins présents dans la quasi-totalité des communautés de communes des deux départements, à l'exception de la communauté de communes de la Montagne d'Ardèche.

Concernant les psychologues exerçant en libéral, il convient enfin de souligner qu'ils sont peu accessibles aux ménages modestes car leurs consultations ne font pas l'objet, à l'heure actuelle, de remboursement par l'Assurance maladie⁶.

La carte présentée ci-dessous indique le lieu de rattachement administratif des psychologues, mais elle ne prend pas en compte le fait que certains peuvent exercer dans plusieurs lieux à la fois ou dans des « antennes » de CMP, par exemple.

Effectif et densité de psychologues (tous modes d'exercice) en Drôme-Ardèche, 2017



Sources : ADELI 2017, Insee RP, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

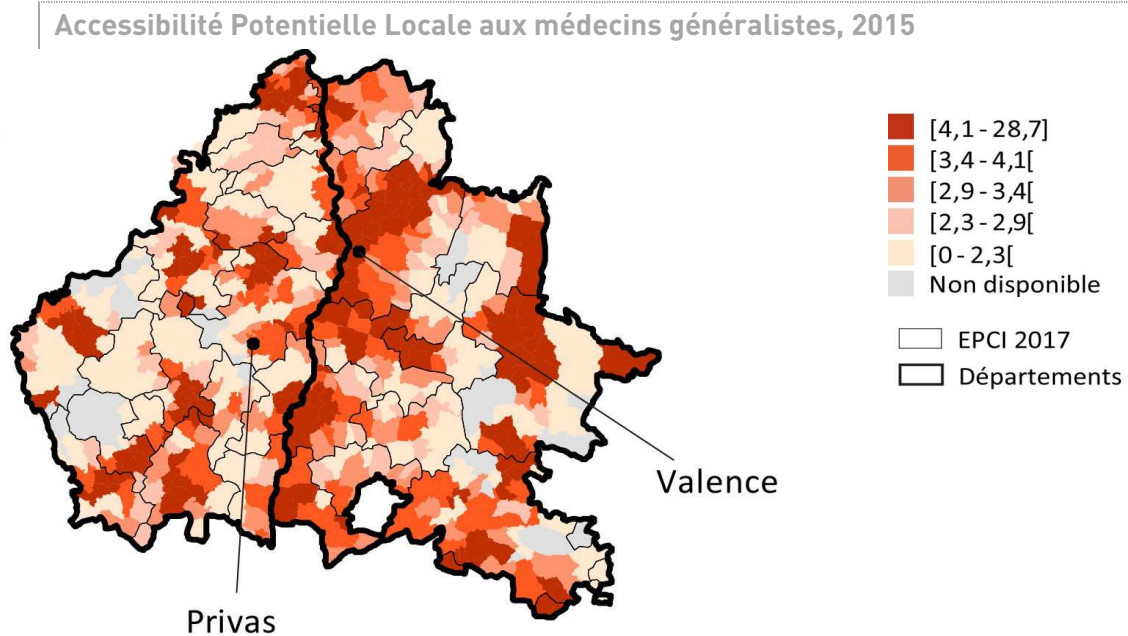
⁶ Depuis 2018 et pour trois ans, l'assurance maladie expérimente dans quatre départements (Morbihan, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Landes), la prise en charge à 100% des consultations chez des psychologues et psychothérapeutes agréés, pour des patients de 18 à 60 ans présentant des troubles en santé mentale « d'intensité légère à modérée ».

- **Les médecins généralistes**

Les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans le repérage des troubles psychiques et le traitement des troubles légers et modérés (dépression et troubles anxieux notamment) et la prise en charge psychiatrique et somatique de patients ayant des troubles graves stabilisés.

La question de l'accès aux médecins généralistes est ainsi centrale pour appréhender les questions de repérage des troubles et d'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques.

Au-delà des densités brutes en médecins généralistes, l'accessibilité potentielle localisée (APL)⁷ permet de rendre compte des inégalités d'accès géographiques aux médecins généralistes. L'APL est une mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes qui tient compte de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale, mais aussi de l'âge de la population (afin d'appréhender les besoins de soins) et de l'activité des médecins (nombre de consultations et de visites). L'APL est calculée au niveau de chaque commune mais prend en compte l'offre et la demande des communes environnantes. Cet indicateur tient compte de la distance (du temps d'accès) qui sépare le patient d'un médecin : plus ce temps augmente, plus l'APL diminue. L'accès aux médecins se mesure ainsi en nombre de consultations/visites accessibles à moins de 20 minutes de trajet en voiture par an et par habitant.



La carte de l'APL permet de localiser des communes sous-denses en médecins généralistes en Ardèche mais également dans la Drôme (communes en rose pâle sur la carte), où l'accès

⁷ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2012 (Barlet et al. 2012) à des fins d'étude, puis adapté dans le cadre des négociations conventionnelles récentes entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux pour une application opérationnelle.

aux médecins généralistes est difficile (c'est-à-dire que leurs habitants ont accès à moins de 2,5 visites de médecin généraliste par an (à moins de 20 minutes de leur domicile).

- **Les infirmiers libéraux**

Les infirmiers libéraux interviennent sur prescription médicale au domicile des patients ayant des troubles psychiques. Dans ce cadre, ils peuvent réaliser des soins infirmiers, des séances de surveillance clinique infirmière, des séances de prévention ou un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion du patient dans son cadre familial et social.

	Ardèche	Drôme
Nb d'infirmiers libéraux	673	1116

2.3.2. Les dispositifs d'exercice regroupé

- **MSP**

Les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) sont des regroupements de plusieurs professionnels de santé libéraux, dont au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé, autour d'un projet de santé. Les MSP ont été initiées pour rendre attractif l'exercice de la médecine dans des territoires fragiles du point de vue de la démographie médicale et pallier au risque de désertification médicale. L'objectif de ces structures de groupes est également d'améliorer la coordination et la qualité des soins. En lien avec les besoins de santé du territoire, le projet de santé de la MSP définit des modalités pour favoriser l'accès aux soins pour tous, la continuité, la coordination des soins et des actions de prévention et d'éducation à la santé. En 2019, 33 MSP en fonctionnement étaient répertoriées dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche (respectivement 17 et 16) et 11 MSP étaient en projets en Drôme et 8 en projets en Ardèche.

- **Centres de santé**

En Ardèche, il existe un centre de santé sur la commune d'Aubenas géré par le Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale

En Drôme, les centres de santé sont situés :

- A Valence: le centre de santé jeune porté par la ville
- A Romans: l'Escale Blanche géré par UGRMF et les Hortensias géré par la Mutualité Française

4 centres de santé ont développé un volet santé mentale dans leur projet de santé :

- la Ville de MONTELIMAR
- la Communauté de communes Porte de Drome Ardèche sur la commune de Saint-Rambert d'Albon
- l'ADMR sur la commune de Saint-Jean en Royans
- Bourg-les-Valence : l'Association Centre de Soins et Santé.

Et 1 projet en réflexion qui serait porté par l'association Diaconat Protestant

- **Communauté Professionnelles Territoriales de Santé :**

- Un projet d'élaboration d'une CPTS est en construction en Ardèche (Les Vans)
- Un projet d'élaboration d'une CPTS sur le Sud de Valence

2.3.3. Les établissements de santé

- **Les établissements de santé ayant une autorisation de psychiatrie**

Trois établissements de santé sont autorisés en psychiatrie sur le territoire de l'Ardèche et de la Drôme, dont un établissement public, un établissement privé d'intérêt collectif et un établissement privé.

Deux de ces établissements sont habilités à accueillir des patients en soins psychiatriques sans consentement et sont en charge de l'organisation des soins psychiatriques et de santé mentale chacun sur une partie du territoire :

- Le Centre Hospitalier Drôme-Vivarais (CHDV), situé à Montéleger (à proximité de Valence), est un établissement public ;
- Le Centre Hospitalier Sainte-Marie Ardèche Drôme (CHSM), situé à Privas, établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC). La clinique Joseph Chiron à Annonay est rattachée au Centre Hospitalier Sainte-Marie.

Un établissement privé est également présent à Tain-l'Hermitage, la Clinique de La Teppe, qui propose une offre spécialisée en psychiatrie (en soins libres) dédiée à la prise en charge des femmes souffrant de troubles psychiques (clinique psychothérapique la Cerisaie et activité de psychiatrie périnatale). L'établissement comprend également le Centre de lutte contre l'épilepsie qui inclut des consultations externes de neurologie et d'épileptologie, des lits de séjours (courte durée et durée prolongée) et des unités de prise en charge pluridisciplinaire. L'établissement comprend également des structures médicosociales (MAS, FAM et un EHPAD qui accueille prioritairement des personnes âgées avec troubles psychiques).

Depuis la recomposition de l'offre de soins de psychiatrie en Ardèche et en Drôme qui est intervenue au 1^{er} juin 2016, et le passage de 4 à 2 opérateurs sur le territoire, le CHDV et le CHSM se partagent les missions de la psychiatrie générale et infanto-juvénile de secteur sur ce territoire, tout en s'affranchissant des limites départementales pour respecter une logique de bassins de vie le long de la vallée du Rhône.

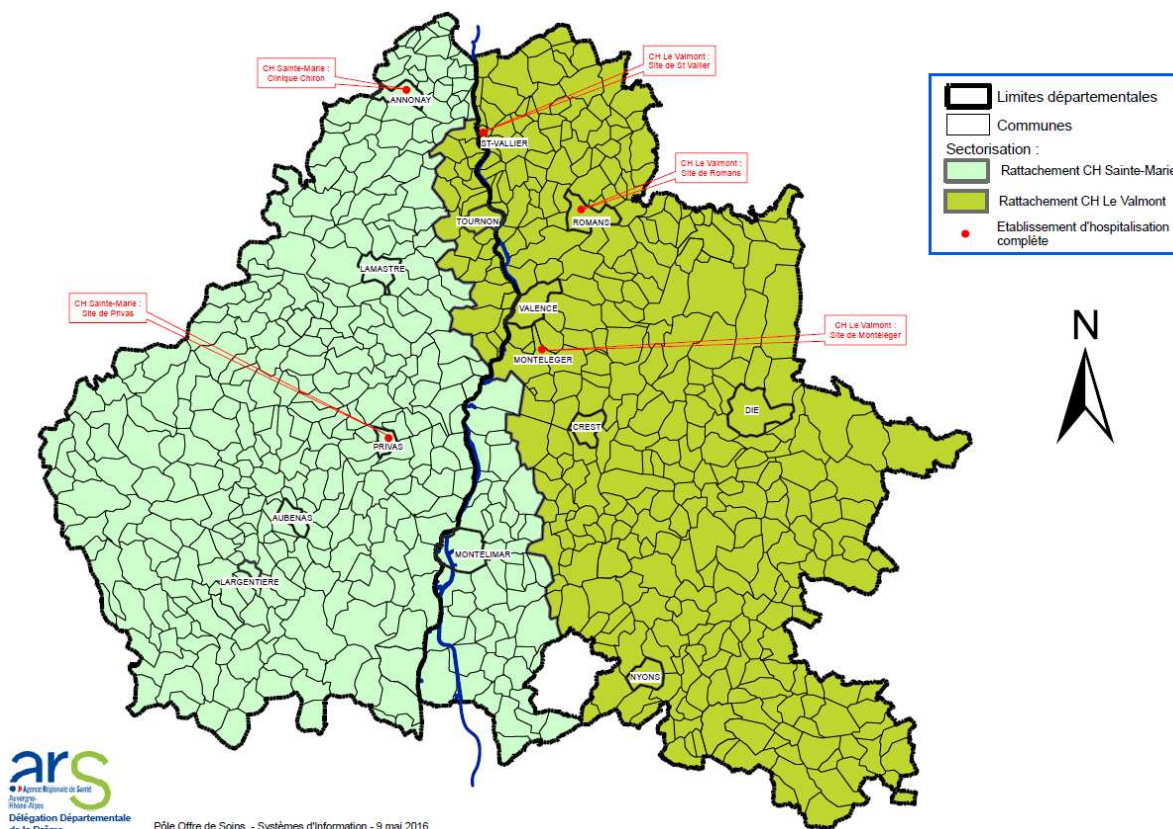
Ainsi, le centre hospitalier Drôme Vivarais est l'opérateur responsable des missions de psychiatrie publique sur le territoire du département de la Drôme, à l'exception des 49 communes du bassin de Montélimar qui ont été rattachées au centre hospitalier Sainte-Marie de Privas, mais élargi à 25 communes ardéchoises du bassin de Tournon / Guilhaumand-Granges, situé en proximité immédiate du bassin de Valence.

Le centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche Drôme de Privas est l'opérateur responsable des missions de psychiatrie publique sur le territoire du département de l'Ardèche, à l'exception des 25 communes ardéchoises du bassin de Tournon / Guilherand-Granges, qui ont été rattachées au centre hospitalier Drôme Vivarais, mais élargi aux 49 communes du bassin de Montélimar.

Chaque établissement gère un ou deux sites d'hospitalisation complète ainsi qu'un réseau territorial de structures ambulatoires (centres médico-psychologiques CMP, centres d'activité thérapeutiques à temps partiel CATTP) et alternatives à l'hospitalisation complète (hôpitaux de jour), permettant d'assurer un maillage complet du territoire.

Le CHDV, actuellement en cours de reconstruction intégrale sur le site de Montéléger, est en phase de regroupement de l'ensemble des unités d'hospitalisation sur le site unique de Montéléger, pour une capacité totale de 250 lits (dont 10 lits de pédopsychiatrie). L'établissement gère 12 hôpitaux de jour HDJ (8 HDJ adultes et 4 HDJ enfants), 18 CMP (10 CMP adultes et 8 CMP enfants), 5 CATTP adultes, structures souvent regroupées au sein d'un centre pivot CMP/CATTP/HDJ (cf.infra).

Le CHSM, qui débute également un programme de reconstruction intégrale sur le site de Privas, offrira toujours la capacité d'accueil de 200 lits sur le site de Privas et de 40 lits sur le site d'Annonay (Clinique Chiron). L'établissement gère 10 hôpitaux de jour HDJ (6 HDJ adultes et 4 HDJ enfants), 17 CMP (8 CMP adultes et 9 CMP enfants), 7 CATTP (3 CATTP adultes et 4 CATTP enfants) souvent regroupées au sein d'un centre pivot CMP/CATTP/HDJ (cf.infra).



- **Les établissements de santé ayant une activité de médecine d'urgence**

L'ensemble du territoire d'étude compte 10 établissements de santé ayant un service d'urgences : le Centre hospitalier de Valence et l'Hôpital Privé Drôme Ardèche situé à Guilhaud Granges en proximité de Valence, les Hôpitaux Drôme-Nord (sites de Saint-Vallier et de Romans-sur-Isère), les centres hospitaliers d'Annonay, de Montélimar, de Crest, de Die, d'Aubenas, de Privas.

Les départements de l'Ardèche et de la Drôme ne disposent pas d'un service dédié à l'accueil des urgences psychiatriques, ni au sein des Centres hospitaliers spécialisés, ni au sein des centres hospitaliers MCO. Les urgences dites psychiatriques sont accueillies au sein des services des urgences cités supra, leur mission portant sur la prise en charge de toutes les urgences (somatiques et psychiatriques). Dans ces hôpitaux, la continuité des soins psychiatriques est assurée en liaison avec les secteurs publics de psychiatrie.

Structures de régulation et de prise en charge des urgences, 2014

	Ardèche	Drôme	Rh-Alpes	France
SAMU	1	1	9	98
SMUR généraux	3	4*	34	393
SMUR pédiatrie	-	-	-	24
Structures d'urgence générale	4	6	66	611
Structures d'urgence pédiatrique	-	-	5	110

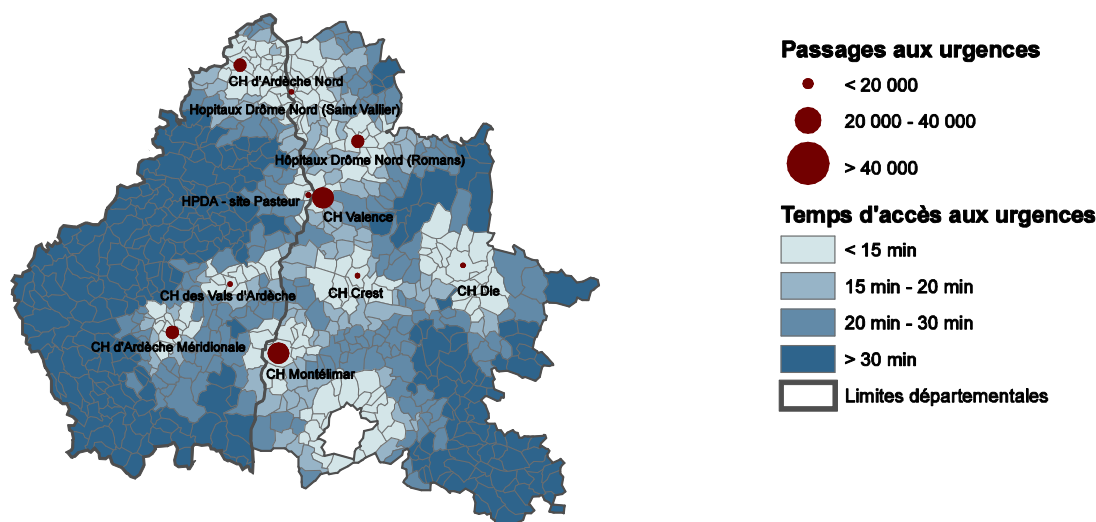
Source : SAE (2014) Exploitation ORS Rhône Alpes

*depuis 2017, le nombre de SMUR en Drôme est de 3

Le SAMU (aussi appelé Centre de régulation des appels CRA - Centre 15) travaille en interface avec les services de secours à la personne devant systématiquement bénéficier d'une régulation médicale. Les deux SAMU 07 (Privas) et 26 (Valence) du territoire sont donc des acteurs incontournables dans la régulation et la gestion des urgences, dont les urgences psychiatriques.

En 2019, le territoire est doté de six SMUR et de plusieurs médecins correspondants SAMU (MCS). Les MCS prennent en charge les patients en situation d'urgence médicale grave. Ils agissent en collaboration avec le centre 15, en amont d'une éventuelle intervention SMUR. Les MCS exercent dans des zones dans lesquelles le délai d'intervention du SMUR est supérieur à 30mn. Les départements de l'Ardèche et de la Drôme sont particulièrement bien équipés en MCS, avec 75 MCS en Ardèche et 22 en Drôme.

Temps d'accès moyen* aux urgences les plus proches et nombre de passage aux urgences, 2014



Sources : Fnors, SAE (2014) Exploitation ORS Rhône-Alpes

*Temps d'accès moyen (aux heures creuses) en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'un service des urgences. A noter la présence d'une structure des urgences à Valréas dans l'Enclave des Papes.

• Les Groupements hospitaliers de territoire

Le territoire bi départemental est partagé entre trois groupements hospitaliers de territoire, dont les établissements publics de santé sont obligatoirement membres :

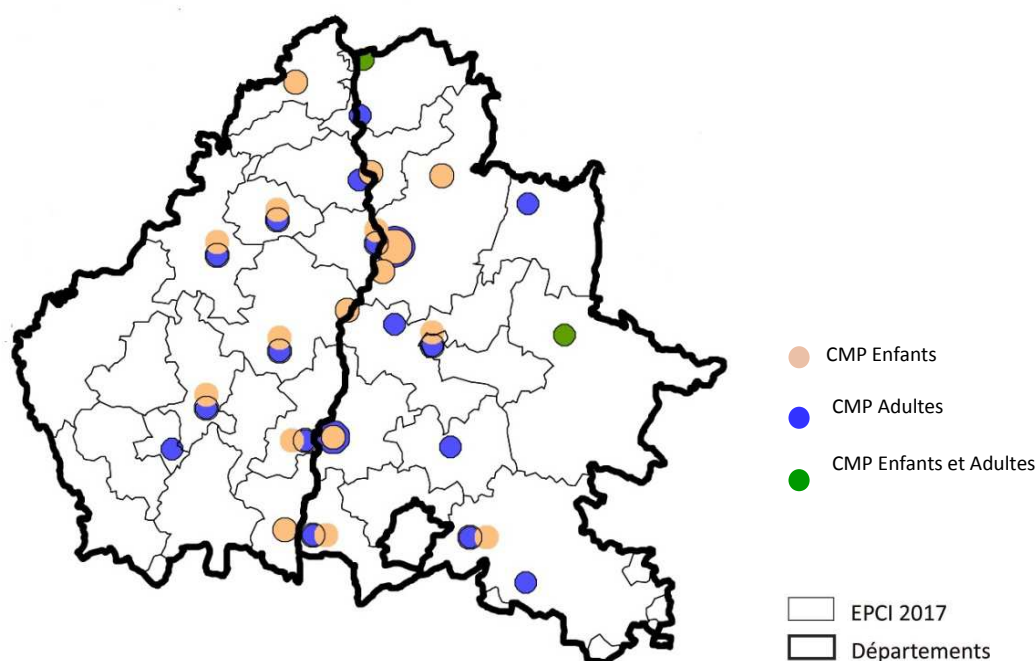
- Le GHT Rhône Vercors Vivarais (Nord Drôme, bassin de Valence et Ardèche centre, territoire isérois autour de St Marcellin) dont l'établissement de référence est le CH de Valence
- Le GHT Sud Drôme Ardèche (Sud Ardèche et Sud Drôme) dont l'établissement de référence est le GHPP (CH de Montélimar)
- Le GHT Loire (Nord Ardèche et Loire) auquel appartient le CH d'Annonay
-

2.3.4. Les dispositifs et structures ambulatoires spécialisés en santé mentale

• Les Centres Médico Psychologiques

Les Centres médico-psychologiques (CMP) Enfants et Adultes sont des structures ambulatoires rattachées aux centres hospitaliers spécialisés en santé mentale et sont présents dans un grand nombre de villes du territoire, un CMP adolescents est présent à Valence. Depuis la recomposition de l'offre de soins en psychiatrie en 2016 et les opérations de rénovation immobilière des structures toujours en cours, on dénombre en 2019 16 CMP en Ardèche (8 CMP adultes et 8 CMP enfants) et 19 CMP en Drôme (10 CMP adultes et 9 CMP enfants) en incluant les antennes.

Centres Médico Psychologiques dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme



L'analyse de la répartition des ressources de soins et de santé mentale, permet de repérer des parties du territoire d'étude peu dotées (en psychiatres libéraux, en CMP) où les distances d'accès aux ressources sont très importantes. C'est en particulier le cas des communautés de communes rurales situées à l'ouest du département de l'Ardèche, limitrophe de la Haute-Loire, mais également, dans le sud de la Drôme, au-delà de Die et de Buis-Les-Baronnies. Dans ces territoires ruraux, certes peu peuplés, mais globalement défavorisés, l'accès géographique aux soins apparaît comme un enjeu central.

• Les dispositifs d'écoute et de prévention en santé mentale destinés aux jeunes

Au moment de l'étude, une seule Maison des Adolescents, portée par le Centre Hospitalier Spécialisé Drôme Vivarais existe dans le territoire, à Valence. Une Maison des Adolescents est toutefois en projet dans le département de l'Ardèche.

Sept Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sont repérés dans le territoire, dont un dispositif mobile porté par l'association Planning Familial 07 dans le sud de l'Ardèche (basé à Joyeuse).

Notons qu'aucun PAEJ n'est repéré dans la partie sud du département de la Drôme.

ARDECHE	ANPAA 07	Annonay
ARDECHE	ANPAA 07	Tournon
ARDECHE	Planning Familial 07 – Dispositif mobile	Joyeuse
DRÔME	ANEF Vallée du Rhône - PAEJ	Valence
DRÔME	PAEJ - La Parenthèse (CCAS de Romans)	Romans sur Isère
DRÔME	Point Relais Oxygène - Ville de Valence	Valence

En termes d'écoute et de soutien psychologique pour les jeunes en insertion, certaines Missions Locales disposent de temps de psychologues financés par l'ARS (Cf. tableau ci-dessous).

Structure employant les psychologues	Mission locale de rattachement	Lieux d'intervention
Centre hospitalier Sainte-Marie	Vallée du Rhône, Centre Ardèche (0,25 ETP)	Privas, Le Teil, La Voulte
	Ardèche Méridionale (0,17 ETP)	Aubenas
Centre hospitalier Drôme Vivarais	Nord Ardèche (0,12 ETP)	Annonay, Tournon
	Vallée de la Drôme (0,15 ETP)	Crest, Livron, Die
	Portes de Provence (0,2 ETP)	Montélimar
	Drôme Provençale (0,25 ETP)	Nyons, Pierrelatte
	Drôme des collines (0,25 ETP)	Romans, Saint Vallier

• **Gérontopsychiatrie**

Des possibilités de prise en charge spécialisées en gérontopsychiatrie existent dans les deux départements, toutefois les moyens sont disparates et les ressources en gérontopsychiatres relativement rares (ce qui ne permet pas par exemple de développer des consultations de psychogériatrie dans les CMP adultes du territoire).

Un service de gérontopsychiatrie existe au CHS Sainte-Marie de Privas et une consultation de gérontopsychiatrie est présente sur le CMP de Privas et Montélimar. Une unité de gérontopsychiatrie devrait également ouvrir fin 2019 au Centre hospitalier Drôme Vivarais, où un médecin psychiatre est en cours de spécialisation. Une équipe mobile de gérontopsychiatrie est également en cours de déploiement (cf. infra).

2.3.5. Dispositifs spécifiques à destination des publics en situation de précarité

• **Les Équipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP)**

Les départements de l'Ardèche et de la Drôme disposent de deux équipes mobiles psychiatrie précarité qui sont rattachées aux deux Centres hospitaliers Drôme Vivarais et Sainte-Marie de Privas. Les soignants de ces deux équipes couvrent l'ensemble de leur territoire à partir d'un rattachement aux CMP.

- **Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS):**

PASS généralistes	Ardèche	- CH Ardèche Méridionale Aubenas - CH d'Ardèche Nord Annonay - CH des Vals d'Ardèche Privas
	Drôme	- HL de Nyons - CH de Die - CH de Valence - CH de Montélimar - CH de Romans - CH de Crest
PASS psy	Ardèche	Aucune
	Drôme	CH Drôme Vivarais

- **Les médiateurs santé en Quartier Politique de la Ville (cf. référentiel HAS⁸):**

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires.

Le territoire dispose actuellement :

- En Drôme:
 - 0.4 ETP à Montélimar
 - 0.8 ETP à St Rambert d'Albon
 - 0.9 ETP à Valence
- En Ardèche
 - 0,8 ETP à Annonay
 - 1 ETP à Privas
 - 1 ETP au Teil
 - 0,80 ETP à Aubenas

On note que tous les quartiers Politique de la Ville de l'Ardèche sont couverts par ce dispositif, ce qui n'est pas aujourd'hui le cas dans la Drôme (Voir carte des quartiers en politique de la ville en annexes du rapport).

⁸https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

- **Des associations :**

- La Croix-Rouge française qui a mis en place sur Valence et sur Romans sur Isère un Service d'Equipe Mobile d'Interventions Sociales et de Soins
- L'association Intervalle qui propose un accueil de jour à Buis les Baronnies et un dispositif de médiation santé
- L'association Diaconat Protestant qui propose sur Valence, Crest et Montélimar des accueils de jour, des accueils santé grâce à des médecins bénévoles et un dispositif de médiation santé
- L'association Collectif 31 à Annonay met en œuvre, en complément du médiateur santé pour les habitants des quartiers Politique de la Ville, un accueil santé pour les usagers de l'accueil de jour. Ces deux dispositifs sont complémentaires et travaillent en lien étroits permettant de toucher le maximum de personnes en situation de précarité précaires du territoire d'Annonay.
- L'association Solen à Aubenas a mis en place un accueil santé pour les usagers de l'accueil de jour.

2.3.6. Les Groupes d'Entraide Mutuelle

À la croisée des enjeux de la promotion de la santé mentale et citoyenneté, les **groupes d'entraide mutuelle (GEM)** sont des dispositifs essentiels dans le paysage de la santé mentale et de destigmatisation. Introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté, les GEM sont de véritables outils d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale des personnes en grande fragilité. De statut associatif, les GEM axent leur projet sur le développement du pouvoir d'agir des personnes concernées par des troubles psychiques, à la croisée du parcours de soins, de santé et de vie. Un nouveau cahier des charges pour les GEM a été publié en 2017. Il redéfinit les modalités de fonctionnement, d'accueil, d'objectifs des GEM en insistant sur l'importance du développement du pouvoir d'agir des personnes adhérentes. La **lutte contre la stigmatisation** mais aussi et surtout contre **l'auto-stigmatisation** reste une priorité.

Un premier travail d'accompagnement des GEM et de leurs animateurs en région fait l'objet d'un projet régional porté par l'IREPS ARA en 2018-2019 et financé par la Direction de l'Autonomie de l'ARS ARA.

On compte sur le territoire:

3 GEM sur le département de la Drôme :	2 GEM sur le département de l'Ardèche :
- GEM Air Libre à Valence - GEM La P'Ose à Romans - GEM L'envol à Montélimar	- GEM L'Albatros 07 à Aubenas - GEM La chrysalide à Privas - 1 GEM en cours de constitution sur Annonay

2.3.7. Établissements et services médicosociaux

- **Les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP)**

Huit CAMSP sont présents dans l'ensemble du territoire d'étude, dans les principales villes à savoir : Aubenas, Tournon, Annonay, Romans, Montélimar, Bourg les Valence (dont une annexe à Crest) (source : Finess consulté le 12/06/2019).

- **Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)**

Dix CMPP sont localisés en Drôme-Ardèche dans les villes suivantes : Privas (avec une antenne sur Le Teil et le Cheylard), Annonay, Aubenas (avec une antenne à Lablachère, Villeneuve de Berg et St Cirgues en Montagne), Tournon-sur-Rhône (avec une antenne à Guilhaud Granges et Vernoux en Vivarais), Valence (2 CMPP dont une antenne dans le quartier de Fontbarlette), Romans-sur-Isère (dont 2 antennes à St Donat et à St Jean en Royans), Montélimar (dont une annexe à Pierrelatte et une antenne à Saulce sur Rhône). (Source : Finess consulté le 12/06/2019)

Le secteur pédopsychiatrique accueille prioritairement des situations présentant des composantes psycho-pathologiques importantes pour lesquelles le dispositif spécialisé est nécessaire ; le CMPP reçoit des enfants et adolescents présentant des difficultés également d'ordre psycho-pathologiques mais le CMPP travaille aussi sur le contexte familial et sur l'adaptation socio-scolaire ; des relais sont régulièrement organisés entre CMPP et secteur pédopsychiatrique.

Un travail de renforcement des collaborations et de formalisation des partenariats entre CMP infanto-juvéniles et CMPP est à poursuivre en Drôme comme en Ardèche.

- **Les ITEP**

Sur le département de la Drôme, deux associations gèrent des ITEP :

- L'association Clair Soleil gère 3 ITEP, les Hirondelles, Les Sources, Les Collines, qui offrent des places en internat, semi-internat et ambulatoire et sont répartis en différents sites. Une équipe mobile rattachée à l'ITEP Les Sources.

		Capacités après mise en DITEP (en places)	
ITEP Les Collines	Semi-internat	Site de Geyssans	7
		Site de Romans	8
	Internat	Site de Geyssans	10
		Site de Romans	0
	Ambulatoire	Site de Geyssans	12
		Site de Romans	13
ITEP Les Hirondelles	Semi-internat	Site de Poët	15
	Internat	Site de Poët	5
	Ambulatoire	Site de Poët	25
ITEP Les Sources	Semi-internat	Site de Bourg de P	10
		Site de BLV	5
	Internat	Site de Bourg de P	0
		Site de BLV	5
	Ambulatoire	Site de Bourg de P	5
		Site de BLV	35
		Equipe mobile ressources	Une équipe

- L'association Les Amis de Beauvallon gère un ITEP de 70 places d'internat à Dieulefit, un semi-internat de 10 places à Montélimar et un SESSAD de 20 places à Montélimar.

Ces deux associations ainsi que les deux établissements sanitaires de psychiatrie (et 13 autres partenaires) sont signataires de la convention cadre 2018-2021 pour un fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et SESSAD sur les deux départements. Cette convention a pour objet de prévoir les engagements attendus de chaque partenaire afin de favoriser un fonctionnement en dispositif intégré. Elle précise les modalités de participation de chacun des signataires afin de construire l'articulation des acteurs et élaborer, mettre en œuvre le projet personnalisé de l'enfant ou du jeune présentant des difficultés psychologiques.

Sur le département de l'Ardèche, l'ensemble des ITEP (3 établissements) sont gérés par l'association des ITEP de l'Ardèche (AIA) et fonctionnent en dispositif intégré pouvant moduler de la prise en charge en internat/semi internat et milieu ordinaire (DITEP).

		Capacités après mise en DITEP (en places)
ITEP EOIE (Eclassan)	Semi-internat	10
	Internat	14
	Milieu ordinaire	20
ITEP Home Vivarois (Aubenas)	Semi-internat	25
	Internat	24
	Milieu ordinaire	42
ITEP Pont Brillant (Saint Marcel d'Ardèche/Le Teil)	Semi-internat	20
	Internat	16
	Milieu ordinaire	37

L'AIA est le réseau porteur de la convention Drôme-Ardèche pour le déploiement du dispositif DITEP.

2.3.8. Dispositif Promotion de la santé mentale:

- **L'Instance Régional de Prévention et de Promotion de la Santé (IREPS):**

L'IREPS Auvergne Rhône-Alpes dispose d'une délégation en Ardèche et d'une délégation en Drôme. Ces deux délégations ont développé depuis plusieurs années des réseaux en santé mentale

En Ardèche : animation d'un réseau d'acteurs en promotion de la santé mentale positive, prévention du mal être et du suicide à Aubenas. Appui au déploiement des formations «repérage et prise en charge de la crise suicidaire».

En Drôme : animation de 5 réseaux d'acteurs, travaillant la promotion de la santé mentale positive et la prévention du mal être et du suicide. (Nord Drôme, Crest, Die, Montélimar, Nyons). Participation au CLSM de Valence. Appui au déploiement des formations « repérage et prise en charge de la crise suicidaire ». Participation réseau SISM.

Depuis 2019, l'IREPS anime une **Plateforme Ressource Intersectorielle en Santé Mentale (PRISM) qui développe 3 axes de travail:**

Axe 1: promouvoir un environnement favorable à la santé mentale en diffusant une culture de lutte contre la stigmatisation:

- en renforçant les compétences des acteurs de la région ARA en matière de lutte contre la stigmatisation
- en soutenant le développement des Semaines d'Information sur la Santé Mentale
- en soutenant la participation des personnes concernées (patients, associations, GEM)

Axe 2: optimiser le repérage et le dépistage précoce de la souffrance psychique, par la mise en place des nouveaux formats de formation en prévention du suicide

- en mettant en œuvre les nouveaux formats de formation de professionnels au repérage de la crise suicidaire

Axe 3: améliorer la coordination des acteurs en santé mentale, à l'échelon régional et territorial, par l'appui aux dynamiques de réseau d'acteur et l'appui aux politiques publiques locales

- en objectivant et qualifiant les dynamiques de réseaux en région et en territoire
- en déployant les dynamiques de réseaux pluri professionnels et intersectoriels de proximité
- en participant à l'élaboration des politiques publiques en santé mentale
- en assurant une offre documentaire et une communication adaptée

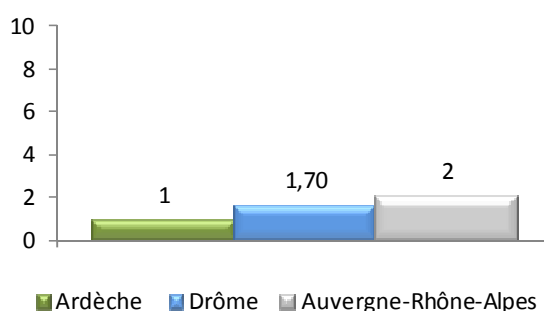
2.4. Recours aux soins psychiques

2.4.1. Le recours aux psychiatres libéraux

En Ardèche, 1% de la population a consulté un psychiatre libéral au moins une fois au cours de l'année 2017. En Drôme, le taux de recours aux psychiatres libéraux s'élève à 1,7%.

Les taux de recours aux psychiatres libéraux sont plus faibles dans les deux départements d'étude par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes, en particulier en Ardèche.

Taux (%) standardisés de recours aux psychiatres libéraux, 2017



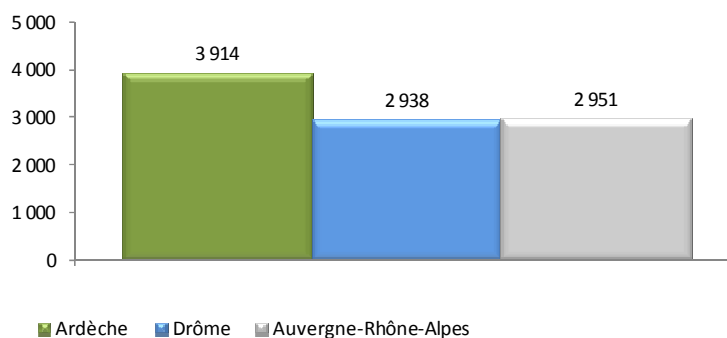
Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2017), Insee (Recensement - 2015)

2.4.2. Le recours aux établissements de psychiatrie

- Le recours aux établissements de psychiatrie chez les moins de quinze ans

En 2017, 2 188 ardéchois et 2 788 drômois, de moins de quinze ans, ont été vus en ambulatoire (exclusivement) dans un établissement psychiatrique. Le taux de patients de moins de 15 ans vus en ambulatoire est ainsi supérieur en Ardèche par rapport à la région (respectivement 3 914 contre 2 951 pour 100 000 habitants). Dans la Drôme, le taux de patients vus en ambulatoire est équivalent au taux régional.

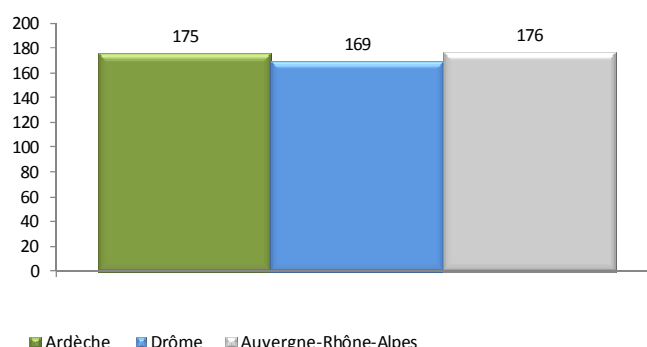
Taux standardisés de patients de moins de 15 ans vus en établissement psychiatrique en ambulatoire (exclusivement) pour 100 000 habitants, 2017



Sources : ATIH (RIM-P - 2017), Insee (RP 2015)

98 patients ardéchois et 160 patients drômois de moins de 15 ans, ont été hospitalisés, à temps complet ou partiel, en établissement psychiatrique en 2017, soit des taux d'hospitalisation en psychiatrie chez les moins de 15 ans proches du taux régional.

Taux standardisés de patients de moins de 15 ans hospitalisés en établissement psychiatrique pour 100 000 habitants, 2017



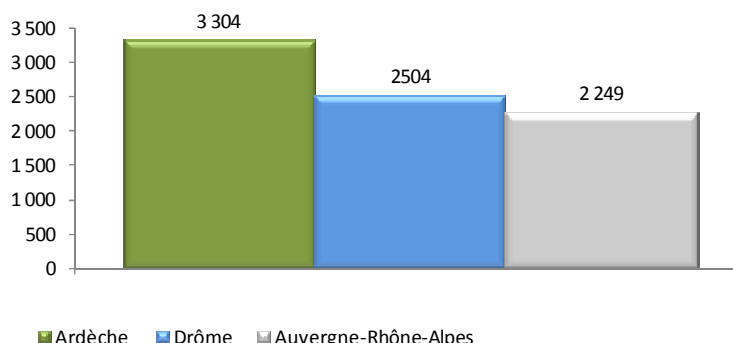
Sources : ATIH (RIM-P – 2017), Insee (RP 2015)

- Le recours aux établissements de psychiatrie chez les quinze ans et plus

Chez les 15 ans et plus, le même constat est effectué : le taux de patients vus exclusivement en ambulatoire est plus élevé en Ardèche que dans la région, tandis que dans la Drôme, le taux départemental est proche du taux régional.

En 2017, 8 657 ardéchois et 10 044 drômois, de plus de quinze ans, ont été vus en ambulatoire (exclusivement) dans un établissement psychiatrique.

Taux standardisés de patients de 15 ans et plus vus en établissement psychiatrique en ambulatoire (exclusivement) pour 100 000 habitants, 2017

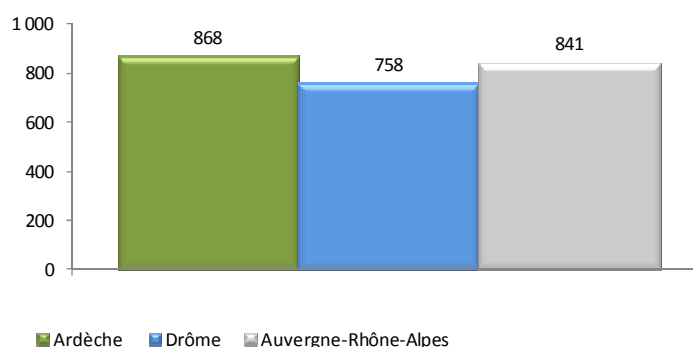


Sources : ATIH (RIM-P – 2017), Insee (RP 2015)

2 318 patients ardéchois et 3 069 patients drômois de 15 ans et plus ont été hospitalisés, à temps complet ou partiel, en établissement psychiatrique en 2017.

Notons, dans la Drôme, un taux de patients hospitalisés en psychiatrie, chez les 15 ans et plus (758 pour 100 000 habitants), plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (841 pour 100 000 habitants).

Taux standardisés de patients 15 ans et plus hospitalisés en établissement psychiatrique pour 100 000 habitants, 2017



Sources : ATIH (RIM-P – 2017), Insee (RP 2015)

Ces données de recours peuvent laisser supposer qu'une partie de la demande de soins auprès des psychiatres libéraux, peu présents en Ardèche, est reportée sur les établissements de psychiatrie en ambulatoire (pour lesquels, par ailleurs, aucune avance de frais n'est nécessaire de la part des patients contrairement aux psychiatres libéraux dont une partie exerce avec dépassement d'honoraires).

Les principaux motifs de recours à la psychiatrie en ambulatoire sont les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques.

En Ardèche, on remarque un taux de recours à la psychiatrie en ambulatoire pour troubles de l'humeur particulièrement élevé (près de deux fois le taux régional), ce qui pose la question des pratiques de classification des troubles et de codage diverses dans les différents centres hospitaliers spécialisés.

Taux de patients vus en ambulatoire en établissements psychiatriques chez les 18-64 ans pour 1000, selon motif

	Ardèche	Drôme	Auvergne Rhône-Alpes	France
Troubles de l'humeur	16,7	7,6	8,9	10,4
Troubles psychotiques	9,6	6,9	7,4	7,6
Addiction	2,8	2,3	2,2	2,8
TED, déficiences et autres TMS	1,1	0,8	0,9	1,0

Sources : ATIH (RIM-P 2015), Insee (RP 2015), extraction Atlas de santé mentale

2.5. Etat de santé mentale

2.5.1. Les affections longues durées (ALD)⁹

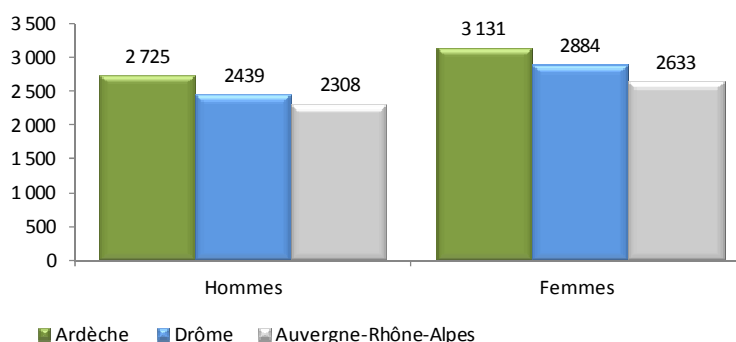
- **Les ALD pour affection psychiatrique**

En 2016, 10 066 détenteurs d'une ALD pour affection psychiatrique sont décomptés en Ardèche et 13 915 en Drôme.

Les taux de prévalence d'ALD pour affections psychiatriques sont ainsi supérieurs dans les deux départements d'étude, par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes, en particulier en Ardèche.

Au-delà d'une hypothétique prévalence plus importante des pathologies psychiatriques chroniques dans ces départements, une autre hypothèse mérite d'être posée. En effet, la question de la pratique des médecins qui pourraient faire des demandes d'ALD plus tôt dans le parcours des patients afin de favoriser l'accès géographique aux prises en charge des personnes (possibilité pour les détenteurs d'une ALD de bénéficier d'une prise en charge du transport entre leur domicile et leur lieu de soin), pourrait expliquer en partie ces taux plus élevés.

Taux de prévalence d'ALD pour affection psychiatrique, 2016



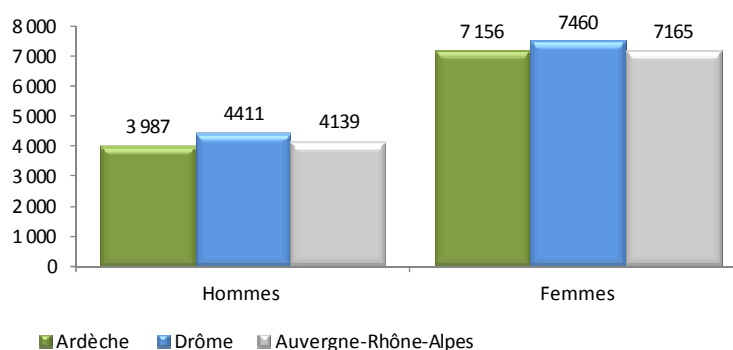
Sources : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (RP 2015)

- **Les ALD pour maladies d'Alzheimer**

2 186 ardéchois et 3 115 drômois, de 75 ans et plus, sont détenteurs d'une ALD pour maladie d'Alzheimer en 2016. Les taux de prévalence d'ALD pour maladie d'Alzheimer dans les deux départements d'étude sont ainsi comparables aux taux régionaux.

⁹ Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques de longue durée, etc.). Cette obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical. Les déclarations d'ALD sont très praticiens-dépendantes. Parfois, également, des personnes bénéficiant d'ALD à d'autres titres ne font pas systématiquement l'objet de déclaration d'une nouvelle ALD.

Taux de prévalence des ALD pour maladie d'Alzheimer, 2016



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (RP 2015)

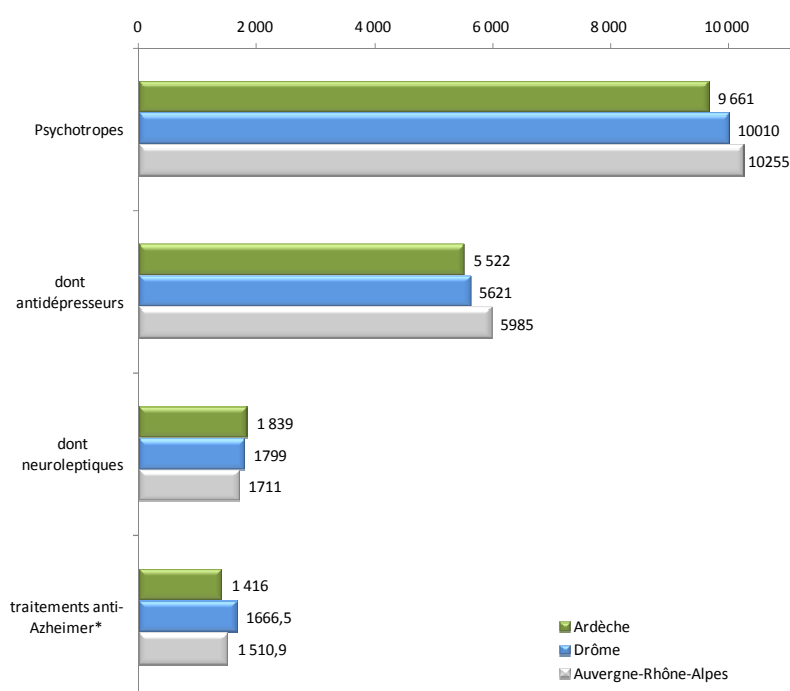
2.5.2. Les consommations médicamenteuses

Les taux de patients sous traitement régulier (au moins trois prescriptions par an) de psychotropes sont globalement plus faibles en Ardèche et en Drôme qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Parmi les différentes classes de psychotropes, on remarque, en Ardèche et en Drôme, un taux de patients sous traitement régulier d'antidépresseur inférieur au taux régional (respectivement 5 522, 5 621 et 5 985 pour 100 000) mais un taux de patients sous traitement régulier de neuroleptiques très légèrement supérieur au taux régional (respectivement 1 839, 1 799 et 1 711 pour 100 000).

Les taux de patients de plus de 75 ans sous traitement anti-Alzheimer en Ardèche et en Drôme sont proches des taux régionaux.

Taux de patients sous traitement régulier pour 100 000, 2017



* Chez les 75 ans et plus

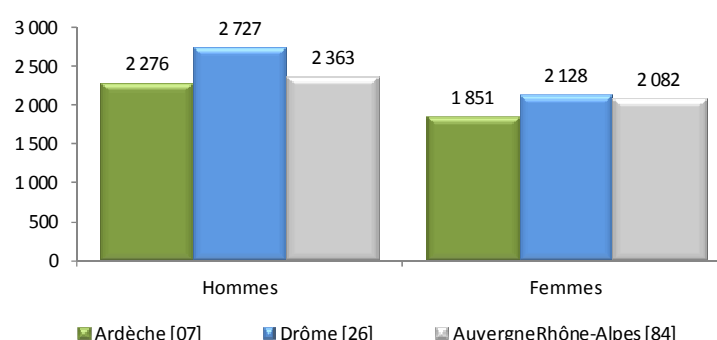
Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (Recensement - 2012 et 2015)

2.5.3. Les hospitalisations en médecine chirurgie obstétrique (MCO) pour troubles mentaux

En 2017, 7 502 patients ardéchois et 12 709 patients drômois ont été hospitalisés en médecine chirurgie obstétrique (MCO) pour troubles mentaux et du comportement.

Le taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux est un peu supérieur dans la Drôme par rapport à la région (respectivement 2 408 et 2 211 pour 100 000 habitants– 2 sexes confondus), en particulier chez les hommes. A l'inverse, en Ardèche, le taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux est légèrement plus faible par rapport à la région (2 056 pour 100 000 habitants).

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux pour 100 000 habitants, 2017



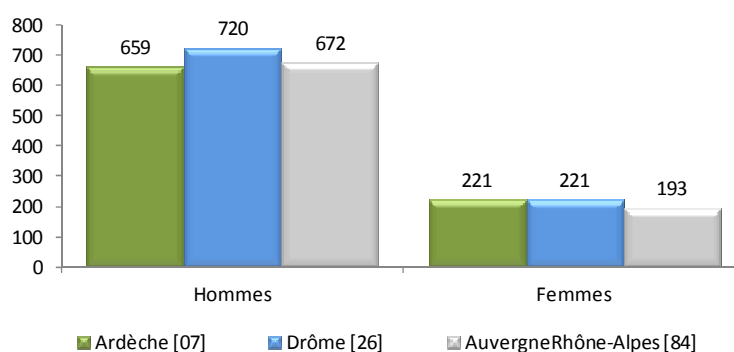
Sources : ATIH (PMSI 2017), Insee (RP 2015)

1 495 patients ardéchois et 2 379 patients drômois ont été hospitalisés en MCO pour maladie liée à l'alcool en 2017.

Dans la Drôme, le taux de patients hospitalisés pour maladie liée à l'alcool est un peu plus élevé que dans la région, tant chez les hommes que chez les femmes.

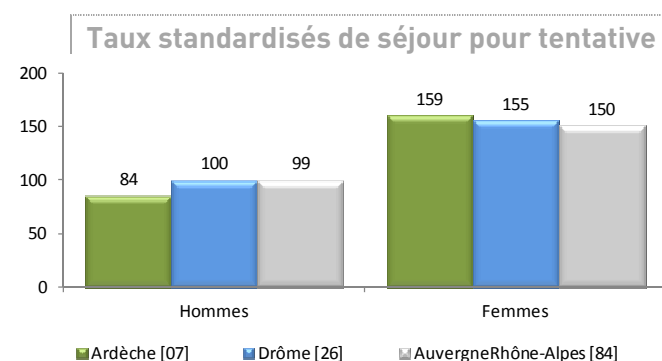
En Ardèche, le taux de patients hospitalisés pour maladie liée à l'alcool apparaît également un peu supérieur chez les femmes, comparé à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour maladie liée à l'alcool pour 100 000 habitants, 2017



Sources : ATIH (PMSI 2017), Insee (RP 2015)

En 2017, 384 séjours en services MCO (à l'exclusion de la psychiatrie) pour tentatives de suicide sont enregistrés pour les ardéchois et 620 séjours pour tentative de suicide chez les drômois, soit des taux de séjours pour tentatives de suicides proches du taux régional.



Sources : ATIH (PMSI 2017), Insee (RP 2015)

2.5.4. Les personnes prises en charge pour troubles psychiques

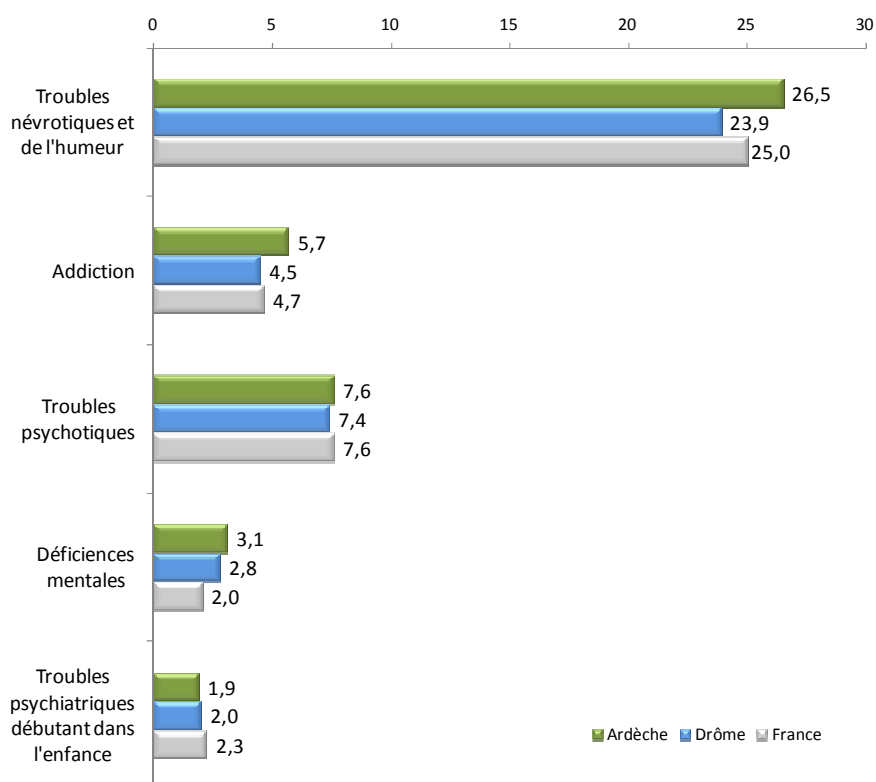
La cartographie des pathologies et des dépenses¹⁰ élaborée par l'Assurance Maladie, permet de rendre compte du nombre de personnes qui sont prises en charge pour des maladies chroniques par l'Assurance maladie (à partir de soins remboursés). L'algorithme de définition de la maladie est basé sur plusieurs indicateurs : les affections longues durées, les hospitalisations (en MCO et en psychiatrie) et pour certains troubles (troubles névrotiques et de l'humeur, troubles psychotiques) les consommations médicamenteuses.

En Ardèche, les taux de personnes prises en charges pour troubles névrotiques et de l'humeur (26,5 pour 1000) et pour addictions (5,7 pour 1000) sont supérieures aux taux régionaux.

Concernant les troubles névrotiques, il convient d'analyser ces données avec prudence car des différences d'utilisation de classification des troubles en fonction des établissements hospitaliers de psychiatrie semblent exister et pourrait expliquer le taux élevé de personnes prises en charges pour troubles névrotiques.

¹⁰ La cartographie des pathologies et des dépenses s'appuie sur les données issues du SNDS (système national des données de santé), dont le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'Information). Elle concerne les bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) ayant eu recours à des soins remboursés dans l'année. Des algorithmes permettent de repérer les patients ayant une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé, à partir des diagnostics mentionnés dans le PMSI à la suite d'une hospitalisation, ou du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour affection de longue durée (ALD), ou d'actes ou médicaments spécifiques de pathologies, donc à partir d'un recours à des soins spécifiques et remboursés. Méthodologie disponible sur le site de l'Assurance maladie, consulté le 13/06/2019 : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-psychiatriques.php>

Taux standardisés de personnes prises en charge par l'Assurance maladie pour troubles psychiques pour 1000, 2016



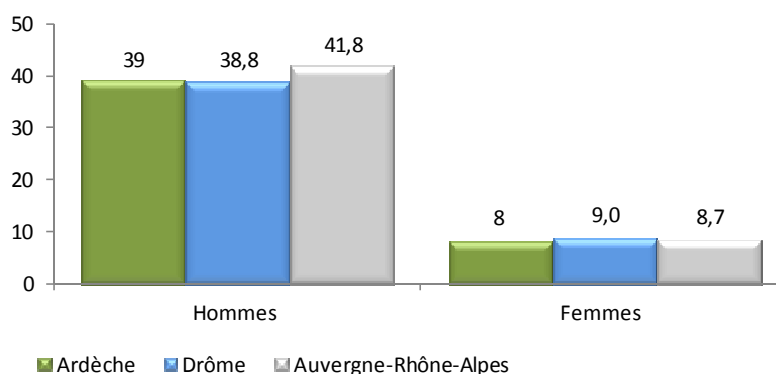
Sources : SNIIRAM SNDS régime général 2016, cartographie des pathologies et des dépenses

2.5.5. La mortalité

Sur la période 2011-2015, 84 décès ont été enregistrés en Ardèche pour Maladie liée à l'alcool. En Drôme sur la même période, 120 décès, en moyenne chaque année, ont été dénombrés pour cette même cause.

Les taux de mortalité pour maladies liées à l'alcool sont légèrement plus faibles dans les deux départements par rapport à la région.

Taux standardisés de mortalité par maladie liée à l'alcool pour 100 000 habitants, 2011-2015



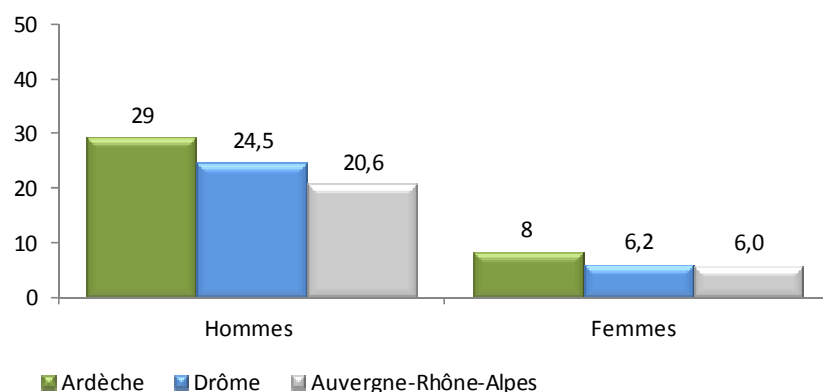
Sources : Inserm [CépiDc 2011-2015, Insee (RP 2015)]

Sur la même période, 60 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an en Ardèche et 73 en Drôme.

Le taux de mortalité par suicide en Ardèche est supérieur au taux régional : il s'élève à 18,1 pour 100 000 habitants contre 12,6 pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le taux de mortalité par suicide en Drôme, 14,6 pour 100 000 habitants est légèrement supérieur au taux régional.

Taux standardisés de mortalité par suicide pour 100 000 habitants, 2011-2015



Sources : Inserm (CépiDc 2011-2015, Insee (RP 2015)

Les données de santé mentale disponibles à l'échelle des deux départements ne permettent pas de repérer de problématiques de santé spécifiques, hormis pour le suicide en Ardèche (taux de mortalité supérieur par rapport à la région). Ces données soulèvent néanmoins des interrogations concernant le recours aux soins et les possibilités de prise en charge dans les parties rurales de ces deux départements.

Synthèse des éléments de contexte

Deux départements qui s'articulent autour de l'axe rhodanien, où se concentrent la population et les ressources, un ensemble urbain central : le bassin valentinois.

Des territoires ruraux éloignés de cet axe, souvent marqués par la précarité, et parfois un vieillissement de la population.

Donc, des disparités territoriales fortes, en termes de distances, de ressources, mais aussi de profils de populations, avec cependant une prégnance de la précarité plus marquée que sur d'autres départements du nord et de l'est de la région.

➤ **Recours aux soins en ambulatoire**

- **Recours aux psychiatres en libéral**, plus faible en Ardèche et Drôme qu'en région (taux de recours 1% en Ardèche, 1,7% en Drôme et 2,1 % en région)
- **Recours à la psychiatrie publique en ambulatoire**, supérieur dans les deux départements pour les plus de 15 ans. Pour les moins de 15 ans, taux supérieur en Ardèche.

➤ **Consommations médicamenteuses**

- Moins de patients sous traitement **antidépresseur** régulier dans les deux départements
- Taux de patients sous traitement **neuroleptique** un peu supérieur dans les deux départements

➤ **Hospitalisations en MCO**

- Taux de patients hospitalisés en MCO pour **troubles mentaux et du comportement** plus élevé dans la Drôme que dans la région mais plus faible en Ardèche
- Taux de patients hospitalisés pour **maladies liées à l'alcool** un peu plus élevé dans la Drôme et en Ardèche (femmes) proche du taux régional

➤ **Hospitalisations en psychiatrie**

- **Taux de patients hospitalisés en psychiatrie** plus faible dans la Drôme par rapport à la région
- **Hospitalisations sans consentement**
- **Taux d'hospitalisation sans consentement** plus élevé dans les deux départements en particulier dans la Drôme par rapport à la région et la France

➤ **Mortalité**

- Taux de **mortalité par suicide** supérieur en Ardèche par rapport à la région
- Taux de décès pour **maladies liées à l'alcool** dans les deux départements proche du taux régional

3. Les déterminants de la santé mentale

Comme évoqué en amont de ce rapport, la santé mentale, telle que définie par l'OMS, va bien au-delà de la simple absence de pathologie et elle est liée à de nombreux déterminants. Il est possible d'intervenir sur certains de ces déterminants de manière favorable ou défavorable pour la santé mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé donne également une définition de ces différents déterminants présentée en annexe de ce rapport qui souligne l'importance des conditions de vie des individus.

3.1. Éléments transversaux et exemples d'actions

Les participants aux groupes de travail ont mis en exergue certains de ces déterminants qui leurs semblent particulièrement importants, et qui peuvent quelquefois être mis à mal, créant un risque d'altération de la santé mentale des individus.

3.2. Les environnements favorables à la santé mentale

Les environnements favorables à la santé mentale sont complexes à décrire et à créer, et ce d'autant plus qu'ils ne dépendent pas uniquement des pouvoirs publics : le chômage et la précarité par exemple peuvent rarement être résolus uniquement à des échelles locales, or ces deux éléments sont défavorables à la santé physique et mentale des individus.

A une échelle plus locale, le cadre de vie des personnes joue également un rôle de mieux en mieux connu et documenté sur la santé, mentale et physique des individus. Ainsi, plus un cadre de vie est sécurisant, facile à vivre, valorisant, plus il contribue au bien-être des personnes. A l'inverse, le délabrement, l'insécurité, la précarité énergétique, l'exiguïté, le bruit, ... peuvent impacter très négativement la santé physique et la santé mentale.

L'ANRU (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine) prend d'ores déjà en compte le besoin de sécurité des populations, dans ses programmes de rénovation de l'habitat, le sentiment de sécurité contribuant à favoriser la santé mentale. Un quartier, un territoire doit ainsi être sécurisant pour être « bon à vivre » pour ses habitants. Au-delà, les espaces favorisant les échanges, les rencontres, la sociabilité contribuent au bien-être des habitants et donc à leur bonne santé mentale. De nombreux projets urbains visent ainsi aujourd'hui à faciliter les interactions sociales dans les espaces publics et à renforcer les éléments d'agrément dans les espaces urbains, ce qui contribue aussi à augmenter le bien-être des habitants. Ainsi de la bonne gestion des déchets au fleurissement des villes, de nombreux domaines sont concernés qui peuvent réduire ou augmenter la satisfaction des habitants d'une ville, tout comme la proximité et l'accessibilité des ressources de loisirs, mais aussi de soin).

L'Agence Régionale de Santé travaille également sur les questions d'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS), notamment dans le cadre du Plan Régional santé-environnement.

Projet d'expérimentation «urbanisme favorable à la santé» sur le territoire d'Annonay (Ardèche)

Étude réalisée par l'Agence d'Urbanisme de Lyon sur les éléments favorables à la santé (http://www.auvergne-rhone-alpes.prse.fr/IMG/pdf/support_action_17-2.pdf)

Projets visant à faciliter l'activité physique et les mobilités douces dans les villes (l'activité physique douce abaissant le stress, pouvant favoriser le lien social) : Valence (circuits et aménagements des parcs urbains)

Étude Parcours. ADEME/ONAPS/ORS

(http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Rapport-intermediaire-Parcours_Valence.pdf)

Projets en Urbanisme Favorable à la Santé : des programmes urbains en France pour favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants (cf santé mentale)

Les petites communes rurales : d'après certains des professionnels présents aux groupes, les personnes se connaissent plus facilement en rural et veillent plus facilement les unes sur les autres

Enfin, en parallèle aux enjeux d'environnements physiques, la qualité des interactions sociales, la capacité des personnes à interagir de manière positive avec les autres, et à être dans des liens sociaux et affectifs bénéfiques pour la santé mentale, ont également été pointés comme des déterminants importants de la santé mentale. Ces aptitudes sont favorisées par la promotion des compétences psycho-sociales.

Les participants aux groupes de travail ont souligné la nécessité d'augmenter le niveau de connaissance et la culture commune des acteurs locaux et des habitants sur les différents déterminants de santé. Pour les professionnels, cette sensibilisation peut se faire par le maillage entre professionnels, mais aussi par des formations partagées (aux compétences psycho-sociales notamment). Plus les différents acteurs présents sur un territoire (habitat, transports, éducation, insertion, ...) seront sensibilisés à l'impact que peut avoir leur travail sur la santé mentale des habitants, et plus particulièrement sur leur santé mentale, plus il leur sera facile d'intégrer cette dimension dans leurs projets, leurs actions.

3.3. Le maillage et les coordinations entre professionnels

Les participants au groupe de travail ont souligné l'impact favorable que peut avoir le maillage des professionnels de la santé et du social à l'échelle d'un territoire, pour le bien-être et donc la santé mentale des habitants. Les échanges, le partenariat, voire les systèmes de coordination et de réseaux, parce qu'ils facilitent le repérage des difficultés, l'accès aux soins des habitants, la fluidité des parcours de soins, constituent, par eux-mêmes des déterminants favorables à la santé.

Ce maillage et ces coordinations de professionnels ne doivent pas, cependant, ignorer ou annihiler le projet de vie propre aux personnes qui sont concernées par un trouble psychique. Ainsi, les partenariats ne doivent pas viser à créer ou intensifier un contrôle social sur les personnes, mais à faire en sorte que ceux qui ont besoin d'une aide, à un

moment donné, puissent être repérés le plus précocement possible et être pris en charge le plus tôt et le mieux possible, afin d'éviter le sou-repérage mais aussi les ruptures dans le parcours de soins.

3.4. Géographie et distances : télémedecine et téléconsultations

Un déterminant qui a également été mis en lumière dans tous les groupes de travail est la dimension géographique des espaces de vie. Le clivage qui existe aujourd'hui entre certains territoires urbains, où se concentrent différentes ressources et des territoires ruraux, où la faiblesse des ressources s'ajoute la faiblesse ou l'absence de tout transport en commun, impacte les conditions de vie (et d'accès aux soins) des habitants. Dans les territoires ruraux, tous ceux qui ne savent ou ne peuvent pas conduire ou qui n'ont pas de véhicule sont plus susceptibles d'être concernés par l'isolement, la faiblesse de liens sociaux « physiques ».

Les élus du diois souhaiteraient pouvoir bénéficier de solutions de transport financées en lien avec le recours aux soins (rdv et examens médicaux par exemple) pour des personnes identifiées comme faiblement mobiles : les restrictions à la mobilité induites par la géographie du territoire du Diois contribuent à limiter le recours aux soins psychiques en particuliers, compte-tenu de l'éloignement de certains dispositifs (hospitalisation en particulier).

Face à ces contraintes, certains acteurs des territoires ruraux commencent à se munir d'outils de télémedecine pour faire en sorte que les conditions de vie et de soins soient meilleures pour les habitants. Les téléconsultations et la télé-expertise devraient ainsi se développer, selon plusieurs des professionnels rencontrés, ce qui devrait faciliter les conditions de vie en milieu rural.

Dans le schéma départemental des solidarités de la Drôme, il existe une action visant à faciliter les déplacements dans les zones peu pourvues en transport public via des solutions solidaires en organisant une plateforme de covoiturage solidaire.

3.5. Déterminants sociaux

3.5.1. La Précarité

- La précarité a un impact défavorable sur la santé physique et mentale

La précarité est un déterminant qui joue défavorablement sur la santé physique et mentale¹¹, et elle, d'après les participants aux groupes de travail, est insuffisamment prise en compte par les professionnels, quels qu'ils soient.

¹¹ Précarité, Pauvreté et santé. Académie Nationale de Médecine. 20 juin 2017 <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>

(voir définition du groupe Précarité et Santé mentale animé par la FNARS en 2010 en annexe du rapport)

Les participants aux groupes de travail ont par ailleurs insisté sur le fait que la précarité entraîne une marginalisation, des phénomènes de « déconstruction » du lien social, qui génèrent de l'isolement. Par ailleurs, lorsqu'elle est prise en compte, elle est parfois « médicalisée »... alors que c'est sur l'existence même de la précarité qu'il faudrait travailler.

Le médiateurs (médiateurs sociaux, santé...)

Là où il en existe, ils peuvent faciliter le recours à certains aides, aux soins et aider les personnes en situation de précarité, avec des solutions non médicales. Les élus du Diois souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un médiateur santé en zone rurale.

3.6. Éléments par tranches d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions

3.6.1. Les enfants

- Le lien parent-enfant, déterminant essentiel de la santé mentale, même chez les enfants placés

Plusieurs professionnels ont souligné l'importance du lien parent-enfant, mère-enfant, comme déterminant essentiel à la fois de la construction psychique des individus et de leur santé mentale d'une manière générale.

Ces liens sont toujours importants, même dans le cas des enfants maltraités, ou lorsque les parents sont dans l'incapacité d'élever leurs enfants (difficultés psychiatriques des parents, peines de prison, etc.). Si dans de telles situations le placement des enfants dans des familles d'accueil est la meilleure solution pour préserver la vie et la santé de l'enfant, les liens d'attachement fondamentaux doivent être maintenus autant que possible, tout particulièrement au travers des droits de visite médiatisés dont peuvent bénéficier les parents qui ont perdu l'autorité parentale et la garde de leur enfant. Des participants aux groupes ont insisté sur le fait que la disparition ou le délabrement total de ces liens est néfaste pour la santé mentale des enfants et que les enfants placés deviennent, beaucoup plus souvent que la moyenne, et à leur tour, des parents qui perdent la garde de leurs enfants.

Certains des professionnels présents dans les groupes souhaitent que l'organisation des visites médiatisées (avec présence d'un tiers, professionnel) facilite davantage la préservation de ces liens. Ainsi, il arrive que des parents fragiles, qui ont un droit de visite hebdomadaire, aient des difficultés à respecter les horaires de rendez-vous qui leurs sont fixés. Or, en cas de retard, certaines visites sont parfois annulées, ce qui supprime la rencontre hebdomadaire entre le parent et son enfant. Outre le fait que les parents, malgré leurs fragilités, peuvent accorder une grande importance à ces visites, l'absence de contact physique et visuel entre le parent et l'enfant est fortement préjudiciable à la préservation d'un lien entre eux. De même, certains de ces professionnels ont déclaré qu'ils constatent

que des mères de nourrissons (moins d'un an) ont parfois droit à une heure de visite hebdomadaire seulement, ce qui ne serait pas suffisant. D'après ces professionnels, il est aujourd'hui bien documenté en pédopsychiatrie, que quinze jours de rupture avec la mère, avant l'âge de deux ans, provoquent une altération de l'attachement et du lien mère-enfant. L'enjeu de la fréquence et de la durée de ces contacts entre parents et enfants est donc très important.

Plus globalement, ces professionnels interrogent les décisions de justice, la position des magistrats sur les modalités de placement des jeunes enfants, les conditions de visites, et ils appellent à faire preuve de davantage de souplesse, afin que le contact entre parents et enfants soit maintenu au maximum. Des contraintes organisationnelles et de ressources humaines, mais aussi parfois des cultures professionnelles qui se rencontrent peu, sont souvent à la source des difficultés constatées. Des concertations plus systématiques entre acteurs du soin et du social, concernant ces publics très fragiles pourraient réduire certaines de ces difficultés.

Au-delà, les enfants qui sont placés successivement dans différentes famille d'accueil, au cours de leur vie, sont dans une souffrance qui peut également impacter très négativement l'ensemble de leur parcours de vie, et favoriser l'apparition de troubles psychiques (dépression, avec parfois auto-agressivité, ...). Si les parents, fragiles, ne peuvent assumer une garde permanente de l'enfant, ils doivent néanmoins pouvoir jouer leur rôle, mais avec des aménagements. Certains des participants aux groupes appellent ainsi de leur vœux le développement de solutions de « parentalité à temps partiel », qui permettraient aux parents (et tout particulièrement aux mères) de maintenir au maximum un lien avec leur enfant, tout en passant le « relai » à des professionnels ou à des familles d'accueil, des « mères d'accueil », de manière régulière de manière à éviter leur épuisement et à maintenir un lien qui permette à l'enfant de mieux se construire au plan psychique.

En amont du placement des enfants, les familles vulnérables sont en partie repérées dès la grossesse de la mère (certificats de grossesse), par les services de PMI, avec des visites pré et post-natales... Les bilans de santé des 3-4 ans constituent également une opportunité de repérer les enfants en souffrance du fait de familles fragiles.

Les questions de parentalité et de lien parents-enfants pourraient par ailleurs, selon certains des professionnels présents, être travaillée en antéconceptionnel par les CPEF, lorsque des femmes et des hommes viennent pour une demande de contraception, pour des questions concernant les IST....

En Ardèche : des alternatives au placement d'enfants

L'Ardèche s'est dotée d'un dispositif qui permet des alternatives au placement, grâce à des liens de confiance et de travail étroits qui se sont noués entre les juges pour enfants, le Conseil départemental et les acteurs sociaux de terrain. Ces alternatives sont notamment possibles du fait d'une implication accrue d'éducateurs pour jeunes enfants, ainsi que le développement de la « parentalité séquentielle ».

Des réunions pluriprofessionnelles (« Staffs ») organisés régulièrement à Romans

Ces réunions permettent à tous les partenaires de la santé publique et du social d'échanger sur les personnes accompagnées et suivies, et elles permettent de repérer les femmes en grande fragilité, avant même la grossesse, en antéconceptionnel

Projet Valériane: Vulnérabilité – Accueil –Lien – Ecoute – Réseau –Identité – Accompagner – Naissance – Enfance

L'objectif général de ce programme est d'améliorer l'accès aux soins (médicaux et psychologiques) et le parcours de santé des futures mères en situation de vulnérabilité (voir critères de vulnérabilité en annexe du rapport) et de leurs jeunes enfants en vue de réduire les inégalités de santé et agir sur les déterminants de santé en :

- › Organisant et coordonnant le parcours de santé prénatal et postnatal des futures mères en situation de vulnérabilité et de leurs enfants
- › Développant des actions collectives de promotion de la santé et de soutien à la parentalité
- › Créant une culture commune: approche partagée au repérage et au dépistage des troubles du développement de l'enfant.

Concernant la Drôme, on retrouve dans le schéma départemental des solidarités (2019-2024) un axe concernant le développement de la prévention et notamment soutenir la parentalité et développer l'action médicosociale préventive:

- Accompagnement des femmes vulnérables par les services de PMI

Le service de PMI à Valence a établi un dispositif d'accompagnement des femmes vulnérables et sans ressources, qui permet de les suivre jusqu'à l'accouchement, puis de soutenir la parentalité de manière rapprochée, tout particulièrement pendant la première année de la vie de l'enfant.

- Dispositif « Petit Pas, Grands pas » dans la Drôme

Le dispositif « Petits pas, grands pas¹² » est co financé par le Conseil départemental de la Drôme et par l'ARS. Il vise à outiller les services de PMI pour réduire les inégalités sociales de santé par une démarche de recherche-action.

Petits pas, Grands pas permet :

- › D'affiner l'offre de service (recueil, analyse et réponse aux besoins des familles et des professionnels.
- › De communiquer efficacement (pertinence de la communication, identification de la PMI comme un lieu ressource, stratégies pour contacter de manière systématique les femmes enceintes).
- › De soutenir les professionnels en les formant pour renforcer leur capacité d'intervention précoce auprès des familles et partager un langage commun autour de la théorie de l'attachement.
- › De renforcer le rôle préventif de la visite à domicile (formation des intervenants pour optimiser les postures relationnelles en VAD et co construction du suivi avec les familles; analyse de leurs pratiques professionnelles).

¹² <http://www.laniss.fr/les-projets-et-les-recherches/petitspasgrandspas/>

- Les compétences psycho-sociales, les conditions d'éducation et le cadre scolaire

Plusieurs professionnels soulignent que les acteurs de la petite enfance (crèches, relais-assistantes-maternelles) sont parfois bénéficiaires de formations sur les compétences psychosociales, et que ces dernières sont très appréciées.

Les difficultés sociales et éducatives sont particulièrement pointées comme défavorables à l'acquisition des compétences psycho-sociales et défavorables à une bonne santé mentale.

Pour les enfants ayant des troubles repérés dès l'enfance, le manque d'Auxiliaires de Vie Scolaires (AVS) et d'Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH), de ressources d'accompagnement (« école inclusive ») est défavorable en termes de déterminants de la santé mentale.

Plusieurs professionnels ont insisté sur le fait que les conditions d'éducation des enfants peuvent jouer défavorablement sur leur construction psychique. Si la négligence et la violence ont des effets délétères et dangereux sur les enfants et sont bien documentés, certains professionnels soulignent aussi, à une autre échelle, les dangers de ce qu'ils nomment « idéologies libertaires » de certains adultes, qui ne sont pas en position de parents face à leurs enfants et qui de ce fait, ne sont pas en mesure de véritablement comprendre les besoins de ces derniers. La perte de réseaux familiaux (déménagements, migrations, séparations), la monoparentalité peuvent également favoriser un affaiblissement des repères sur ce qu'est la « position de parent ».

Les travailleurs familiaux (TISF) peuvent constituer une ressource précieuse pour aider ces familles et ces mères à ré-investir leur rôle de parents. Néanmoins, elles ne sont pas suffisamment nombreuses, insuffisamment formées sur ces questions et peu rémunérées. Il serait extrêmement utile, d'après les professionnels, de créer des espaces qui permettent de rompre l'isolement des TISF, de mieux les encadrer, de les former de manière continue, mais aussi de proposer une supervision et une analyse de la pratique, ces professionnelles étant parfois confrontées à des situations très lourdes, dans les familles où elles interviennent.

Les éducateurs de prévention peuvent également se rendre au domicile de familles vulnérables, pour les accompagner, parfois de manière intensive (plusieurs fois par semaine), mais ces prises en charge très rapprochées ne peuvent excéder 15 jours.

Enfin, les ressources qui permettent aux parents de se rencontrer, d'échanger sur leurs interrogations, difficultés doivent continuer à être soutenues.

Les professionnels ont aussi évoqué le cadre scolaire comme fort déterminant de la santé mentale, un cadre qui ne ferait pas suffisamment de place aux parents... qui eux-mêmes se mobilisent peu de manière collective, rendant les approches communautaires complexes à mettre en œuvre. Lorsque les parents d'enfants en difficultés sont sollicités par l'institution scolaire, c'est souvent sur le mode de la convocation, ou pour « participer » à des équipes éducatives, où les parents ont peu d'espace et de ressources pour faire valoir leur point de vue.

Plusieurs professionnels s'inquiètent du temps passé par les enfants devant des écrans : ils sont isolés, ne jouent plus à l'extérieur et restent enfermés pendant des heures. Si les écrans, et la façon dont les enfants les utilisent, ne sont pas négatifs en eux-mêmes, il y a finalement peu de moyens pour rendre les jeunes « actifs » avec leurs écrans, et notamment critiques par rapport aux multiples informations auxquelles ils ont accès via Internet.

Par ailleurs, pour contrer cette tendance à l'enfermement et au repli sur soi de certains enfants, mais aussi pour rassurer les parents qui parfois ont peur de laisser leurs enfants jouer dehors, il est important à la fois de sécuriser les espaces extérieurs, mais aussi faire redécouvrir des activités de plein air aux familles, et par-là de réinvestir les liens familiaux et sociaux

Des villes comme Valence (Direction Education Jeunesse) : travaillent à proposer des activités de plein air aux familles (visites de musées, sorties familiales)

Projet « Bulles d'éveil »

Projet porté par l'espace socioculturel du diois qui vise à aller à la rencontre des jeunes enfants et de leurs parents les plus isolés en proposant des ateliers parents-enfants à Chatillon en Diois, Luc en Diois et Sainte Croix (3 cycles de 8 séances)

Le "Parentibulle"

Projet mis en œuvre par l'ACEPP qui vise le soutien à la parentalité, la santé, l'écoute, le partage, les échanges, les jeux. Sur le principe du "aller vers" les familles en milieu rural pour les parents et enfants de moins de 6 ans, il sillonne quatre zones rurales du nord du département de l'Ardèche chaque lundi matin (Vocance, Serrières, Saint-Félicien, Saint-Victor et Satillieu).

Les projets autour du développement des CPS portés par l'IREPS :

- › "Promotion de la santé des enfants (7-12ans) par le renforcement des compétences psychosociales" :

C'est un dispositif de recherche intervention (co-construction entre les acteurs de terrain et les chercheurs) dont l'objectif était de renforcer les compétences psychosociales des enfants de 7 à 12 ans en favorisant un environnement qui leur permette de les exprimer, et de les rendre ainsi acteurs de leur santé/bien-être.

Le volet scientifique a été coordonné par L'École supérieure du professorat et de l'éducation (Espé) de Lyon. Une dynamique de promotion de la santé dans et hors l'école associant les communes, les écoles, les associations de parents, les structures d'éducation populaire, les habitants, a été initiée sur les 5 sites expérimentaux dont Crest-Aouste pour la Drôme (26)

A l'issue du projet (2013/2018), un travail de capitalisation a été engagé afin de rendre partageable l'expérience acquise par les acteurs impliqués sur ces 5 années.

Les différentes productions sont en cours de rédaction et seront disponibles sur le 2nd semestre 2019 ; elles rendent compte des points saillants de l'action et de la recherche qui pourront être réinvestis et transformés par d'autres acteurs.

> Actions CPS IREPS chez les 0-6ans

L'objectif de cette action est de promouvoir la santé du petit enfant (0 - 6 ans) en renforçant ses compétences psychosociales en :

- Accompagnant la mise en place d'une dynamique territoriale autour de la petite enfance ;
- Renforçant les compétences des professionnels de la petite enfance aux méthodes et outils favorisant le développement des compétences psychosociales du jeune enfant ;
- Sensibilisant les parents aux compétences psychosociales du jeune enfant.

3.6.2. Les adolescents et jeunes

Les professionnels pointent les dangers que représentent les écrans pour les enfants, mais aussi pour les adolescents et les jeunes. Les images et idées diffusées sur les écrans, notamment en matière de sexualité et de relations hommes-femmes sont défavorables à l'estime de soi et au dialogue entre filles et garçons.

Par ailleurs, la consommation de produits psycho-actifs, notamment lorsqu'elle est problématique (binge-drinking, alcoolisations chroniques, ...) révèlent des difficultés de santé mentale, voire aggravent certains troubles.

Certains des participants aux groupes ont particulièrement souligné que le cannabis et les effets du cannabis sur la santé mentale sont particulièrement préoccupants pour cette tranche d'âge. De plus en plus de jeunes décompensent et démarrent une psychose, à l'occasion d'une consommation de cannabis et ce, à des âges de plus en plus précoces. Par ailleurs, le fait de continuer à fumer du cannabis entraîne une pharmacorésistance aux antipsychotiques.

La banalisation du produit, l'appât du gain que peuvent générer le trafic de cannabis constituent, en eux-mêmes, des déterminants défavorables à la santé mentale, et ce d'autant plus que les produits consommés par les jeunes sont de plus en plus dégradés et dangereux (produits résineux concentrés en THC). Les professionnels constatent que pour certains jeunes, et malgré cette banalisation apparente, la consommation de cannabis demeure à la fois un symbole de transgression, et le signe d'appartenance à un groupe social, avec de rites d'initiations qui passent par la consommation de cannabis.

Dans ce contexte, et d'après les professionnels, il est indispensable d'informer davantage les jeunes sur les risques réels du produit, sans être moralisateur et d'alerter les jeunes sur le risque de décompensation avec une consommation, même ponctuelle, de cannabis ... Ce qui suppose aussi de parler des enjeux de santé mentale aux jeunes, et ce dès le lycée, ce qui est insuffisamment fait d'après plusieurs des participants aux groupes.

D'autres professionnels soulignent qu'au-delà des enjeux d'information et de choix que peuvent faire les adolescents par rapport aux substances psychoactives, il est nécessaire de prendre en compte le besoin d'écoute, de réconfort, et le besoin « *d'une parole adulte apaisée* » : ces éléments relèvent aussi des déterminants de la santé mentale chez les jeunes

Enfin, les systèmes pédagogiques constituent en eux-mêmes de forts déterminants de santé mentale. D'après les professionnels rencontrés, les approches pédagogiques qui favorisent le questionnement, l'esprit critique sont plus favorables à la santé mentale que celles qui donnent des réponses de « sachants ».

D'après les professionnels, les étudiants (particulièrement concentrés à Valence), manquent de lieux et de ressources où ils puissent échanger, faire part de leurs interrogations, de leurs hésitations en matière d'orientation, de choix... Et le stress lié à ces questionnements pèse parfois lourdement sur leur santé mentale. Le Centre de Santé jeunes de Valence accueille les étudiants (mais aussi les jeunes actifs et en recherche d'emploi, de 16 à 25 ans) et permet l'accès à des entretiens avec un psychologue : cette ressource est saluée et offre une réelle possibilité d'échanges et de soutien psychiques pour les jeunes. Néanmoins, ce sont surtout des jeunes habitants le bassin valentinois qui accèdent à cette ressource. Le Centre d'Information et d'Orientation de l'Enseignement Supérieur propose des ateliers thématiques, mais il ne semble pas travailler particulièrement la question des compétences psychosociales.

Le centre de santé des jeunes de Valence, permet aux jeunes de rencontrer un psychologue, sur rendez-vous et gratuitement. On note que l'approche utilisée avec les jeunes est également celle de la réduction des risques RdR : il s'agit d'aider le jeune à prendre conscience de la place qu'occupe la consommation de cannabis dans sa vie, pour qu'il puisse modifier sa consommation s'il le souhaite.

Dans plusieurs **collèges et lycées de la Drôme et de l'Ardèche**, des actions de prévention du harcèlement sont déployées par la **SEDAP** (<https://pdvs.discriminations-sedap.fr>), avec une approche de santé communautaire, qui implique les professionnels des établissements ainsi que des élèves (les « sentinelles » repèrent les situations de phénomène de bouc émissaire et réfèrent à un adulte "réfèrent"). Cette action de prévention (« Sentinelles et référents ») vise à réduire les phénomènes de boucs émissaire dont le harcèlement et de violence scolaire, en veillant à ce que les élèves « sentinelles » ne soient pas considérés comme des délateurs.

Action PRODAS en Ardèche mise en œuvre par le MFPP

Le PRODAS, ou PROgramme de Développement Affectif et Social, est un programme québécois de prévention précoce qui vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales. Testé à grande échelle dans les années 1980, ses objectifs font aujourd'hui partie intégrante de la pédagogie québécoise.

Le PRODAS peut se définir comme une méthodologie éducative et préventive de développement de la personne, basée sur l'expression des ressentis. Il est conçu pour aider les personnes à se comprendre et se respecter elles-mêmes pour ensuite comprendre et respecter les autres. Il vise à favoriser l'autonomisation et la responsabilisation.

En Ardèche, l'objectif du programme est d'accompagner des structures d'accueil et des professionnel·les éducatifs et de santé, de les former, afin de permettre la mise en place de projets d'établissement favorisant le développement des CPS des jeunes ; ceci pour amener ces derniers à limiter les conduites à risques, et prendre en main de manière autonome leur santé, physique, psychologique et émotionnelle.

L'Agence de développement universitaire Drôme-Ardèche (ADUDA) est un Groupement d'intérêt public (GIP), créé sur l'initiative conjointe de trois collectivités territoriales - Conseil départemental de la Drôme, Conseil départemental de l'Ardèche, Valence Romans sud Rhône-Alpes - et des universités grenobloises présentes à Valence et dans les deux départements considérés. Le CIO'SUP (Centre d'Information et d'Orientation de l'Enseignement Supérieur) rattaché à l'ADUDA, le CIO'SUP est un service de conseil, d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle dédié à l'enseignement supérieur en Drôme-Ardèche.

3.6.3. Publics spécifiques : les professionnels

Les professionnels du social connaissent une usure du fait des situations complexes qu'ils ont à gérer au quotidien, avec parfois très peu d'espoir que les problèmes se réduisent. Certains des psychiatres qui ont participé aux groupes de travail évoquent ainsi une « *abrasion* » des professionnels du social. Les espaces d'échange, de parole pour les professionnels du social (et de la santé) sont indispensables pour préserver la santé mentale de ces professionnels.

Plus largement, le cadre professionnel est un déterminant de la santé mentale important qui est néanmoins peu évoqué en santé publique.

Le stress, la pression au travail, le burn-out, la menace du chômage, sont des réalités qui peuvent peser de manière extrêmement négative sur les personnes.... Des réalités sur lesquelles il est très difficile d'avoir prise, y compris pour les services de santé au travail (SST).

Les participants aux groupes soulignent ainsi à la fois l'impact majeur des conditions de travail et de l'organisation du travail sur la santé mentale des personnes, mais aussi le peu de ressources qui existent pour faire de la prévention en matière de santé mentale, dans monde du travail. Les Services de Santé au Travail, les agents de la DIRECCTE ne peuvent se rendre dans toutes les entreprises pour examiner les risques psycho-sociaux à ces échelles. Les salariés en difficultés, qui travaillent dans le service public ou dans le secteur privé ont peu de ressources pour évoquer leurs difficultés et leur éventuelle souffrance psychique liée au travail, hormis leur médecin généraliste.

Les constats concernant les déterminants de la santé mentale

En transversal

- Nécessité d'augmenter les connaissances et la culture commune des professionnels et des habitants sur les déterminants et les environnements favorables à la santé mentale : compétences psychosociales, urbanisme favorable à la santé, ...
- L'importance du maillage et de la coordination interprofessionnelle (soin, social, insertion, Éducation, police, collectivités locales ...) pour améliorer le repérage des personnes ayant des difficultés psychiques, leur orientation, sans intensifier le « contrôle social » sur elles.
- Dans les territoires ruraux le manque de transports en commun est un déterminant défavorable à la santé (lien social, accès aux soins). Les expériences de télémédecine (téléconsultation, télé-expertise) doivent se développer pour répondre aux besoins.
- La précarité entraîne une marginalisation, de l'isolement, défavorables à la santé mentale : elle devrait être mieux prise en compte sans être « médicalisée ».
- L'épuisement des professionnels travaillant avec des publics précaires, est un déterminant défavorable : il faut davantage les soutenir.

Périnatalité-enfance

- Il existe déjà des outils et des partenariats pour repérer femmes enceintes vulnérables présentant des difficultés psychiques (exemple : PMI, Réseau Valériane, sages-femmes en CHS, ...)
- Les enfants suivis par l'ASE sont particulièrement vulnérables : il est indispensable d'améliorer les moyens de maintenir un lien parent/enfant, mère/enfant, (souplesse dans l'organisation des visites médiatisées) et développer encore les alternatives au placement (« parentalité à temps partiel », « séquentielle »)
- Le soutien à la parentalité pour les parents vulnérables (familles précaires, mères isolées), apporté par les TISF, notamment, est très utile : il faut encore le développer
- L'intérêt des réseaux interprofessionnels, en lien avec les établissements scolaires pour faciliter le dialogue, améliorer l'accompagnement des familles fragiles
- La stigmatisation et la « disqualification » des parents vulnérables est toujours un problème : il faut mieux associer ces parents aux démarches éducatives, de soins, mis en place pour leur enfant, et mieux prendre en compte leurs attentes.
- Le rapport des enfants aux écrans inquiète les professionnels : risque de repli sur soi. Il faut repenser des espaces extérieurs attractifs, sécurisés, favorables au lien social.

Adolescents et jeunes

- Les adolescents et les jeunes connaissent très peu les risques pour la santé mentale de la consommation de cannabis : il faut davantage et mieux les informer
- Les idées diffusées par les réseaux sociaux en matière de sexualité, de relations hommes-femmes sont défavorables à l'estime de soi, au dialogue entre filles et garçons
- Toujours un fort besoin d'écoute et de « réassurance » des adolescents et des jeunes. Le manque de lieu d'écoute et d'échange spécifique pour les étudiants, et pour les jeunes ruraux est pointé.

4. L'apparition des premiers troubles psychiques et l'entrée dans le parcours de soins

4.1. Éléments transversaux et exemples d'actions

4.1.1. Le repérage des difficultés psychiques... des troubles

Les participants aux groupes de travail et notamment les associations de patients et familles de patients ont insisté sur le fait qu'au début de la maladie, les premières manifestations sont souvent à la fois confuses et anxiogènes pour l'entourage et pour le patient lui-même, qu'elles sont difficiles à interpréter et peuvent dans de nombreux cas correspondre à différents diagnostics possibles.

La personne concernée se trouve ainsi dans une situation de grande souffrance, de même que ses proches, sans comprendre ce qui lui arrive, sans savoir vers qui se tourner, ni quelle attitude adopter, ... en attendant que soit porté un diagnostic.

Le manque de formation des acteurs non-psychiatres au repérage des troubles et aux ressources de prise en charge a été souligné par les interviewés. Les médecins généralistes eux-mêmes seraient insuffisamment formés à ces premières manifestations de troubles psychiques, et de ce fait ils peuvent ne pas voir des symptômes qui signent l'entrée dans la maladie mentale, ou qui annoncent l'imminence d'une crise suicidaire. Au-delà et d'après les associations d'usagers et de familles, il arrive que « *les médecins se renvoient la balle* » et que les familles doivent gérer complètement seules ces points de vue différents émis par différents professionnels.

Le manque d'information du grand public sur ce que sont les troubles psychiques aggrave cette détresse et ces phénomènes d'errance. Ces situations seraient particulièrement aiguës dans les zones rurales sans ressources, où les familles sont encore plus en peine pour repérer le « bon » interlocuteur.

Les professionnels convergent également sur le fait qu'il est important de travailler à offrir une « première réponse » à l'usager, qui soit équivalente sur tous les territoires. Par ailleurs, certains ont pointé le fait que si le repérage des troubles est efficient mais que les ressources de prise en charge sont saturées ou trop éloignées, cela peut décourager les personnes concernées d'aller vers le soin. Un bon repérage des troubles ne suffit pas à ce qu'un vrai parcours de soins se mette en place.

Certains professionnels et associations estiment qu'il faudrait qu'il existe une sorte de « plateforme » d'orientation. Aujourd'hui, les médecins généralistes ne font pas vraiment ce travail : ils orientent, au mieux, vers le CMP, mais ne connaissent pas toutes les ressources possibles. Les infirmiers de CMP seraient mieux outillés pour faire un travail à la fois d'orientation et d'accompagnement des personnes vers la prise en charge la plus appropriée. Il serait néanmoins aidant que les médecins généralistes, mais aussi les infirmiers libéraux soient mieux formés au repérage des troubles psychiques, ce qui faciliterait la mise en place de prises en charge précoces, lorsque cela est nécessaire. Reste

que « *la porte du CMP reste difficile à pousser* » pour certaines familles, qui redoutent l'univers de la psychiatrie, et la possibilité d'un diagnostic de trouble psychique. On note que la file active des CMP de la Drôme est en augmentation depuis 5 ans, ce qui témoigne du fait que les personnes sont plus facilement orientées vers cette ressource, mais aussi qu'elles acceptent plus facilement cette orientation, et que par conséquent elles se rendent plus facilement au CMP. Le recours à la psychiatrie publique est probablement donc moins stigmatisé qu'il ne l'était autrefois : les individus ont moins peur de la psychiatrie et acceptent mieux leur besoin d'être aidés dans ce domaine. Malgré cette évolution, les professionnels constatent encore des retards de recours aux soins dus à la crainte de la psychiatrie, chez une partie de la population.

Lorsque les premiers symptômes prennent la forme d'une « crise », ils ne sont pas pour autant lisibles par les différents professionnels du social, ni même par les médecins généralistes, et les psychiatres ont quelquefois besoin de temps et de plusieurs examens et bilans avant de pouvoir poser un diagnostic. Il n'en demeure pas moins qu'une première « crise » peut-être extrêmement anxiogène et déroutante pour la famille et la personne concernée elle-même, avec parfois des attitudes de déni, d'euphémisation des troubles, qui reflètent la crainte d'une entrée possible dans la maladie mentale, mais qui peuvent aussi retarder l'entrée dans les soins et être préjudiciable à la personne et à ses possibilités de rétablissement. Il est ainsi important de ne pas « *rater la première crise* » selon plusieurs des participants aux groupes, de ne pas la sous-estimer. Ne pas repérer une première crise, peut favoriser ou enkyster une attitude de déni de la part de la personne concernée ou de ses proches, et entraîner un retard de recours aux soins qui sera préjudiciable à la personne.

4.1.2. Les difficultés de diagnostic

Certaines pathologies sont encore mal connues, et les professionnels sont encore insuffisamment formés à certains troubles... Cela a été vrai pour l'autisme chez les enfants, parfois confondu avec une psychose, et aujourd'hui encore la bipolarité est mal connue et prise parfois pour une schizophrénie.

Au-delà, il faut de toute façon parfois un certain temps et différents bilans pour parvenir à poser un diagnostic.

Le premier « étiquetage » des troubles joue un rôle déterminant : il peut, en attente ou en l'absence de diagnostic, influencer fortement une première forme de prise en charge. Il faut ainsi que les professionnels non psychiatres soient sensibilisés aux enjeux du sous-dépistage, mais aussi aux risques de sur-orientation et d'étiquetage des personnes, avant qu'un diagnostic ne soit posé.

Le fait que plusieurs professionnels valident cet étiquetage et soient partie prenante dans le diagnostic pourrait permettre de partager aussi la responsabilité face à l'accompagnement du patient. Les associations d'usagers insistent sur le fait qu'un regard pluriprofessionnel serait très aidant en début de parcours, à la fois pour mieux accompagner la personne lorsque les troubles, les symptômes apparaissent, mais aussi pour mieux la guider, ensuite, dans le cadre du parcours de soins. Certains participants aux groupes de travail évoquent

ainsi une époque, pas très ancienne, où les maires de village, avec l'aide du médecin généraliste local, demandaient des placements sous contrainte, alors que la personne concernée était ivre, mais ne présentait pas, en réalité, de problème psychiatrique. La question de ces placements abusifs souligne toute l'importance de procéder avec prudence, et sur la base de tous les bilans nécessaires avant de poser un diagnostic.

Les difficultés de communication parfois constatées entre professionnels aggravent les risques de confusion, d'erreur ou de retard de diagnostic. Ainsi, il semble que certains psychiatres de CMP aient des réticences à orienter (par le biais d'un courrier explicatif) les patients qui souhaiteraient avoir recours au Centre expert de Grenoble, afin d'avoir accès à d'autres bilans, notamment au plan neurologique (particulièrement lorsqu'il y a suspicion de bipolarité semble-t-il). Si les professionnels ont le sentiment que la communication s'améliore entre neurologues et psychiatres, les associations d'usagers ou de familles d'usagers considèrent que l'articulation n'est pas toujours optimale entre les champs de la neurologie et de la psychiatrie, notamment au niveau du diagnostic, ce qui constitue une perte de chances pour la personne concernée par un trouble psychique.

Les difficultés de communication entre professionnels aggravent les risques de confusion, de mauvais diagnostic. Les liens ne sont pas toujours fluides entre médecins généralistes, psychiatres, neurologues, hôpitaux psychiatriques, centres experts. Même s'il semble que les jeunes générations de médecins soient davantage formées aux approches multipartenariales, certaines associations de patients expriment le regret que chaque spécialiste reste parfois un peu dans son champ et n'ait pas le réflexe de solliciter d'autres professionnels. A ce titre, les articulations entre psychiatrie et neurologie, même si elles se sont globalement améliorées, ne sont pas suffisantes pour véritablement faciliter l'établissement de diagnostics.

Par ailleurs, le manque de formation des professionnels (enseignants / Education Nationale, PJJ, ASE, ...mais aussi médecins généralistes) génère des incompréhensions avec les acteurs de la psychiatrie : ainsi chez les enfants, les difficultés éducatives sont parfois confondues avec des troubles psychiques, et il peut y avoir des sur-orientations... De même, les « débordements » dans les comportements des adolescents ou des jeunes, peuvent aussi amener certains professionnels à soupçonner des troubles psychiatriques, alors qu'il s'agit davantage d'une problématique relationnelle, sans pathologie. Il est donc important à la fois de former les professionnels qui ne sont pas des acteurs du soin en santé mentale, aux symptômes possibles des troubles, mais aussi au fait que toute souffrance, ou manifestation « déviante » n'est pas liée à un trouble. D'une manière générale, il faut ainsi être vigilant à ne pas tout « psychiatriser ». Certains professionnels ont ainsi souligné que beaucoup de situations difficiles sont liées à des « pathologies du lien » qui ne sont pas à proprement parler des pathologies psychiatriques.... Elles peuvent à la longue favoriser l'apparition de troubles, mais il est nécessaire de ne pas sur-étiqueter tous les comportements qui peuvent paraître « hors-normes ».

Plusieurs professionnels ont souligné le fait que les troubles peuvent avoir des causes extrêmement variées, et se manifester de façons multiples : déficience, troubles neurologiques, psychoses, démences séniles, troubles addictifs n'engendrent pas les

mêmes symptômes. Par ailleurs les troubles n'ont pas la même forme selon qu'il s'agisse d'enfants de jeunes adultes, de personnes âgées. Chaque tranche d'âge relève d'une clinique spécifique, mais aussi d'outils de repérage des troubles spécifiques.

Lorsque le diagnostic est enfin posé, il peut être difficile à accepter par les individus ou leurs familles, mais il peut aussi leur apporter un grand soulagement. Par ailleurs, l'annonce du diagnostic peut faciliter l'adhésion des personnes au traitement.

CHS de Drôme et d'Ardèche : participation aux Semaine d'Information en santé mentale : des conférences sont réalisées par des psychiatres et des infirmiers qui contribuent à sensibiliser et former des professionnels qui ne sont pas du champ de la psychiatrie.

Le **CCOMS basé à Lille** développe des **réseaux d'infirmiers en santé mentale**, qui sont formés par leurs soins, ce qui permet d'apporter des réponses plus ajustées aux usagers, alors que la démographie des médecins psychiatre est en baisse.

Il existe des **centres d'expertise sur la bipolarité** qui peuvent être sollicités par les médecins : Grenoble, Clermont-Ferrand

A une échelle départementale, **le Centre hospitalier Spécialisé Drôme-Vivarais va mettre en place des salles de télé-consultations** qui s'appuieront sur les différents centres-experts de la région en matière de santé mentale. Ces liens constitueront une aide à l'évaluation et au diagnostic.

4.1.3. L'accueil infirmier en CMP : une ressource insuffisamment connue et reconnue

Dans les CMP, les infirmiers ont la charge du premier accueil des nouvelles demandes. Cette organisation permet de proposer un premier rendez-vous rapide en CMP, de réorienter les demandes pouvant trouver une autre réponse (par exemple possibilité d'adresser vers le secteur libéral un patient ayant une dépression légère et ayant les ressources financières suffisantes) et de proposer pour les situations urgentes un rendez-vous très rapide avec le psychiatre.

L'accueil infirmier, qui permet de réaliser une première analyse des situations et d'orienter les personnes vers d'autres ressources que le soin psychiatrique, si elles n'en relèvent pas, serait cependant encore mal connu et mal reconnu, d'après certains des participants aux groupes de travail. Mal connu car de nombreux professionnels hors du champ de la psychiatrie ne savent pas que cela existe et que les infirmiers de CMP ont, aussi, ce rôle. Les médecins généralistes notamment, même s'ils sont parfois en contact avec les infirmiers de CMP ne savent pas que ces derniers peuvent effectivement avoir une première lecture de la situation et que leur analyse peut suffire à orienter la personne vers le médecin psychiatre ou vers des ressources hors CMP, si manifestement il ne s'agit pas d'une difficulté psychiatrique. Ce rôle est aussi mal reconnu en « interne » car l'expertise propre aux infirmiers ne serait pas toujours bien appréhendée ou mise en valeur par les médecins psychiatres. Même si le phénomène tend à s'atténuer, d'anciennes cultures et identités

professionnelles sont quelquefois toujours à l'œuvre, qui ne facilitent pas une communication claire, auprès des patients, des familles de patients et de professionnels non-psychiatres sur la ressource que constituent les infirmiers de CMP.

Si dans les faits, une grande partie des personnes qui arrivent en CMP (et tout particulièrement en CMP adultes) n'aura pas besoin de voir le psychiatre et pourra bénéficier d'un accompagnement ou d'une ré-orientation par les infirmiers de CMP, de nombreux professionnels aujourd'hui ne savent pas que l'infirmier de CMP assure cette fonction, et ont le sentiment que si la personne n'est pas vue par un médecin, cela signifie qu'elle n'est pas prise en charge, ou qu'elle fait l'objet d'une « *prise en charge dégradée* ».

L'accueil infirmier en CMP adultes sur l'ensemble des deux départements

Un premier accueil y est organisé, y compris avec des accompagnants, voire des pair-aidants le cas échéant. Il est important de souligner que les infirmiers de CMP (en psychiatrie générale notamment), assurent dans plusieurs CMP de l'Ardèche et de la Drôme un premier accueil, qui peut aboutir ou non, à une consultation de diagnostic avec le psychiatre.

4.1.4. Le besoin d'un premier accueil... Bienveillant

Plusieurs professionnels du social ainsi que les associations de familles et d'usagers ont souligné que face à la difficulté de poser un diagnostic, notamment du fait que certains problèmes de comportement peuvent être confondus avec un trouble psychique, il est important de proposer un premier « accueil » de la personne, qui ne soit pas un « soin ». Ce premier accueil doit permettre de rassurer les personnes, apaiser leur angoisse face à des manifestations qui les inquiètent, et constituer une opportunité de pré-orientation.

Les associations d'usagers, de familles de patients soulignent le fait qu'il est important d'aider les personnes, même si un diagnostic tarde à être posé.

Au Centre 15, dans les CMP, il serait ainsi souhaitable que les personnels non-soignants (secrétaires, ...) se forment à l'entretien, pour assurer un premier accueil et être le plus pertinent possible pour évaluer le besoin et orienter au mieux les personnes. Au-delà, les médecins généralistes, qui demeurent les « pivots du système de soins » doivent être formés pour pouvoir réaliser ce « premier accueil » si besoin, avant une orientation vers le CMP.

4.2. Éléments par tranches d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions

4.2.1. Les enfants

- **Des ressources saluées, mais qui peinent à couvrir les besoins**

Les acteurs de la périnatalité ont souligné le fait que le repérage de risques pour la santé mentale de l'enfant peut se faire dès les premières semaines, si des difficultés apparaissent

dans la relation mère-enfant (difficultés d'attachement, dépression post-partum qui peuvent entraîner des séparations de la mère et de l'enfant, ...).

Plusieurs participants aux groupes ont déploré le fait qu'il n'y ait que deux médecins scolaires en Ardèche et que tous les postes de médecins scolaires de la Drôme ne soient pas pourvus : ces professionnels sont trop peu nombreux alors qu'ils peuvent jouer un rôle essentiel dans le repérage de troubles chez les enfants.

Les professionnels soulignent toutefois qu'il est difficile de poser un diagnostic avant l'âge de 3 ans.

Plusieurs professionnels ont souligné les difficultés d'accès au CMP infanto-juvénile pour une première consultation, et un diagnostic. Le temps d'attente pour un premier rendez-vous est ainsi d'un an dans certains territoires.

Ce constat est cependant à pondérer : les professionnels des CMP enfants précisent que selon les symptômes annoncés, il est possible de prendre un premier rendez-vous beaucoup plus rapidement, en quelques semaines, notamment pour les très jeunes enfants. En principe, les secrétaires sont formées pour réaliser ce premier « tri »... Qui abouti à ce que certains enfants soient vus très rapidement, et d'autres, après plusieurs mois d'attente (parfois un an).

La question que posent certains est qu'il n'y a peut-être pas assez d'infirmiers formés à ce premier accueil en pédo-psychiatrie. Néanmoins, on note qu'un premier accueil des enfants et de leurs parents peut être réalisé par des psychologues, en nombre plus importants dans les services de pédo-psychiatrie. Reste qu'aujourd'hui, dans certains territoires (ex : Annonay) les files actives des CMP enfants, CMPP et même PAEJ sont saturées. Dans ce contexte, on repère que certains usagers ont des stratégies de sollicitations de toutes les ressources qu'ils connaissent jusqu'à ce qu'un rendez-vous soit obtenu avec l'une d'elles.

Les zones rurales sont dans des difficultés majeures : si elles sont peu denses, en termes de population, les besoins peuvent cependant être importants. Plateau ardéchois, mais aussi Vallée de la Drôme, Pays Diois, fonctionnent avec des permanences de CMP, une ou deux journées par semaine. Si dans certains territoires comme Crest, il y a un CMP de pédo-psychiatrie, les zones rurales sont globalement beaucoup moins équipées. Dans cette configuration de pauvreté des ressources en rural, l'enjeu de l'articulation des acteurs en présence est encore plus fort, qui implique notamment les médecins généralistes.

D'après les professionnels des CMP enfants, il y a également beaucoup de demandes qui leur sont adressées qui relèvent du champ psycho-éducatif. Dans certains cas il serait ainsi plus pertinent de mettre les familles en contact avec des éducateurs... On notera à cet égard que les RASED ont moins de psychologues aujourd'hui et que cette perte de ressources entraîne peut-être des reports sur les CMP.

Équipe mobile de périnatalité qui intervient sur le bassin valentinois et la Vallée de la Drôme

L'UMPPE du CH Drôme Vivarais s'est développé à partir de consultations de pédopsychiatrie conjointes avec la PMI puis elle s'est organisée autour d'une équipe pluridisciplinaire qui comporte 3.4 ETP soit 2 infirmières à 2.8ETP une psychomotricienne à 0.8ETP une psychologue à 0.6ETP et un pédopsychiatre à 0.4ETP. La mission de cette équipe est de promouvoir le nourrisson en soutenant ses parents dans toutes les situations où le cours ordinaire de la parentalité nécessaire à ce développement est altéré ou menacé sur le plan psycho-affectif. Ce sont les interactions de la mère et du nourrisson qui sont au cœur des soins de cette équipe. Les interventions se font à domicile, dans l'unité de l'UMPPE, au CH de Valence, en néonatalogie et en maternité. Un réseau est constitué avec les sages-femmes libérales, la maternité, les généralistes, les PMI, CMS, la psychiatrie adulte, les structures éducatives et d'accueil afin d'évaluer et d'organiser la prise en charge des situations complexes. A noter : l'existence d'une astreinte les soirs de semaine de 18h à 22h et le weekend end et jours fériés de 11h à 14h et 18h à 22h.

CMP enfants (CHDV et CHSM), le premier accueil des parents et des enfants peut être fait par un psychologue.

Hôpitaux Drôme Nord (Romans/Saint-Vallier) : interventions du CMP adulte et d'un psychiatre spécialisé en périnatalité à la maternité de Romans (Dr Gelin).

CH Sainte-Marie : interventions dans l'ensemble des maternités du territoire du CHSM par des infirmiers, des psychologues ou des médecins

PMI de Romans : proposition « d'ateliers de massage des bébés », qui peut permettre de repérer des difficultés, des troubles chez les mères et les bébés. Cette ressource « neutre » et non stigmatisante permet ainsi d'aborder certaines difficultés avec les mères.

Les lieux accueil enfants parents (LAEP): ressource saluée de repérage de difficultés et de symptômes ou de manifestations qui peuvent alerter les professionnels.

Première consultation infirmière au CMP infanto-juvénile d'Annonay : en pédopsychiatrie également, les infirmiers jouent un rôle déterminant dans le repérage des troubles.

Le service de pédiatrie au CH de Valence : ressource saluée pour établir des diagnostics, y compris en santé mentale chez les enfants. Intervention dans ce service d'un pédopsychiatre (2 demi-journées par semaine) et des infirmiers du CHSDV (trois demi-journées)

CH Sainte-Marie : Intervention d'un pédopsychiatre en service de pédiatrie à Montélimar, Annonay, Aubenas et privas.

L'équipe de psychopérinatalité à Montélimar (GHPP) est intégrée au service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier. Elle s'adresse à des femmes ayant des vulnérabilités (antécédent ou risque de dépression, antécédents psychiatriques, précarité, violence conjugale) mais pas aux femmes ayant une pathologie psychiatrique. L'équipe travaille en articulation avec le réseau de ville et en particulier la PMI afin de repérer précocement les femmes en vulnérabilité et favoriser les suivis. L'unité propose une prise en charge médicale, psychologique et social. Des consultations, des hospitalisations de jour et à temps complet sont proposées. L'équipe réalise aussi la préparation du retour à domicile en lien avec le réseau de ville et un rappel des patientes à 1 et 3 mois sont effectués.

- **La peur de la psychiatrie... Peut retarder le repérage et dépistage précoce de troubles**

Des difficultés de repérage des troubles chez les enfants sont aussi liées au fait que de nombreux parents redoutent d'avoir recours au CMP, à la psychiatrie : la psychiatrie continue à faire peur et l'idée que l'enfant ne soit pas « normal », « fou », est très douloureuse pour les parents. De ce fait, il est souvent plus facile de commencer à orienter les parents vers des ressources, peut-être moins ajustées aux difficultés de l'enfant, mais moins stigmatisantes, dans leurs représentations, et notamment vers les orthophonistes.

Les professionnels soulignent les crèches, les CMS, les assistants sociaux peuvent aussi être des acteurs de premier accueil et d'accompagnement face à des manifestations de difficultés psychiques, mais que leur coordination est importante pour aider les familles. Cette articulation se fait déjà, mais le plus souvent au cas par cas, sans être systématique. Des réunions pluridisciplinaires régulières pourraient faciliter la mise en place d'un premier accompagnement par ces professionnels.

Reste que pour certains parents, s'ils ont une image effrayante de la psychiatrie, ils redoutent également les travailleurs sociaux... Peur d'être vus comme de « mauvais parents », voire crainte d'être séparés de leurs enfants, amènent certains parents à fuir ces professionnels, ou à ne pas mentionner les inquiétudes qu'ils peuvent avoir quant à certaines difficultés de leurs enfants. Certains des participants aux groupes de travail ont évoqué la nécessité de créer des structures ou lieux, plus neutres, moins associés à la psychiatrie ou aux travailleurs sociaux, où il serait plus facile pour une partie des parents de venir rencontrer des professionnels, pour évoquer certaines difficultés, de leurs enfants.

- **Enfants suivis par l'ASE, enfants placés : des difficultés d'articulation entre professionnels qui peuvent retarder le repérage des troubles**

Un point d'alerte a été soulevé concernant les enfants suivis par l'ASE, les enfants placés. Alors même que ces enfants sont en grande vulnérabilité, et particulièrement susceptibles de développer des troubles du fait de la séparation d'avec leurs parents, il semblerait qu'il y ait un grand déficit de communication entre l'ASE, la PJJ, les Maisons pour enfants et la psychiatrie publique... Ce qui entraîne parfois de grandes difficultés dans le repérage des troubles, et dans leur prise en charge précoce... Manque de formation, de sensibilisation, de culture commune chez les professionnels qui travaillent auprès de ces enfants, font que certains sont mal ou pas repérés, alors qu'ils présentent des symptômes inquiétants. Il semble donc qu'il y ait un fort besoin de création d'instance formelles de rencontre et de dialogue entre ces différents acteurs et la psychiatrie publique, afin qu'ils puissent communiquer régulièrement sur des situations précises, et se concerter... ce qui pourrait éviter de sous-repérer certains enfants, et de les laisser sans aide ni prise en charge appropriée.

Le dispositif d'orientation permanent, défini à l'article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, est déployé et opérationnel sur les départements

de l'Ardèche et de la Drôme. Ce dispositif, non spécifique aux enfants relevant de l'ASE, permet de proposer un plan d'accompagnement global en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ou en cas de complexité de la réponse à apporter ou risque de rupture. Ce plan d'accompagnement global, élaboré en groupe opérationnel de synthèse, permet de proposer une solution adaptée au regard de l'offre disponible.

A noter, sur le département de la Drôme qu'une part importante des situations vues en groupe opérationnel relève des deux champs ASE/handicap.

- **Ressources saturées, coût économique pour les familles : des freins au dépistage**

Une fois les troubles repérés, par les parents, par des professionnels du soin, de l'éducation nationale, il s'agit de mobiliser alors des outils de dépistage, de diagnostic, en vue de vérifier l'existence d'un trouble et d'en comprendre la nature.

Certaines ressources sont saturées de demandes, et il semble que plus le territoire est marqué par la précarité, plus les orientations vers les CMP, mais aussi les orthophonistes libéraux soient importantes. Qu'il y ait une « entrée » par les troubles des apprentissages ou du comportement, la précarité (économique et sociale) peut favoriser l'isolement des parents, la dépression des adultes, et engendrer des troubles chez les enfants, d'où des besoins de recours aux soins plus importants.

Les participants aux groupes ont rappelé que les psychologues libéraux ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé et que leurs consultations ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Seules les familles qui ont des moyens économiques suffisants ou qui ont une complémentaire santé qui prend en charge ces consultations peuvent avoir accès à cette ressource. Les consultations des orthophonistes libéraux font, elles, l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, mais le reste à charge pour les familles peut néanmoins constituer un frein réel, lorsque leur complémentaire santé ne couvre pas la différence.

De ce fait, et au-delà de la crainte d'un diagnostic qui pourrait montrer que leur enfant a un « problème », les familles peuvent être réticentes à rencontrer ces professionnels, du fait de leur coût...

Seuls les enfants qui bénéficient de l'allocation pour enfant handicapé (AEEH Majoré), notamment pour les enfants présentant des troubles du spectre autistique, peuvent recevoir une aide supplémentaire pour bénéficier de consultations chez des psychologues libéraux.

Les participants aux groupes de travail ont souligné que les médecins généralistes ne pouvaient pallier à ces manques : ils ne sont pas formés pour bilancer les enfants au plan psychologique ou en matière de troubles du langage.

- **Difficultés pour réaliser des bilans, poser des diagnostics chez les enfants**

Il est très difficile pour les professionnels de poser un diagnostic pour les jeunes enfants, avant l'âge de trois ans : les apprentissages et la croissance de l'enfant ne suivent pas le même rythme chez tous les individus, et c'est souvent après une ou deux années d'école maternelle que les parents et enseignants consultent, les inquiétudes devenant plus fortes face à certains comportements ou manifestations.

Les associations d'usagers et de familles soulignent cependant que le manque de dialogue et de concertation entre spécialistes (hormis au sein des CMP) aggrave ces difficultés et rend plus difficile les dépistages précoces, les diagnostics... Et renforce ainsi le risque d'errance du jeune patient et des familles. Les associations de patients ont des annuaires et peuvent orienter les familles... Mais elles ne sont sollicitées par les parents que lorsqu'un début d'étiquetage des troubles a été fait, même en l'absence d'un diagnostic confirmé...

En début de parcours, il reste très difficile pour les familles de trouver quels sont les spécialistes utiles à consulter, sachant qu'*in fine*, il n'y a pas vraiment de concertation entre les spécialistes, au mieux quelques courriers.

Ce problème est confirmé par la MDPH de l'Ardèche, qui constate régulièrement le manque d'informations, de bilans, dans les dossiers de demandes de reconnaissance du handicap de l'enfant : l'analyse du trouble de l'enfant est souvent parcellaire, et les familles n'ont pas eu recours ou accès à tous les bilans dont l'enfant aurait eu besoin... La MDPH a par ailleurs une mission de coordination des acteurs du dépistage, du diagnostic et ceux de la prise en charge, mais elle ne peut réellement assurer cette mission faute de ressources suffisantes. De ce fait, il existe apparemment de nombreuses situations où le dépistage de troubles chez les enfants n'est pas fait de manière satisfaisante, les professionnels formés et les ressources de dépistage n'étant pas toujours mobilisés, pour différentes raisons, ce qui pénalise les enfants.

Même si face aux premiers symptômes notamment s'ils sont confus, il reste difficile pour les familles de savoir où s'adresser, certains acteurs parviennent cependant à se structurer autour de problématiques précises :

Le CEDA (Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme) de Drôme-Ardèche a formé tous les CAMPS au diagnostic de l'autisme, ainsi que le CMPP d'Aubenas. Par ailleurs toutes les équipes de psychiatrie ont bénéficié des formations assurées par le CEDA, ce qui a eu pour conséquence d'améliorer le repérage et diagnostic précoce de l'autisme (l'âge du diagnostic a été abaissé depuis quelques années). Les missions des CEDA sont amenées à s'élargir à tous les troubles neuro-développementaux, et de nouvelles formations des professionnels sont à prévoir dans ce domaine, en lien avec le Centre de Ressources Autisme (CRA), structure régionale basée à Lyon. Il faut noter que les délais pour bénéficier d'un diagnostic par le CEDA sont courts (environ un mois ?) pour les enfants de moins de deux ans.

- **Une fois le diagnostic établi... les prises en charge ne sont pas toujours possibles**

Les participants aux groupes de travail ont pointé le fait que le diagnostic une fois posé pour l'enfant, une prise en charge adaptée n'est pas toujours possible : délais des CMP, coût des professionnels de santé libéraux, non-remboursement des psychologues libéraux font que le diagnostic ne suffit pas à déclencher le parcours de soin nécessaire pour l'enfant.

4.2.2. Les adolescents et jeunes

- **Inégalité de répartition des ressources**

Plus encore que pour les enfants semble-t-il, on constate pour les adolescents et les jeunes que les ressources spécifiques de dépistage et de prise en charge sont plus rares et très inégalement réparties sur le territoire.

Beaucoup de ressources sont concentrées sur le bassin valentinois : CMP adolescent, Maison des Adolescents, Centre de Santé Jeunes... qui travaillent par ailleurs en bon partenariat. Mais la situation est beaucoup plus critique dans les autres parties de la Drôme et dans l'Ardèche, pour cette tranche d'âge. Ainsi en nord-Drôme, où il n'y a pas de ressource spécifique pour les adolescents... ils sont le plus souvent adressés au CMP adulte, qui manque d'expertise pour poser un regard et un diagnostic sur ce public spécifique... Les médecins psychiatres participant aux groupes ont par ailleurs souligné qu'il est souvent difficile de poser un diagnostic sur les adolescents, car les symptômes peuvent rapidement varier, changer de forme et évoquer différents troubles ou difficultés.

Il y a donc un fort besoin à la fois de former les professionnels du soin à la clinique spécifique qui concerne les adolescents, mais aussi un besoin de mieux articuler et coordonner les différents acteurs qui interviennent autour des adolescents et des jeunes : PAEJ, CJC, mais aussi CEGIDD, professionnels de l'Education Nationale... Enfin il est indispensable de travailler avec les parents qui se sentent souvent démunis face à leurs enfants, et ne savent pas du tout à qui s'adresser, lorsque leur enfant commence à avoir un comportement qui les inquiète.

Annonay : rapprochement du CMPA et du CMPE, et il existe aussi une convention entre le CMP et le service de pédiatrie du Centre hospitalier d'Annonay. Enfin, le PAEJ, le CSAPA et le CJC sont rassemblés en un lieu unique, ce qui facilite le dialogue et le partenariat entre les professionnels.

Valence: Un rapprochement existe également entre le service de pédiatrie du Centre hospitalier de Valence et la pédopsychiatrie du CHS de Drôme Vivarais, avec des interventions pour avis aux urgences pédiatriques.

Tain l'Hermitage/Tournon : la communauté de communes a une compétence jeunesse et favorise un travail de partenariat entre les différents acteurs intervenant auprès des jeunes.

- **Difficultés à repérer et diagnostiquer les troubles chez les adolescents et les jeunes**

Comme chez les jeunes enfants, il est difficile de comprendre et de repérer les comportements qui peuvent être reliés à un trouble chez les adolescents et les jeunes : le repérage et le dépistage en sont d'autant plus délicats.

Les difficultés scolaires peuvent être en lien avec des difficultés de santé mentale, mais pas forcément. Il peut y avoir des difficultés éducatives derrière certains comportements, même s'ils semblent inquiétants... Il faut cependant rester vigilant face à ce qui peut être un début de conduite à risque, voire des signaux de crise suicidaire, une psychose émergente, ou une addiction sans déclenchement de psychose. De même, certaines manifestations de délinquance juvénile peuvent être en lien avec des troubles mentaux.

Pour cette population également, il serait souhaitable de former davantage d'acteurs de terrain, non soignants, pour mieux repérer les troubles, les signes d'alertes, et mieux orienter les jeunes vers les ressources de dépistage, de diagnostic, appropriées.

4.2.3. Les personnes âgées

Les troubles du comportement chez les personnes âgées sont peu spécifiques... Le repérage et le diagnostic des troubles anxieux et dépressifs est souvent fait par le médecin traitant.

Par ailleurs, les troubles du comportement peuvent être liés à des pathologies psychiatriques, à des syndromes démentiels, voire à une intrication entre les pathologies. Ainsi, ces troubles peuvent se situer à la croisée de la psychiatrie, de la neurologie et de la gériatrie.

Néanmoins, et de manière plus générale, les ressources libérales sont précieuses à la fois dans le repérage et l'accompagnement des premiers troubles chez les personnes âgées : les médecins généralistes, mais aussi les infirmiers libéraux sont de plus en plus compétents dans ce domaine. A l'avenir, le développement d'infirmiers de pratiques avancées pourra sans doute encore mieux permettre de repérer les personnes âgées présentant des troubles et nécessitant une prise en charge en santé mentale, tout particulièrement en milieu rural, où les CMP sont plus éloignés.

Des difficultés d'articulation entre différents partenaires sont signalées, qui impactent défavorablement le dépistage et le diagnostic des troubles chez les personnes âgées. Ainsi le lien entre UCC et psychiatrie publique semble moins bon que ce qu'il pourrait l'être... A l'inverse, le rôle de la MAIA est salué, qui raccourci le temps d'attente pour avoir accès à des consultations de bilantage/diagnostic.

Reste que pour les personnes âgées qui sont en « crise » ce délai reste très long à vivre.

Les ressources de dépistage précoce de tendances suicidaire, de crise suicidaire sont encore insuffisantes dans les deux départements.

Les élus du Diois soulignent le rôle des intervenants au domicile et souhaiteraient que ces derniers puissent être sensibilisés au risque de souffrance psychique, notamment dans les situations d'isolement.

Au CHS Drôme Vivarais une équipe mobile de gérontopsychiatrie est en cours de déploiement sur l'ensemble de son territoire. A terme composée de 6 ETP d'infirmiers et d'un gérontopsychiatre à 0,5 ETP, elle a vocation à s'inscrire dans les réseaux de gérontologie des bassins de vie et apporter son expertise à tous les acteurs centrés sur la prise en charge de la personne âgée en particulier les équipes mobiles de gériatrie les EHPAD. L'ouverture en fin d'année d'une unité de gérontopsychiatrie de 18 lits viendra compléter le dispositif. Cette unité proposera des bilans pluridisciplinaires des troubles psychiatriques une évaluation des capacités cognitives et un travail sur la dépendance pour des séjours limités à 4 semaines.

Au CHS Sainte-Marie : une unité de géronto-psychiatrie de 21 lits

Une Unité Cognitivo-Comportementale à Montélimar sur le territoire du GHT Sud Drôme Ardèche (mais pas à Valence ni à Romans, donc absente sur le territoire du GHT Rhône Vercors Vivarais).

Les Unités d'hébergement renforcées (UHR), destinées à l'accueil des patients ou résidents présentant d'importants troubles du comportement.

Unités d'hébergement renforcé médico-sociales du territoire :

- EHPAD La Matinière, St Jean en Royans
- EHPAD Vernoux en Vivarais
- EHPAD Villeneuve de Berg

Unités d'hébergement renforcé sanitaires :

- Centre hospitalier Drôme Vivarais
- Groupement hospitalier des Portes de Provence

Les équipes mobiles gériatriques (EMG) extrahospitalières apportent un appui à la prise en charge en psychogériatrie notamment en EHPAD ; elles sont déployées à partir des centres hospitaliers sur le territoire des filières gérontologiques de Drôme et d'Ardèche.

Prise en charge et le bilan des syndromes démentiels par le réseau des consultations mémoires sur Valence, Montélimar, Drôme Nord, Annonay, Aubenas

Les constats concernant l'apparition des premiers troubles psychiques et l'entrée dans le parcours de soins

En transversal

- Les premiers signes de troubles psychiques, sont source d'anxiété et de souffrance pour la personne concernée. Le manque d'information du grand public sur ces problèmes et sur les ressources existantes aggrave la détresse et les difficultés d'orientation. Pour réduire ces difficultés, il faut proposer un premier accueil bienveillant, pas forcément soignant, aux personnes concernées et leurs proches. Le besoin d'une première réponse bienveillante, étayante, dès les premiers signes, en l'absence de diagnostic, est souligné par les associations de patients. Besoin de mettre en place des plateformes d'orientation des personnes et de leurs proches, face à des symptômes débutants, (cf Rehpsy).
- Le manque de formation des acteurs non-psychiatres (notamment médecins généralistes) au repérage des troubles psychiques et aux orientations possibles est défavorable à une prise en charge adaptée.
- Le rôle des infirmiers de CMP, leur première évaluation de la demande de soins doivent être mieux connus des professionnels et du grand public.
- Il est souvent nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire face aux premières manifestations de troubles psychiques, afin d'améliorer et de faciliter le diagnostic.
- Toujours un manque de communication entre psychiatrie, neurologie, centres hospitaliers et centres experts : dommageable pour les diagnostics
- Certains troubles sont encore mal connus et certains professionnels (santé) sont encore peu formés à leur repérage et diagnostic, par exemple la bipolarité,
- Le manque de formation des enseignants, éducateurs spécialisés au repérage des troubles psychiques aggrave les risques de confusion entre difficultés de comportement et troubles psychiques et les risques de « psychiatriser » toute souffrance.
- L'annonce d'un diagnostic peut effrayer les personnes concernées, mais il peut aussi faciliter l'entrée dans une démarche de soins.

Périnatalité enfants

- Il est essentiel de repérer les troubles dès la période périnatale (difficultés d'attachement mère-enfant, dépression post-partum). Les maternité, les PMI en lien avec des équipes de CMP ou l'équipe mobile de périnatalité (bassin valentinois et la Vallée de la Drôme) sont en lien et travaillent à ce repérage.
- Les professionnels de la petite enfance (crèches, LAEP, PMI), de l'éducation (enseignants et médecins scolaires), les travailleurs sociaux sont des acteurs du repérage.
- Les ressources existantes sont saluées mais ne couvrent pas tous les besoins sur l'ensemble du territoire (plusieurs postes de médecins scolaires non pourvus en Drôme, ...)
- La formation des équipes de psychiatrie infanto-juvénile par le CEDA a permis d'améliorer le diagnostic des troubles du spectre autistique.

- Les difficultés d'accès aux diagnostics (saturation des CMP infanto-juvéniles, CMPP, et coût des ressources en libéral), la difficulté de poser un diagnostic chez les enfants de moins de trois ans, le manque de dialogue entre spécialistes (sauf en interne dans les CMP), le manque d'information des parents, engendrent toujours des retards de diagnostic et des diagnostics parcellaires (nombreux bilans non réalisés).
- Le déni des difficultés de l'enfant par la famille, leurs représentations négatives sur la psychiatrie retardent encore l'accès aux diagnostics des enfants.
- Enfants suivis par l'ASE, la PJJ : les difficultés d'articulation, le manque de culture commune entre les professionnels de l'ASE, de la PJJ et de la psychiatrie publique sont défavorables au repérage et au diagnostic des troubles psychiques.

Jeunes et adolescents

- Les difficultés scolaires, éducatives, de comportement ou encore la délinquance juvénile peuvent être en lien avec des troubles psychiques : il faut que les professionnels soient vigilants.
- Les ressources de diagnostic spécifiques aux adolescents et aux jeunes (CMP adolescent, Maison des Adolescents) sont rares et concentrées dans le bassin valentinois. D'où des besoins de formation des professionnels des CMP à la clinique adolescente et d'articulation renforcée entre les acteurs « jeunesse », localement (Éducation Nationale, Point accueil écoute jeunes, CJC, CEGIDD...).

Personnes âgées

- Les troubles du comportement des personnes âgées peuvent être liés à des pathologies psychiatriques, à des syndromes démentiels, voire à une intrication entre les pathologies : cette complexité est encore mal connue par les professionnels
- Les médecins généralistes et infirmiers libéraux jouent un rôle important, pas toujours bien reconnu, dans le repérage des troubles mentaux des personnes âgées.
- Les ressources de dépistage précoce de risque suicidaire chez les personnes âgées sont encore insuffisantes dans les deux départements.
- Il reste difficile d'établir un diagnostic pluridisciplinaire chez les personnes âgées du territoire (gériatre, psychiatre, neurologue), par manque d'articulation des professionnels

5. L'accès aux soins des personnes concernées par un trouble psychique

5.1. Éléments transversaux et exemple d'actions

5.1.1. L'offre de soins en psychiatrie en présence variable selon les territoires

Des disparités en termes de ressources de soin sont observées sur le territoire : l'offre de soins est essentiellement dimensionnée en fonction de la densité de population : Valence et (dans une moindre mesure) Privas concentrent un très grand nombre de ressources de tous types, tandis que certaines parties du territoire, rurales, apparaissent peu dotées, comme le plateau ardéchois et le Diois. Des difficultés d'accès aux soins sont ainsi observées dans les territoires ruraux en raison de l'éloignement des ressources et de la faiblesse des transports en commun (propres aux territoires ruraux et semi-ruraux). En effet, les difficultés de mobilité des jeunes, des personnes âgées et plus globalement des personnes en situation de précarité sont un frein à un bon accès aux soins. La question des déplacements, de l'aide aux transports pour accéder aux ressources de soins en santé mentale est ainsi centrale pour les départements de la Drôme et de l'Ardèche et interrogent la Région, les Départements et les communes au niveau des transports en commun et du transport à la demande.

- **Les difficultés d'accès aux psychiatres**

Les données de démographie médicale montrent une densité en psychiatres (privés et publics) plus faible en Ardèche et en Drôme que dans l'ensemble de la région (respectivement 15,17 et 23 psychiatres tous modes d'exercice pour 100 000 habitants). Ces spécialistes sont concentrés dans les bassins urbains (Valence, Privas et Romans-sur-Isère), d'autant que les psychiatres hospitaliers sont enregistrés dans la commune où se trouve le siège de l'établissement spécialisé alors que cet établissement couvre un vaste territoire. Plusieurs communautés de communes, notamment dans des territoires ruraux en Ardèche n'ont aucun psychiatre en exercice dans leur territoire, ce qui engendre des difficultés d'accès géographiques aux psychiatres très importants dans les parties rurales de ces deux départements.

Les études réalisées dans ces deux départements et les données récoltées dans le cadre des groupes de travail, montrent une saturation des files actives des psychiatres exerçant en CMP dans l'ensemble du territoire (en zone urbaine et rurale), ce qui engendre des délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un psychiatre jugés longs en CMP. D'autre part, le refus d'une partie des psychiatres libéraux de prendre de nouveaux patients en raison de la saturation de leur file active (d'autant qu'une partie d'entre eux est proche de la retraite) est également constaté.

Par ailleurs, rappelons qu'une partie des psychiatres libéraux exercent avec dépassement d'honoraires (22% des psychiatres libéraux en Ardèche et 15% des psychiatres libéraux en Drôme exercent avec en secteur 2) et ne sont donc pas accessibles aux ménages modestes.

Délais de rendez-vous moyen avec un médecin en CMP selon l'établissement de rattachement, 2015

	Hôpital Sainte Marie de Privas	CHS Le Valmont*	CH de Montélimar	Hôpitaux Drôme- Nord	Moyenne régionale
Délai de rendez-vous moyen avec un médecin (hors urgence) en CMP Adultes	29,3	57,9	-	20,4	44
Délais de rendez-vous moyen avec un médecin (hors urgences) en CMP infanto-juvénile	76,7	73,3	35	117	120

Source : Enquête sur les Centres médico psychologiques (CMP) en Rhône-Alpes, ARS juin 2015

Ces difficultés d'accès aux psychiatres (géographiques, délais d'attente, financières) ne sont pas propres aux départements de l'Ardèche et de la Drôme mais semblent particulièrement vives dans les territoires ruraux et socialement défavorisés comme le plateau Ardéchois ou dans certains quartiers défavorisés des villes (quartiers en politique de la Ville) en raison des difficultés de mobilité des publics en situation de précarité et de besoins de soins plus importants (les personnes ayant des troubles psychiques sévères et chroniques et donc souvent de faibles revenus résident souvent dans des quartiers où l'offre locative est peu onéreuse et à proximité des établissements de psychiatrie).

Face à ces obstacles (distances, délais), certains habitants se découragent et abandonnent la démarche de soin : les problématiques de non-accès aux soins psychiques, de prises en charges irrégulières ou arrêtées prématurément sont fortement repérées par les professionnels.

- **Les psychologues peu accessibles en libéral et en CMP**

Les psychologues plutôt présents dans les villes sont toutefois présents dans la quasi-totalité des Communautés de communes du territoire (sauf dans la communauté de commune de la Montagne d'Ardèche, située sur le plateau ardéchois). Concernant les psychologues libéraux rappelons encore ici que leurs consultations ne sont pas accessibles aux ménages modestes car elles ne font l'objet d'aucun remboursement par l'Assurance Maladie. Les psychologues exerçant en CMP sont relativement peu nombreux et il semble que l'accès à ce type de soin en CMP soit relativement limité et les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont jugés longs.

Délais de rendez-vous moyen avec psychologue en CMP selon l'établissement de rattachement, 2015

	Hôpital Sainte Marie de Privas	CHS Le Valmont*	CH de Montélimar	Hôpitaux Drôme- Nord	Moyenne régionale
Délai de rendez-vous moyen avec un psychologue (hors urgence) en CMP Adultes	127,6	62,6	-	45	90,6
Délais de rendez-vous moyen avec un psychologue (hors urgences) en CMP infanto-juvénile	68,1	69,9	55	30	114

Source : Enquête sur les Centres médico psychologiques (CMP) en Rhône-Alpes, ARS juin 2015

- **Des médecins généralistes peu accessibles en zone rurale mais également en ville**

Au-delà des mesures d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes (cf. données de contexte) qui permettent d'identifier des communes sous-denses en médecins généralistes, les diagnostics locaux de santé réalisés dans différents territoires des deux départements pointent des difficultés d'accès aux médecins généralistes dans de très nombreux territoires y compris dans les villes (Valence, Pierrelatte, Annonay notamment mais également à Donzère, Saint-Rambert d'Albon, dans le Pays des Vans en Cévennes etc.¹³). Cette difficulté d'accès au médecin généraliste, en principe le professionnel de santé qui se trouve le plus en proximité des habitants, compromet la qualité du parcours de soin des personnes,

- **La psychiatrie de service public : la psychiatrie de secteur**

Des difficultés d'éloignement géographique aux établissements de psychiatrie, CMP notamment, ont également été soulignées par les participants aux groupes. En effet, si tous les bassins de vie sont dotés d'un CMP, CATTP, HJ, certaines communes rurales demeurent néanmoins très éloignées géographiquement de ces ressources... Au-delà de la vallée du Rhône, dans les territoires ruraux, en montagne, et en particulier, selon les acteurs rencontrés, dans la vallée de la Drôme jusqu'au Diois et sur le Plateau ardéchois, les distances pour accéder à ces services sont importantes et, de ce fait, l'accès à la psychiatrie complexe.

Par ailleurs, les délais d'attente en CMP, notamment dans les CMP infanto-juvéniles sont jugés longs, ce que confirme une étude réalisée par l'agence Régionale de Santé auprès des CMP de Rhône-Alpes en 2015. Selon cette étude, les délais moyen d'attente pour un premier rendez-vous en CMP Adultes sont compris entre 5 et 14 jours dans les départements de la Drôme et les délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP infanto-juvénile sont également perçus comme longs, entre 2, 5 mois et 4 mois.

Délais de rendez-vous moyen en jours CMP selon l'établissement de rattachement, 2015

	Hôpital Sainte Marie de Privas	CHS Le Valmont*	CH de Montélimar	Hôpitaux Drôme- Nord	Moyenne régionale
Délai d'attente moyen en CMP Adultes	5,2	14	-	5	21
Délai d'attente moyens en CMP infanto-juvéniles	71,1	79,4	80	117	116

Source : Enquête sur les Centres médico psychologiques (CMP) en Rhône-Alpes, ARS juin 2015

La mise en place de premiers accueils infirmiers dans une majorité de CMP adultes (plus rarement dans les CMP infanto-juvénile), avec la possibilité pour l'infirmier d'avoir un avis médical rapide, afin de proposer une prise en charge ou de ré-orienter le patient, a permis

¹³ Problématique repérée dans les diagnostics locaux de santé réalisés par l'Observatoire Régional de la santé, consultables sur le site internet : <http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/>

de réduire les délais d'attente en CMP. Selon cette même enquête, lorsque ces premiers accueils infirmiers sont mis en place, les patients sont reçus dans un délai allant de 8,3 jours dans les CMP rattachés au Centre hospitalier Drôme Vivarais, 4,6 jours pour les CMP rattachés au CHS Sainte-Marie et 1,6 jours aux hôpitaux Drôme Nord¹⁴ (source : Enquête sur les Centres médico psychologiques (CMP) en Rhône-Alpes, ARS juin 2015).

Enfin signalons, que les CMP adultes, saturés face à une demande de soins jugée très importante, se recentrent sur la prise en charge des troubles sévères (psychoses, troubles bipolaires, dépressions sévères) et ré-orientent une très grande partie des patients (suite à une première évaluation de la demande de soin et de la situation de la personne).

5.1.2. Le rôle du médecin généraliste : leurs besoins de formation/coordination et le rôle possible des MSP

Les médecins généralistes ont un rôle central dans le système de soins et aussi en matière de prise en charge en santé mentale : ils prennent en charge, souvent seuls, les personnes ayant des troubles légers et modérés (dépression et troubles anxieux notamment) et les patients ayant des troubles graves stabilisés (et suivis par ailleurs par un psychiatre).

Une étude montre ainsi que le médecin généraliste est identifié en population générale comme le professionnel à consulter en cas de problème psychologique (58 % de la population adulte)¹⁵. Les troubles mentaux représenteraient 15% des consultations¹⁶ et les médecins généralistes seraient à l'initiative de 90% des traitements antidépresseurs¹⁷.

Le médecin généraliste est donc bien un acteur important du soin en matière de maladie mentale, rôle difficile étant donné le peu de formation à la santé mentale dans les études de médecine générale, et le temps souvent nécessaire pour accueillir les patients concernés par une difficulté psychique, alors que les files actives sont saturées par ailleurs.

- **Les besoins de formation et de coordination**

Malgré la fréquence importante de patients souffrant de troubles psychiques dans la clinique des médecins généralistes, l'enseignement de la psychiatrie durant le cursus universitaire de médecine générale reste très modeste en France (à ce jour, les étudiants de médecine générale n'ont ainsi pas de stage obligatoire en service de psychiatrie).

¹⁴ Jusqu'au 1^{er} juin 2016 et la mise en œuvre de la réorganisation de l'offre de soins de psychiatrie, les hôpitaux Drôme Nord géraient une autorisation de psychiatrie adulte et infanto-juvénile couvrant le nord du département de la Drôme

¹⁵ Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Sucocha A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem ? results from a French survey. BMC Public health 2007;7:188

¹⁶ Younes N, Gasquet I, Gaudebout, Chaillat MP, Kovess V, Falissard B, et al. General practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract 2005;6:18

¹⁷ Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2015. Paris : CNAMTS ;2014. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf

Interrogés sur leurs difficultés dans la prise en charge des troubles psychiques les médecins généralistes interviewés ont souligné les difficultés d'orientation de leurs patients vers une prise en charge spécialisée (saturation des files actives des psychiatres libéraux et des CMP) et des problèmes de communication avec les services de psychiatrie.

Sur le terrain, les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude (professionnels et associations) ainsi que les médecins généralistes interviewés, témoignent des besoins et difficultés d'articulation entre les médecins généralistes et les professionnels spécialisés en santé mentale et tout particulièrement les CMP (voir exemple de cas en annexe du rapport)

De leur côté, les professionnels de santé spécialisés en santé mentale soulignent les difficultés qu'ils rencontrent pour adresser un patient vers un médecin généraliste. Les files actives des médecins généralistes sont souvent également saturées, ce qui les amène à refuser les nouveaux patients. Par ailleurs, le manque de formation des médecins généralistes dans la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques sévères peut les rendre réticents à suivre ces patients (consultations longues et complexes). Les équipes de psychiatrie ont ainsi un réseau informel de médecins généralistes qui acceptent de suivre des patients suivis en psychiatrie, en tant que médecins traitants, mais il s'agit souvent de médecins généralistes décrits comme « militants » par les participants aux groupes, qui ne sont pas suffisamment nombreux pour couvrir les besoins.

Des besoins forts autour de la formation des médecins généralistes et de la coordination entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en santé mentale ont ainsi émergé des échanges. Les participants aux groupes souhaitent que soient développés les axes suivants :

- La formation des médecins généralistes à la détection des troubles mentaux (Cf. chapitre sur le repérage précoce),
- La formation des médecins généralistes à la prise en charge des troubles psychiques et notamment en ce qui concerne les prescriptions de psychotropes (efficacité, tolérance, effets secondaires, observance des traitements) ;
- La formation aux spécificités de la santé somatique des personnes ayant des troubles psychiques (effets secondaires des traitements psychotropes, risque de maladies cardio-vasculaire accrues, compréhension de la plainte etc. cf. chapitre 7) ;
- Les informations sur les possibilités et modalités de prises en charge spécialisée en psychiatrie (et dans quelles situations orienter) ;
- L'interconnaissance, les possibilités d'échanges, de partage d'information et a minima de courrier d'information systématique entre le médecin généraliste et le psychiatre portant sur la prise en charge proposée au patient, la stratégie de soins et le traitement médicamenteux.

• **Le rôle des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles**

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles se développent dans tous les territoires et elles jouent un rôle particulièrement structurant dans les zones rurales, où elles contribuent à maintenir ou à attirer des médecins, et globalement une offre de santé de premier recours

pour la population (pharmacies, professionnels para-médicaux, ...), fondée sur l'attractivité de l'exercice regroupé pour les praticiens. Plusieurs d'entre elles, en Drôme et en Ardèche, ont intégré la santé mentale dans leur projet et dans leur fonctionnement, en offrant des consultations de psychologues ou de psychiatres, ou encore en accueillant des consultations « délocalisées » de CMP ou CMPP.

Ces collaborations sont précieuses pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale, notamment pour les populations dans les territoires ruraux et les communes, qui peuvent être éloignées du CMP présent sur leur bassin de vie. Par ailleurs, le fait d'abriter dans les mêmes locaux des professionnels de la santé somatique et des professionnels de la santé mentale peut contribuer à développer un dialogue entre ces derniers et par-là même à fluidifier le parcours de soins des patients qui ont besoins de soins somatiques et d'une prise en charge en santé mentale. Enfin, ces regroupements où sont présents des professionnels de la santé mentale peuvent aussi aider à destigmatiser à la fois la maladie mentale et le recours aux soins, à une prise en charge, en santé mentale. La proximité, voire la « mixité » des professionnels de santé mentale et de santé somatique dans les mêmes locaux est ainsi une double réponse : au besoin de soins des habitants, et au besoin de destigmatisation de certains d'entre eux, concernés par des difficultés ou troubles psychiques.

Maisons de santé Pluriprofessionnelles offrant une prise en charge en santé mentale:

- MSP de Valence : 1 psychologue
- MSP d'Anneyron : 1 neurologue-psychiatre,
- MSP de Buis-les-Baronnies 1 psychologue, 1 infirmier psychiatre et une consultation de psychiatre, « délocalisée » du CMP adultes de Nyons
- MSP Chateauneuf de Galaure 1 psychologue clinicien qui fait de l'accompagnement individuel et en groupe auprès des enfants et des adultes,
- MSP Die : 1 médecin psychiatre libéral,
- MSP Le Grand Serre : 1 psychologue
- MSP Montoisson : 1 psychologue
- MSP Portes les Valence : 1 psychologue
- MSP Taulignan : 1 psychologue
- MSP Saint-Vallier : 1 psychologue en lien avec CMP de Saint-Vallier (mêmes locaux)
- Projet de MSP sur Crest, avec une présence de membres de l'équipe de pédopsychiatrie du CMP enfants
- MSP du Pays de Vernoux-en-Vivarais : accueille dans ses locaux, une antenne du CMPP de Tournon-sur-Rhône
- MSP de Guilhaud Granges : 1 psychologue
- MSP de Les Vans : 1 psychologue
- MSP de Vernoux en Vivarais : 2 psychologues
- MSP de Villeneuve de Berg : 1 psychologue
- Equipe de soins primaires à Etables : 1 psychologue

Centres de santé existants ou en projet sur le territoire : à ce jour il ne semble pas qu'ils offrent des possibilités de prise en charge en santé mentale sauf pour le centre santé jeunes porté par la ville de Valence

A Valence: le centre de santé jeune porté par la ville

A Romans: l'Escale Blanche géré par UGRMF et les Hortensias géré par la Mutualité Française

4 projets sont en cours, portés par :

- la Ville de MONTELIMAR
- la communauté de commune Porte de Drome Ardèche sur la commune Saint-Rambert d'Albon
- l'ADMR sur la commune de Saint-Jean en Royans
- Bourg-les-Valence : l'Association Centre de Soins et Santé.

1 projet en réflexion qui serait porté par l'association Diaconat Protestant

Focus sur la MSP de Buis-les-Baronnies

En 2018, le CMP de Nyons a sollicité la MSP de Buis-les-Baronnies afin de mettre en place des consultations délocalisées dans ses locaux, pour faciliter l'accès physique aux soins psychiques des habitants de cette partie rurale du territoire (une partie, notamment précaires, ont des difficultés de mobilité). Début 2019 un psychiatre et un infirmier du CMP de Nyons consultent un jour par semaine dans les locaux de la MSP. Ceci facilite les échanges informels entre médecins généralistes et psychiatres du CMP autour de situations de patients. Des axes de collaboration plus avancées sont en réflexion : utilisation systématique d'une fiche de transmission d'informations entre le CMP et les médecins de la MSP pour les patients suivis conjointement, réalisation annuelle d'un électrocardiogramme (dont est équipé la MSP) pour tous les patients du CMP à risque de maladie cardiovasculaire ayant un traitement psychotrope. La réécriture prochaine du projet de santé de la MSP permettra d'intégrer formellement la santé mentale.

(Voir carte de la répartition des MSP en Drôme et en Ardèche en annexe du rapport)

5.1.3. Les psychologues libéraux

Les psychologues ont une démarche thérapeutique auprès de personnes en souffrance psychique. Ils peuvent également faire passer des tests de personnalité ou de niveau intellectuel. Ces professionnels exercent en libéral ou en tant que salarié, notamment en établissement de santé, mais également dans les centres médico-sociaux du département ou au sein d'associations.

Les difficultés d'accès aux psychologues, d'ores et déjà évoquées, sont également bien présentes dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme : difficultés d'accès économique en raison du non-remboursement par l'Assurance Maladie des consultations de psychologues et accès limité à ces professionnels en CMP (sans compter les délais d'attente pour un premier rendez-vous jugés longs).

Notons par ailleurs, la présence de psychologues dans les services du département, les Mission locales ou encore certaines associations mais leur présence est très limitée et leurs

missions consistent plutôt à évaluer et apporter un soutien ponctuel (pas de suivi au long cours ni de psychothérapie) auprès de publics très ciblés (jeunes en insertion, parents d'enfants en bas-âge, femmes victimes de violences conjugales).

Les acteurs présents aux groupes de travail, dont les CMP, les représentants des patients, ont souligné leur intérêt pour les expérimentations en cours dans certains départements pilotes, concernant le remboursement des consultations de psychologues. Ces expérimentations (en cours dans trois départements) concernent les patients adultes ayant des troubles légers à modérés et les enfants âgés de 6 à 21 ans (en cours dans neuf départements).

5.1.4. Le rôle insuffisamment connu et reconnu des infirmiers comme acteurs à part entière du soin

- **Les infirmiers de CMP : au-delà du premier accueil...**

Les infirmiers qui exercent en CMP ne se limitent pas à un premier accueil des patients. Au-delà, ils participent à l'évaluation de l'état de santé de la personne, mais aussi à la définition d'un projet de soins, assurent les soins somatiques, l'administration des traitements prescrits par le médecin. Ils mènent des entretiens d'accueil, d'orientation et d'aide, veillent à l'observance des traitements et concourent à l'information et à l'éducation des patients sur la pathologie et les traitements. Ils assurent un soutien psychologique important, via la relation de confiance et d'aide qu'ils construisent avec les patients. Dans les CMP, ils participent également à l'insertion sociale des patients et réalisent ponctuellement des visites à domicile.

Le rôle central et la qualité du travail réalisé par les infirmiers de CMP dans la prise en charge des patients ont été soulignés lors des groupes de travail. Leur rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale des populations a également été abordé.

Comme on l'a déjà évoqué plus haut, certains des participants aux groupes de travail ont toutefois le sentiment que le rôle des infirmiers de CMP est encore insuffisamment connu et reconnu du grand public ainsi que des professionnels, notamment des médecins généralistes et parfois même de certains psychiatres. Une meilleure communication sur de leurs missions et compétences, pourrait selon eux favoriser l'accès aux soins, dédramatiser la démarche de soin en psychiatrie et aussi mieux prendre en charge les patients.

- **Les infirmiers libéraux**

La plus-value de l'intervention des infirmiers libéraux au domicile des patients a été soulignée par les participants aux groupes de travail : la prise en charge globale des patients (veille sur leur état de santé psychique et somatique, évaluation de la tolérance et de l'observance thérapeutique etc.), leur rôle important dans la coordination avec les soignants (médecins généralistes et psychiatrie) ainsi qu'avec les travailleurs sociaux permet d'améliorer le suivi des patients et de prévenir, dans la mesure du possible, les rechutes et ré-hospitalisations.

Les professionnels rencontrés insistent sur la nécessité de valoriser financièrement ces actes infirmiers car les visites à domicile auprès de patients ayant des troubles psychiques sont chronophages et complexes. Le besoin de soutenir ces acteurs qui exercent de manière isolée au domicile du patient, en accentuant l'articulation avec les CMP a également été abordé. Enfin, ils soulignent l'intérêt de développer la formation des infirmiers libéraux aux entretiens ayant une dimension psychiatrique.

Les éventuels refus de certains cabinets infirmiers d'assurer le suivi de patients ayant des troubles psychiques n'a pas été mentionné lors des groupes de travail, mais cette difficulté a déjà été repérée dans le cadre de Diagnostics locaux de santé. Certains infirmiers libéraux ayant travaillé en psychiatrie, du fait de cette expérience, se « spécialisent » dans les soins à domicile de patients ayant des troubles psychiatriques. Ces expériences sont jugées intéressantes et mériteraient d'être mieux connues, soutenues et valorisées selon les acteurs rencontrés.

- **Les infirmiers de pratique avancée**

Les participants aux groupes de travail ont évoqué les perspectives intéressantes qui s'ouvrent avec l'avènement futur des « infirmiers de pratiques avancées » (IPA) qui existent déjà dans d'autres pays. Les référentiels d'activité et de compétences de l'infirmier de pratiques avancées (IPA) en santé mentale et psychiatrie ont été très récemment finalisés et sont en cours d'examen au Conseil d'Etat. En accord avec le médecin qui confiera le suivi de patients ayant des troubles stabilisés, les futurs infirmiers de pratiques avancées (diplôme de grade master), qui exerceront au sein d'une équipe de soins (en libéral, par exemple, au sein d'une MSP, ou en tant que salarié au sein d'un centre de santé ou d'un établissement psychiatrique ou médico-social) pourront adapter voire prescrire des traitements psychotropes et des examens, assurer une surveillance clinique et mener des actions de prévention.

La perspective de soutenir la formation d'IPA en santé mentale et psychiatrie et de développer ce type de pratique dans les deux départements dans le secteur libéral et salarié, est perçue favorablement car elle répond aux enjeux de démographie médicale et d'amélioration de l'accès aux soins psychiques de la population (les infirmiers libéraux couvrent l'intégralité des territoires des deux départements, y compris dans les zones rurales).

5.1.5. La télémédecine

Le développement de la télémédecine est envisagé par les acteurs rencontrés comme un outil pouvant favoriser l'accès aux soins et aux expertises en santé mentale pour des patients de territoires ruraux.

L'intérêt de développer la télé-expertise, c'est-à-dire la possibilité pour un médecin d'obtenir un avis d'un confrère d'une autre spécialité, via un support numérique, est perçu comme très pertinent, en particulier pour permettre aux médecins généralistes et psychiatres de bénéficier de l'avis des centres experts.

Le développement de télé-consultations est, quant à lui, envisagé comme un levier favorable à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge de certains patients, en particulier en zone rurale pour des publics ayant des difficultés de mobilité (adultes, en fonction des troubles, mais peut-être moins adapté pour les enfants). Les participants aux groupes ont néanmoins souligné que ces téléconsultations ne peuvent constituer la seule réponse thérapeutique et qu'il convient de maintenir également des rendez-vous « physiques ». Les questions de qualité de la connexion internet et de locaux adaptés nécessaires à la mise en place de ces télé-consultations ont également été abordées. En matière de locaux, les partenariats avec des mairies, des maisons de santé pluriprofessionnels (MSP) devraient être envisagés. Enfin, la question de la mobilisation de temps médical, pour réaliser ces télé-consultations ou cette télé-expertise, reste épineuse car les files actives des psychiatres en CMP adultes sont globalement saturées.

Consultations téléphoniques en CMP

Des consultations téléphoniques sont par exemple mises en place par un Centre Médico Psychologique pour permettre à un patient souffrant d'agoraphobie n'arrivant pas à sortir de chez lui de consulter son psychiatre.

Téléconsultations de psychiatres en EHPAD

Des téléconsultations de psychiatres sont actuellement en cours d'expérimentation à l'EHPAD de Valgorge, en Ardèche. Le GHT Rhône Vivarais a répondu à un appel d'offre permettant de doter les EHPAD du valentinois et du Nord de la Drôme de matériel de téléconsultation avec les CH du GHT

Le développement dans le secteur privé, de télé-consultations de psychiatres via des sites comme « Doctolib » est perçu positivement par certains des participants aux groupes : ils estiment qu'elles peuvent répondre à une partie des besoins de suivi (mais pas pour les patients ayant une psychose non stabilisée, essentiellement pris en charge par les CMP), étant donné le manque et la saturation des psychiatres libéraux dans les deux départements.

5.1.6. Les représentations négatives sur les soins psychiatriques et la crainte ou le rejet de soins psychiques

Les représentations négatives autour de la psychiatrie (du psychiatre, de l'hôpital psychiatrique) alimentées par la méconnaissance du fonctionnement et des soins proposés, la stigmatisation de la santé mentale associée à l'image des fous, de la dangerosité, impactent négativement la reconnaissance des troubles et l'accès aux soins des personnes.

Le CMP, parfois vu comme l'antichambre de l'hôpital psychiatrique (lui-même considéré par certains comme le lieu où seraient invariablement enfermés les fous), continue à faire peur à certaines personnes, familles, ce qui génère non seulement des retards de recours aux soins, comme évoqué précédemment, mais aussi plus globalement un rejet des soins, alors même que les soins ont parfois commencé.

Ainsi, au-delà du temps nécessaire à la reconnaissance et à l'acceptation des difficultés et troubles d'un enfant, certains parents recherchent, des solutions alternatives au CMP auprès de professionnels de santé libéraux, de psychologues, de psychiatres exerçant en libéral. Néanmoins en rural, ou pour les familles modestes, les distances à parcourir et le coût de ce type de soins contraignent les familles à interrompre précocement ce type de prise en charge.

5.2. Eléments par tranches d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions

5.2.1. La périnatalité

Les difficultés et troubles de l'attachement, parfois en lien avec la dépression de la mère dans la période périnatale, ont un impact important sur le développement socio-affectif des enfants et le possible développement de troubles psychiques à l'âge adulte.

Si le travail de partenariat entre les maternités, les CMP et les équipes de protection maternelle et infantile des deux départements, permet semble-t-il un bon repérage de la dépression et des difficultés d'attachement mère-enfant, des difficultés de prise en charge sont pointées par les professionnels ayant participé aux groupes. En effet, des prises en charge ambulatoires sont possibles, notamment grâce à l'équipe mobile de périnatalité qui intervient dans le bassin valentinois et la Vallée de la Drôme. Toutefois, il n'existe pas dans ces deux départements de possibilités d'hospitalisation conjointe (mère et enfant). De ce fait, les femmes sont hospitalisées seules et leur enfant est confié aux proches (père, famille élargie si elle est présente), ce qui ne permet pas d'une part, de maintenir le lien entre la mère et l'enfant dans de bonnes conditions et conduit certaines femmes à raccourcir leur séjour hospitalier, et leurs soins, alors même que leurs troubles ne sont pas stabilisés.

5.2.2. La prise en charge des enfants ayant des troubles mentaux

Au-delà des difficultés d'accès géographiques et économiques aux prises en charge, déjà mentionnées (psychiatres et psychologues libéraux), et qui pèsent lourdement sur l'accès aux soins des enfants issus de familles modestes, d'autres difficultés ont été pointées par les participants aux groupes. En effet, d'autres prises en charge, notamment par un psychomotricien, ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie ce qui constitue une entrave à l'accès à une prise en charge multidisciplinaire pour les enfants issus de familles modestes ou précaires. Toutefois, rappelons que dans certains cas, notamment pour des enfants ayant des troubles du spectre autistique et une reconnaissance de handicap, un complément à l'allocation d'éducation enfants handicapés peut être versé par la Caisse d'allocation familiale. Au-delà des enjeux financiers, la rareté et l'éloignement de certains professionnels en certains territoires, notamment ruraux, comme les psychomotriciens ou les orthophonistes, limitent considérablement les prises en charges multiples, qui peuvent être bénéfiques à certains enfants porteurs de handicap (autisme,...).

Le problème de la prise en charge en hôpital de jour des enfants en bas-âge diagnostiqués comme ayant des troubles du spectre autistiques ont également été mentionnées. En effet, si la formation de toutes les équipes de psychiatrie de l'Ardèche et de la Drôme par le Centre

d'évaluation et de diagnostic de l'Autisme (CEDA, basé à Valence) a permis d'améliorer le diagnostic de ces troubles et l'âge du diagnostic, des besoins de prise en charge spécifiquement adaptée à ces enfants sont encore repérés .

5.2.3. Les enfants et jeunes suivis par l'ASE, placés en famille d'accueil, en foyer

Certains des professionnels participant aux groupes de travail ont souligné les difficultés d'accès aux prises en charge en santé mentale des enfants suivis par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), un public particulièrement vulnérable.

Ils signalent le cloisonnement et la faible communication entre les acteurs de la protection de l'enfance et de la psychiatrie : manque de connaissance des missions et méthodes de travail de chacun, qui s'ajoutent au fait que ces enfants déménagent parfois souvent, sont placés dans différentes familles d'accueil, et ne peuvent pas toujours continuer leurs soins au même endroit. Ce manque de partenariat et d'articulation n'est pas favorable à l'accès aux soins de ce public fragile, qui subit encore plus durement des ruptures dans le parcours de vie et de soins. Certains professionnels ont insisté sur le fait que les adolescents suivis par la PJJ qui ont beaucoup de difficultés à aller vers les soins et à consulter.

Les acteurs présents lors des groupes de travail ont signalé l'intérêt et la nécessité de développer des projets novateurs avec les conseils départementaux et l'Agence Régionale de Santé pour favoriser l'accès aux soins psychiques de ce public très fragile.

5.2.4. La disparité territoriale des dispositifs de prévention et de soins psychiques pour les adolescents et les jeunes

A ce jour, même si une Maison des adolescents est en projet sur le département de l'Ardèche, les dispositifs de prévention et de soin pour les adolescents sont concentrés dans le bassin valentinois qui dispose d'un Maison des Adolescents (non sectorisée) et d'un CMP adolescents (qui est sectorisé et n'accepte donc pas les adolescents du nord ou sud Drôme).

Pour de nombreux adolescents et jeunes, se déplacer est difficile : symboliquement pour les plus jeunes qui peuvent redouter de se rendre seuls dans des endroits éloignés de chez eux, mais aussi physiquement, lorsque les transports en commun sont inexistants ou faibles, et enfin financièrement, l'utilisation de transports, en dehors des abonnements et trajets scolaires, peut se révéler onéreuse pour les jeunes... De ce fait les ressources situées à Valence sont surtout utilisées par des adolescents et jeunes du bassin valentinois.

Plusieurs professionnels ont rappelé que la clinique des adolescents est très spécifique, et qu'elle nécessite une formation *ad hoc*. Les équipes des CMP enfants et adultes ne sont pas toutes formées pour prendre en charge des adolescents : elles reçoivent ce public mais sont souvent en difficulté pour proposer une prise en charge adaptée.

Au-delà de cette approche de soins spécifiques, les équipes soignantes ont besoin de pouvoir travailler au sein d'un maillage partenarial : les articulations entre les services de prévention spécialisée du département, les structures en addictologie, l'Education nationale etc... sont favorables au parcours de soins des adolescents et des jeunes. Ainsi, les besoins de ressources d'analyse et de suivi pluridisciplinaires (sur le modèle de ce qui est proposé dans les Maisons des adolescents) sont pointés par les participants aux groupes.

Les acteurs de la psychiatrie participant aux groupes de travail ont ainsi insisté sur le besoin d'expertise en matière de clinique adolescente, de formation et de collaboration avec les acteurs sociaux, éducatifs et sanitaires qui sont en contact avec le public adolescent.

5.2.5. Les jeunes et les adultes en précarité ayant des troubles psychiques

Les jeunes et les adultes en grande précarité et n'ayant pas de logement autonome, sont fréquemment concernés par des comorbidités psychiatriques et addictives ainsi que par des difficultés d'accès aux soins psychiques et somatiques (renoncement aux soins, retard et discontinuité des prises en charge). Au-delà des difficultés d'accès économique et financier aux soins, les troubles des personnes, leur désaffiliation, leur marginalité, les difficultés de temporalité liées à la précarité (difficultés à honorer les rendez-vous), la crainte du contrôle social, font obstacle aux suivis en matière de santé somatique et mentale et entraînent une dégradation de l'état de santé global des personnes en accentuant leur désinsertion sociale. Par ailleurs, le manque d'articulation entre la psychiatrie et l'addictologie ne permet pas de traiter « simultanément » les personnes ayant des comorbidités psychiatriques et addictives.

Le mauvais état de santé d'une partie des demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile, a particulièrement été souligné lors des groupes de travail. Au-delà des conditions de vie très précaires de ces publics, des symptômes de stress post-traumatique sont repérés chez une partie des migrants, en lien avec les conditions de départ (violence et pressions dans le pays d'origine), des violences vécues pendant le voyage d'exil (viol, esclavage, traversée extrêmement périlleuse de la méditerranée). Par ailleurs, de grandes difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiques sont relevées pour ces publics : conditions de vie précaires, méconnaissance du système de santé, difficulté d'accès à une couverture santé, difficultés de mobilité, ne permettant pas une disponibilité psychique pour s'inscrire dans le soin.

Les dispositifs permettant d'aller vers ces publics en précarité, de les mettre en lien avec le système de santé, avec des ressources d'accompagnement individuel (voire d'accompagnement physique aux rendez-vous), tels que la « médiation santé » (présents à Valence et Annonay), les équipes mobiles précarité et psychiatrie, les infirmières de santé publique du département de la Drôme sont salués.

L'Équipe mobile précarité Psychiatrie rattaché au CH Sainte-Marie maille l'ensemble du territoire du CHSM avec 2 mi-temps sur chaque CMP pivot, soit 1 ETP par secteur.

Une équipe de binômes infirmiers « va vers » les habitants qui ont du mal à accéder aux soins. La mission de l'EMPP est d'une part « d'aller vers » les personnes en souffrance psychique et en situation de précarité et d'autre part d'apporter un appui aux équipes des

travailleurs sociaux. L'Equipe mobile peut être alertée par les travailleurs sociaux et des permanences sont alors réalisées dans les structures fréquentées par ce public (CHRS, associations...).

La médiatrice santé d'Annonay et le réseau santé précarité

Médiation santé sur le quartier en Politique de la Ville (QPV) d'Annonay « les Hauts de Ville » : on note la présence d'une médiatrice santé dont la mission principale est d'entrer en contact avec les habitants du quartier qui n'ont plus accès aux soins et de les aider à ouvrir leurs droits, à consulter les médecins généralistes, spécialistes et améliorer ainsi leur état de santé. Après cette prise de contact, la médiatrice santé programme ensuite des visites à domicile pour maintenir le lien. La médiatrice anime par ailleurs le Réseau santé précarité qui rassemble le CCAS, la commune d'Annonay, le Collectif 31, l'EMPP, la préfecture, l'ANPAA, le département de l'Ardèche, les médecins libéraux. L'objectif principal de ce réseau est de mettre en lien tous les professionnels, pour que l'information circule mieux et que la prise en charge de la personne soit la plus adaptée.

A Annonay, la problématique des besoins spécifiques des adolescents et des jeunes en matière de prise en charge fait l'objet de réflexions, qui impliquent les équipes du CMP enfants et du CMP adultes afin d'apporter des réponses adaptées aux jeunes. Par ailleurs, **une convention entre le CMP enfants et le service de pédiatrie de l'hôpital ainsi que le** renforcement du partenariat avec la Prévention spécialisée devrait permettre d'améliorer l'accès aux soins et de proposer des prises en charge adaptées et pluridisciplinaires. A Annonay, le regroupement dans un même lieu du Point Accueil Ecoute Jeunes, et de la Consultation Jeunes Consommateurs est repéré comme facilitant pour fluidifier la prise en charge des jeunes.

Les infirmières de santé publique du département de la Drôme

L'action de l'infirmière de santé publique du Conseil Départemental dans la vallée de la Drôme et le Diois est bien repérée et appréciée des partenaires. Ses principales missions consistent à accompagner des habitants en précarité, très éloignés de la santé, dans leur démarche de santé en favorisant l'autonomie et l'envie de prendre « soin de soi ». Orientés par les partenaires du territoire (services sociaux, associations) il s'agit, majoritairement de personnes seules, parfois désocialisées, ayant un parcours de vie difficile et des problèmes de santé somatiques et psychiques qui parfois n'ont jamais fait l'objet d'aucune prise en charge. L'accompagnement peut prendre différentes formes : entretiens, visites à domicile, accompagnements physiques aux rendez-vous médicaux. L'infirmière de santé publique a développé un réseau informel de praticiens libéraux et de structures qui acceptent et accueillent ces publics parfois très réticents à se soigner. Notons toutefois que cette professionnelle intervient sur un territoire vaste, à savoir la Vallée de la Drôme et le Diois, ce qui limite, de fait, le nombre de personnes pouvant en bénéficier.

Au sein de la **MDA de Valence, 0,5 ETP de pédopsy est dédié à la prise en charge des ados du Centre Educatif Fermé et de la PJJ.**

5.2.6. Les personnes âgées, la plus-value des équipes mobiles gériatriques

La plus-value des interventions de ces équipes a été soulignée lors des échanges en groupe : elles permettent notamment de maintenir des personnes âgées ayant des troubles du comportement dans les EHPAD et résidences seniors et d'éviter autant que possible les hospitalisations en psychiatrie pouvant être traumatisantes et déstabilisantes chez des personnes âgées, fragiles et poly-pathologiques.

Les constats sur l'accès aux soins des personnes concernées par un trouble psychique

En transversal

- Les difficultés « physiques » d'accès aux soins en santé mentale sont fortement repérées en rural : les ressources sont largement concentrées à Valence et à Privas
- Les files actives des psychiatres et psychologues sont saturées (délais d'attente pour rendez-vous en CMP Adultes et infanto-juvénile) des médecins généralistes, psychiatres libéraux refusent de prendre de nouveaux patients, notamment en rural, en quartiers en politique de la ville. Cela engendre des renoncements aux soins et des prises en charges irrégulières ou arrêtées prématurément
- Les CMP adultes priorisent la prise en charge des troubles psychiques sévères. Les premiers accueils infirmiers en CMP Adultes et enfants permettent de réduire les délais d'attente pour un 1^{er} rendez-vous, et de ré-orienter les personnes si besoin
- Les publics précaires, modestes ont difficilement accès aux soins psychiques en libéral (psychiatres et les psychologues) : dépassement d'honoraires, non remboursement par assurance maladie
- Les médecins généralistes sont le professionnel de santé de référence : il serait souhaitable de mieux les former en santé mentale, pour mieux prendre en charge les personnes ayant des troubles psychiques. Par ailleurs, une articulation renforcée entre médecins généralistes et professionnels de santé mentale et tout particulièrement les CMP, est jugée indispensable.
- Les MSP pourraient davantage s'investir dans l'accès aux soins en santé mentale des populations des territoires ruraux. Des collaborations entre MSP et CMP sont repérées qui fonctionnent bien (consultations délocalisées de CMP dans la MSP de Buis-les-Baronnies). L'inscription d'un axe santé mentale dans les projets de santé des MSP faciliterait une prise en charge en santé mentale dans les territoires ruraux éloignés des ressources psychiatriques.
- L'intérêt des acteurs rencontrés pour l'expérimentation de remboursement des consultations de psychologues libéraux a été exprimé lors des groupes de travail
- La plus-value de l'intervention des infirmiers libéraux au domicile des patients ayant des troubles psychique est saluée. La perspectives de soutenir la formation d'infirmiers de pratiques avancées en santé mentale et psychiatrie, dans le secteur libéral et salarié, est perçue favorablement car elle répond aux enjeux de démographie médicale et d'amélioration de l'accès aux soins psychiques de la population (les infirmiers libéraux sont présents en urbain et en rural).
- Le développement de la télémédecine est sérieusement envisagé par les acteurs rencontrés comme un outil pouvant favoriser l'accès aux soins, le suivi en santé mentale afin de réduire les risques de ruptures de soins pour des patients de territoires ruraux.

Périnatalité et enfance

- Pas de possibilité d'hospitalisation conjointe mère-bébé dans les deux départements (prises en charge uniquement en ambulatoire) pour les difficultés d'attachement mère-enfant et les dépressions post-partum, ce qui ne permet pas de maintenir le lien mère-enfant en cas d'hospitalisation de la mère et conduit certaines femmes à raccourcir leur séjour hospitalier alors même que leurs troubles ne sont pas stabilisés
- Le besoin de développer des prises en charge plus conséquentes pour les enfants ayant des troubles du spectre autistique est repéré
- La nécessité d'améliorer le dialogue et la culture commune entre les acteurs de la protection de l'enfance et de la psychiatrie est soulignée pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale des enfants et adolescents suivis par l'ASE et la PJJ

Adolescents-jeunes

- Les ressources de soins spécifiques aux adolescents et aux jeunes (CMP adolescent, Maison des Adolescents) sont rares et concentrées dans le bassin valentinois. Des professionnels de CMP adultes expriment un besoin de formation à la clinique adolescente pour des prises en charge mieux adaptées et tous les partenaires expriment un besoin d'articulation renforcée entre professionnels intervenant auprès des jeunes (Education Nationale, Point accueil écoute jeunes, CJC, CEGIDD...)
- La nécessité de développer des lits d'hospitalisation spécifiques pour les adolescents ayant des troubles du comportement importants (violences) est soulignée. Faute de places d'hospitalisation spécifiques ils sont hospitalisés en psychiatrie en secteur adulte, ou en pédiatrie, ce qui n'est pas adapté à leurs besoins.

Jeunes et adultes en fragilité sociale

- Les jeunes et adultes en grande précarité cumulent fréquemment troubles psychiatriques et addictions, ont des difficultés très importantes d'accès aux soins (difficultés économiques, désaffiliation, marginalité, désorientation,...), ce qui entraîne une dégradation de leur santé physique et mentale et accentue leur désinsertion sociale.
- Les difficultés de santé d'une partie des demandeurs et déboutés du droit d'asile (conditions de vie très précaires, syndrome de stress post-traumatique) et leurs difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiques, adaptés, sont soulignées par plusieurs professionnels (clinique spécifique, problèmes de langue, instabilité des conditions de vie en France...).
- Le travail des Equipes mobiles précarité psychiatrie (EMPP), des médiatrices santé dans les quartiers classés en politique de la ville des deux départements et des infirmières de santé publique (uniquement dans le département de la Drôme) pour favoriser l'accès aux soins de ces publics fragiles est salué.

6. Le parcours de soin, le parcours de vie : ruptures et continuité

6.1. Éléments transversaux et exemples d'action

D'après les participants aux groupes de travail, les parcours des personnes ayant des troubles psychiques sont rarement linéaires : les problématiques des ruptures de soins, de discontinuité dans le parcours de vie sont fortement repérées dans ces deux départements, comme partout en France. Les conséquences délétères de ces ruptures de parcours (de soins, de prise de traitement, d'accompagnement médico-social...) sont pointées par les professionnels et les associations de patients rencontrés : dégradation de l'état de santé psychique, souffrance, isolement social, hospitalisations répétées, marginalisation... et plus globalement difficulté de stabilisation de l'état de santé psychique, faible insertion et mauvaise qualité de vie.

La nature des troubles, et leur moment d'apparition ou ré-apparition (décompensations, rechutes,...) le manque d'adhésion et de compréhension des soins par la personne mais également la multiplicité des acteurs intervenant autour de la personne (des champs sanitaire, médico-social, social...), le manque de communication et d'articulation entre ces acteurs, et enfin les « accidents de la vie » (chômage, divorce, deuil, ...) sont des facteurs de ruptures.

De manière générale, les acteurs rencontrés lors des groupes de travail plaident pour une plus grande souplesse dans les parcours de soin mais également pour une individualisation plus poussée des réponses apportées. L'adaptation des soins, de l'accompagnement social des personnes, aux évolutions de la personne, à son projet de vie, à ses contraintes réelles, sont des facteurs de protection contre les ruptures de parcours de soins.

6.1.1. Le manque d'articulation entre professionnels du soin, du social, du médico-social

La multiplicité des acteurs qui peuvent être impliqués dans l'accompagnement et le soin des personnes (psychiatrie, médecins généralistes, infirmiers libéraux, professionnels du social et du médico-social), si elle permet d'apporter une réponse ajustée aux besoins de la personne, peut parfois pâtir d'un manque d'articulation. C'est ce que pointe l'ensemble des professionnels et associations de patients qui ont participé aux groupes de travail.

Au-delà, le manque d'interconnaissance des missions de chacun, l'absence de culture commune, ne permettent pas une bonne coordination des professionnels, ce qui nuit à la qualité des réponses et à la cohérence des aides apportées. Pour le patient et les aidants, ce manque d'articulation, de lisibilité des missions de chaque intervenant est particulièrement complexe à gérer.

Le réseau REHpsy s'inscrit à l'inverse dans une démarche de cohérence des parcours des patients et pour ce faire dans un partenariat et une approche multidisciplinaire, son action est saluée sur le territoire, mais tous les patients des deux départements ne sont pas forcément en lien avec ce réseau.

Ainsi, la faible communication (pas de ligne téléphonique spécifique pour les professionnels, pas assez d'échanges formels ou informels, d'après certains professionnels) entre acteurs ne se limite pas aux champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux : il concerne également les bailleurs sociaux, services de police, élus...qui sont interpellés ponctuellement sur des situations de personnes ayant des troubles psychiques, qui n'ont ni formation ni liens avec la psychiatrie et l'ensemble des soignants impliqués.

La mise en place dans certains territoires d'instances de rencontre interpartenariales favorisant les échanges et les articulations entre les acteurs des champs social, médico-social, psychiatrique et les bailleurs sociaux autour des questions de santé mentale répond à cet enjeu. Ces instances, et tout particulièrement les conseils locaux de santé mentale (CLSM)¹⁸ favorisent l'interconnaissance des acteurs et la culture commune (dans le département de la Drôme, il existe un CLSM à Valence et des projets sont en cours à Romans sur Isère, Montélimar et dans la communauté des communes du Diois; en Ardèche, il existe un CLSM à Privas et un autre est en projet à Annonay. De plus, des commissions d'étude de situations problématiques (souvent des personnes en rupture de soins, à leur domicile) sont régulièrement mises en place permettant une analyse partagée des situations problématiques, l'articulation de l'action des professionnels et la mise en place de réponses plus adaptées. Il est à noter que sur les cinq CLS qui ont été signés dans le département de la Drôme, le seul qui ne possède pas d'axe sur la santé mentale est celui de Porte de Drôme Ardèche.

Le Conseil Local de Santé Mentale de Valence

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de Valence existe depuis 2014. Cette instance de coordination et de concertation portée par le Centre hospitalier Drôme Vivarais et la Ville de Valence réunit des acteurs variés : associations d'usagers et de patients, réseaux de santé, professionnels de santé libéraux, bailleurs sociaux, Protection judiciaire de la jeunesse. La Cellule de veille du CLSM répond bien aux situations de personnes en ruptures de soins : elle permet une analyse pluridisciplinaire de la situation par tous les acteurs concernés et l'articulation des interventions des professionnels.

Réseau santé précarité dans le bassin d'Annonay

Le Réseau santé précarité porté par l'association Collectif 31.Cf supra.

Le RéHPSy est un réseau de santé financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Rhône-Alpes et conventionné avec la Maison De l'Autonomie (MDA) du Conseil Général de l'Isère. Créé en 2002, il fédère des professionnels de santé libéraux, des structures sanitaires,

¹⁸ Les conseils locaux de santé mentale (CLSM), sont des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Ils ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population

médico-sociales et sociales, des représentants d'usagers et de familles. Le RéHPsy décline ses prestations en direction des personnes atteintes de troubles psychiques susceptibles d'entraîner, ou entraînant une situation de handicap, des professionnels et des aidants familiaux. Il intervient sur :

- L'évaluation et la construction du projet d'insertion de la personne*le suivi du projet d'insertion
- La mise en situation de la personne et l'accès à des stages

Ce défaut de coordination et d'articulation est particulièrement marqué autour de la gestion des sorties d'hospitalisation en psychiatrie ou du passage d'un établissement médico-social à un autre. L'absence de préparation, d'une forme de « tuilage », de communication entre les professionnels hospitaliers et médico-sociaux sont notamment mentionnés.

Le cas de résidents de foyer d'hébergement sortant d'hospitalisation en psychiatrie sans que l'équipe du foyer d'hébergement ne soit prévenue a été évoqué. De même, lorsqu'une personne passe d'un établissement médico-social à un autre, le dossier de la personne, les diagnostics réalisés ne sont pas systématiquement transmis et un échange entre les deux structures autour de la situation de la personne n'est pas toujours réalisé, ce qui nuit à la bonne prise en charge des personnes.

Ainsi, l'importance de mieux préparer les sorties d'hospitalisation en psychiatrie avec les acteurs du domicile et les professionnels médico-sociaux a été soulignée, tout comme le besoin de mettre en place des visites infirmières à domicile, après une sortie d'hospitalisation en psychiatrie, afin de connaître et d'évaluer l'environnement de vie de la personne (isolement, logement dégradé...) et ses besoins d'aide pour éviter les ré-hospitalisations, mais aussi afin d'accompagner l'observance de la prise des traitements médicamenteux

Les participants aux groupes ont également insisté sur la nécessité d'améliorer le partage d'information entre professionnels, dans le respect du secret professionnel et médical, de la liberté du patient (et avec son accord) et en prenant garde de ne diffuser que les éléments nécessaires à une prise en charge optimale. Des questions persistent toutefois quant au contenu des informations à communiquer. Certains professionnels, médecins notamment, s'inquiètent de savoir qui aura accès au dossier transmis, si l'information ne risque pas de stigmatiser la personne. Dans le doute, certains psychiatres renseignent très peu d'éléments dans les dossiers des personnes, à destination des acteurs médico-sociaux.

Enfin, au-delà de l'accord du patient concernant la communication d'éléments de son parcours de soins, certains psychiatres considèrent qu'il est souhaitable que ce soit le patient qui transmette l'information le concernant : par exemple que le courrier du psychiatre soit remis au patient qui fera le choix ou non de le transmettre à son médecin généraliste.

5.1.1 L'ajustement du soin selon les besoins et le choix des patients

- La prise en compte de l'avis du patient, l'explicitation des soins

Au-delà de l'acceptation de la maladie, étape plus ou moins longue et douloureuse, la prise en compte de l'avis du patient, la bonne compréhension des soins, des aides possibles (et leur explicitation) favorisent l'adhésion des personnes aux soins et la continuité des prises en charge. A l'inverse, les hospitalisations sans consentement, certaines modalités d'hospitalisations (la mise en isolement réalisée lors de l'hospitalisation, parfois nécessaire avec un dispositif de contention), parfois nécessaires en cas d'urgence, peuvent se révéler particulièrement traumatisantes pour les patients et engendrer des refus et l'évitement du soin psychiatrique. Les professionnels et associations de patients insistent ainsi sur l'importance d'aider le patient à s'approprier les éléments de son diagnostic, l'importance d'informer les patients sur les différents soins possibles, de prendre du temps pour expliquer les effets recherchés et les effets secondaires possibles des traitements médicamenteux, de donner le choix aux patients sur les ateliers ou groupes thérapeutiques auxquels ils peuvent participer, sur la durée de leur hospitalisation, sur la possibilité de changer de psychiatre etc... et ce, dès l'entrée dans la maladie afin de rendre le patient acteur de son parcours, autant que possible, et de favoriser son adhésion aux soins.

Par ailleurs, il semble important d'aider les patients à honorer leurs rendez-vous en mettant en place, par exemple un système de rappel dans les centres médico-psychologiques.

- Les hospitalisations séquentielles à la demande : un gage de continuité

Les possibilités d'hospitalisations séquentielles à la demande des patients sont repérées comme un élément-clé pour stabiliser autant que faire se peut l'état de santé psychique des personnes et éviter les ruptures de soin. Ces possibilités d'hospitalisation existent dans les deux établissements de psychiatrie (Drôme et Ardèche), mais le nombre de lits ne permet pas toujours de répondre à la demande des patients. Un acteur présent lors d'un groupe évoquait la situation d'une personne, suivie en CMP, qui sentant son état de santé psychique se dégrader avait demandé à être hospitalisée, ce qui n'avait pu être organisée faute de lits disponibles. Par la suite, l'état de santé psychique de la personne s'est encore détérioré et celle-ci était en refus de soin à son domicile, d'où elle ne sortait plus, ne se rendait plus à ses rendez-vous au CMP, et a fini par saccager son logement.

Le besoin de développer ces possibilités d'hospitalisations courtes, à la demande voire à la carte (en laissant le choix au patient de décider de sa date de sortie) afin que l'hospitalisation ne soit pas envisagée comme une perte de liberté mais comme un outil de prévention des rechutes, est également ressorti des échanges lors des groupes de travail. Selon les acteurs, ces possibilités d'hospitalisation en séquentiel peuvent permettre de réduire les hospitalisations tardives, souvent d'une durée longue, qui peut entraver fortement l'insertion sociale et professionnelle des personnes.

Possibilités d'hospitalisations séquentielles dans les Centres hospitaliers Sainte-Marie de Privas et Drôme Vivarais

L'unité de réhabilitation du CH Sainte-Marie dispose de 3 lits pour des hospitalisations séquentielles non programmées.

Hospitalisations séquentielles au Centre hospitalier Drôme Vivarais (unité de réhabilitation psychosociale : lits pour des hospitalisations séquentielles programmées (par exemple, deux jours par semaine sur une période donnée)

Programme d'éducation thérapeutique **pour les patients porteur d'une pathologie schizophrénie ou bipolaire** portée par le centre hospitalier Drôme Vivarais et autorisé depuis 2016.

L'objectif du programme est l'autonomisation des patients en leur donnant les moyens d'être acteurs de leur prise en charge, de connaître leur pathologie, leur traitement et de concilier leur vie quotidienne avec la maladie.

5.1.2 Place et difficultés des aidants naturels

Les relations entre la psychiatrie et les proches des patients, notamment les familles, sont encore difficiles et complexes, même si aujourd'hui le travail avec les familles s'impose comme une nécessité incontournable. L'association des familles au parcours de soin et leur soutien aux familles sont nécessaires pour plusieurs raisons. La famille a souvent une connaissance de la situation et une expérience vécue de la maladie qui en font une ressource pour les soignants. D'autre part, la famille reste généralement en lien avec le patient et elle facilite la réinsertion dans son milieu de vie. Enfin, la famille peut souffrir de la situation et elle nécessite un soutien. Si certaines familles sont « pathogènes », beaucoup constituent un soutien précieux pour les patients.

Malgré les grands progrès effectués depuis une vingtaine d'années, les associations de proches et de patients ont encore le sentiment d'être peu informées, voire disqualifiées ou tenues à l'écart par les soignants alors même qu'elles connaissent bien la maladie et qu'elles sont présentes au quotidien auprès des malades. Elles pointent notamment le refus fréquent des soignants, d'informer les parents au sujet du traitement ou du suivi de leur enfant majeur (pour des raisons de secret professionnel si celui-ci n'a pas donné son accord). Réticence qui contraste avec la facilité avec laquelle les familles sont sollicitées en cas de crise, et en sortie d'hospitalisation pour assurer les tâches pratiques (démarches administratives, vérification de la prise de médicament...).

Le manque d'information, de soutien sont particulièrement mal vécus en début de maladie du proche (douleur morale, solitude, sentiments de culpabilité, d'impuissance). L'épuisement des aidants (qui peuvent être vieillissants), notamment d'un point de vue psychologique a également été abordé. Sur ce point, le manque d'alternative à une hospitalisation, tout en ayant besoin de solutions de répit pour les aidants, a été repéré dans ces deux départements.

Du côté de la psychiatrie publique, trois grands niveaux de besoins de partenariat avec les familles peuvent être distingués :

- L'accueil, l'accès à l'information, la prise de contact avec les soignants
- L'écoute, le lien ou le conseil personnalisé : possibilité pour la famille de s'adresser à une personne référente pour obtenir des informations ou des conseils, existence de lieux d'écoute et de parole
- Le dialogue, l'implication dans la prise en charge : soignants et proches partagent l'analyse de la situation et réfléchissent ensemble aux solutions envisageables

Le degré d'implication des familles est divers, et parfois lié à la culture des professionnels, l'âge du patient, les contraintes économiques et sociales. Pour les enfants mineurs, les soignants pointent la nécessité d'associer et de soutenir les familles, souvent peu armées pour affronter la maladie, par des actions de guidance familiale. La nécessité d'associer et de soutenir les parents est également soulignée pour les adolescents car face aux comportements violents ou agressifs de certains d'entre eux, certains parents se sentent dépassés. Dans tous les cas, l'accord des deux parents est nécessaire pour soigner un mineur, ce qui est parfois difficile à obtenir pour des patients placés lorsque les parents sont difficilement joignables. Pour les majeurs, l'information et l'implication des parents restent soumises à l'accord du patient.

Les associations de patients et de proches, comme l'UNAFAM et Bipol'Air jouent un rôle essentiel dans la reconnaissance de la place des patients et des proches. Elles réalisent notamment des actions de soutien en direction des familles : permanences téléphoniques, accueil sur rendez-vous par des bénévoles dans les principales villes, formations. Elles organisent également des sensibilisations des professionnels au vécu des familles, à leurs difficultés.

Le programme Profamille organisé par le Centre Hospitalier Drôme Vivarais pour les habitants de la Drôme et de l'Ardèche

Profamille est un programme psychoéducatif pour les familles ayant un proche souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs. Le programme a pour objectifs de permettre aux familles de mieux comprendre comment faire avec un proche malade dont certains symptômes paraissent difficiles à gérer, d'apprendre à réduire l'impact de la maladie sur leur propre santé, d'utiliser plus efficacement les services d'aides, médicaux et sociaux. Profamille est une formation structurée de 14 séances de 4 heures sur 8 mois.

Le programme Psy-Trialogue : porté par le CHS Sainte-Marie (service de réhabilitation psycho-sociale), l'Embarcadère et l'UNAFAM est un espace d'échange visant à (re)créer du lien entre les 3 acteurs de la santé mentale : les patients, les proches et les professionnels, une fois par mois, à la Maison des Services Publics de Montélimar.

Journées de formations de l'UNAFAM à destination des proches aidants

L'UNAFAM organise régulièrement des formations à destinations des proches aidants de personnes vivant avec des troubles psychiques: journée d'information sur les troubles psychiques, Journées d'information École et troubles « psy », ateliers d'entraide Prospect, formation Mieux communiquer avec son proche bipolaire.

La présence des **associations d'usagers dans les Centres hospitaliers Sainte-Marie de Privas et Drôme Vivarais** : La maison des usagers au Centre Hospitalier Drôme Vivarais se définit comme Un lieu d'écoute des usagers sur leur demandes, leurs besoins, un lieu de rencontre avec des associations d'usagers, de familles et plusieurs professionnels du médico-social et un lieu d'information sur les pathologie, les traitements, les droits, l'accompagnement des proches. Les usagers et leur proches peuvent rencontrer dans ce lieu des associations de représentants des usagers (GEM, BIPOL'Air), des proches (UNAFAM) et médico-sociales (ADAPEI et ODIAS) et un réseau de santé (REHPSY).

6.1.2. De la référence de parcours aux case-managers

Le besoin d'un référent de parcours unique, c'est-à-dire d'un interlocuteur privilégié pour la personne concernée par une difficulté psychique (notion de confiance) et son entourage, qui puisse assurer l'articulation la coordination de l'action des professionnels impliqués dans le soin et l'accompagnement de la personne, a été souligné à maintes reprises lors des groupes de travail. Il s'agit pour les acteurs d'améliorer la cohérence des parcours, d'assurer une forme de veille, d'améliorer l'accès aux soins psychiques et somatiques et de limiter les ruptures de soins et d'accompagnement. Actuellement, ce rôle est partiellement investi par les infirmiers de CMP, plus rarement les médecins généralistes, ou encore les « référents emploi » ou un service d'accompagnement à la vie sociale lorsque la personne en bénéficie ou encore par la famille (le besoin de formation des familles à ce rôle est également pointé), et ce, simultanément. De ce fait, les interlocuteurs sont multiples, ce qui peut se révéler complexe à gérer pour la personne et les professionnels du soin, ces derniers manquant d'une vision globale du parcours de santé et de vie des personnes.

Au-delà de ce référent unique, les acteurs rencontrés et en particulier les associations de proches et de patients appellent de leur vœux la mise en place, de « case-managers », qui ont montré leur efficacité dans d'autres pays (Etats-Unis, Canada, Grande Bretagne, Australie, Suisse, Danemark) pour limiter les ruptures de soins, de prise en charge, et améliorer l'insertion et la qualité de vie des personnes.

Le case-management vise à favoriser un accompagnement progressif de la personne vers le rétablissement dans son milieu. L'accompagnement appréhende l'ensemble des champs d'intervention nécessaires pour répondre aux besoins de la personne et à son projet de vie et favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion du sujet et de son entourage au projet de soins. En France, si le case management est développé pour des personnes en situation complexes (précarité, isolement social) dans le domaine de la Maladie d'Alzheimer et de la gériatrie (MAIA), les expériences sont peu nombreuses en psychiatrie.

Ce type d'intervention repose sur l'évaluation globale des besoins de la personne, grâce à une équipe pluridisciplinaire (afin de d'évaluer les capacité et difficultés de la personne et de déterminer un niveau d'intervention adéquat, dans des domaines très variés).

L'intérêt de mettre en place des « case-manager » ou gestionnaires de parcours uniques pour les personnes dès le début de la maladie, de ne pas « perdre du temps » afin d'améliorer les possibilités de rétablissement des personnes et les parcours de vie est, par ailleurs, ressorti des échanges. L'importance de la continuité, de la présence du « case-manager » ou gestionnaire de cas tout au long du parcours, d'une forme de veille ont

également été abordés. Enfin, la ré-évaluation régulière des capacités et difficultés de la personne et de son projet semblent également nécessaires.

RéHPsy

Le réseau handicap psychique (RéHPsy) est un groupement de coopération sociale et médico-sociale regroupant les structures sanitaires, médico-sociales et sociales de la Drôme, de l'Isère, de la Savoie et Haute-Savoie. Sa mission est de contribuer à l'insertion sociale et/ou professionnelle de personnes souffrant de troubles psychiques entraînant un handicap ou susceptibles d'entraîner un handicap et de favoriser leur rétablissement. Le RéHPsy assure une mission de coordination de parcours pour des personnes en situation de handicap psychique, en vue de faciliter leur rétablissement. Cette coordination de parcours consiste à faciliter l'accès aux diagnostics et aux soins, à coordonner les différents intervenants et à élaborer avec les personnes leur projet individualisé d'insertion sociale et/ou professionnelle.

6.1.3. La réhabilitation psycho-sociale

La réhabilitation psycho-sociale, si elle relève en première instance du domaine du soin en santé mentale, en étant proposée au sein des CHS, constitue cependant une ressource qui permet de favoriser l'insertion dans la vie de la cité. Plus l'accès à la réhabilitation psychosociale est précoce, avant même que ne soit posé un diagnostic, meilleures sont les chances de rétablissement de la personne, de maintien de ses fonctions cognitives, et donc de capacités à vivre dans un logement, à avoir un emploi.

De ce fait, les personnes concernées par des troubles psychiques, et tout particulièrement les personnes schizophrènes ou bipolaires, sont mieux armées contre les effets de la maladie, mais aussi certains effets indésirables des traitements, et peuvent recouvrer des aptitudes qu'elles avaient perdu ou qui s'étaient réduites.

Les professionnels du soin ont souligné à la fois combien cette approche est inconnue ou méconnue à la fois du grand public, mais aussi des médecins généralistes et parfois même de certains psychiatres.

Une meilleure communication sur les possibilités de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques, au travers de la réhabilitation psycho-sociale serait ainsi souhaitable d'après les participants aux groupes de travail. La communication ne suffit pas il faut former les professionnels voir la dernière circulaire

Il est néanmoins important de préciser que la réhabilitation psychosociale ne peut se faire à partir d'un certain âge. Les pathologies neuro-cognitives associées à la vieillesse (Alzheimer, Parkinson, ...) et le simple vieillissement cognitif rendent non-opérant des procédés qui visent à « remettre en route » des habiletés réduites par la maladie. La réhabilitation s'adresse en priorité aux personnes présentant un premier épisode psychotique. Son efficacité est moindre pour les patients entrés dans la maladie depuis plusieurs années.

1 Centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du CHS Drôme-Vivaraïs

1 Service de réhabilitation psychosociale du CHS Sainte-Marie de Privas

Ces ressources sont situées à Valence, Montélimar et Privas et de ce fait, des difficultés d'accès à la réhabilitation psychosociale sont pointées pour les personnes résidant en dehors de ces villes et plus encore dans des territoires ruraux. Pour cette raison, plusieurs acteurs ont émis le souhait que soient créées des équipes mobiles de réhabilitation qui pourraient intervenir par exemple dans les CMP.

3 centres de référence de niveau 2 : Lyon Le Vinatier, CHU Grenoble, CHU Saint-Etienne
1 centre ressource de niveau 1 : Lyon Le Vinatier

Ces structures ont pour mission de travailler en réseau de diffuser de l'information de former les professionnels aux dernières avancées d'apporter une expertise supplémentaire aux patients lorsque la structure de niveau 3 ait dans l'incapacité de répondre.

6.2. Éléments par tranche d'âge, publics spécifiques et exemples d'action

6.2.1. Les enfants issus de familles en situation de précarité

Les professionnels présents constatent que les ruptures de soins sont plus fréquentes chez les enfants issus de familles précaires, pour différentes raisons : au-delà des difficultés d'acceptation des troubles de l'enfant, de la compréhension du sens du soin, les difficultés de mobilité de ces publics et les ruptures de vie (séparations, déménagements) sont un frein aux prises en charge régulières. Par ailleurs pour nombre d'enfants suivis en CMP, les situations sont « à cheval » entre problématiques éducatives et psychiques, d'où des suivis et interlocuteurs multiples, nécessitant un travail d'articulation important entre professionnels. Ainsi, les professionnels pointent les grands besoins de guidance des parents en fragilité sociale pour leur permettre d'accompagner au mieux leur enfant.

La place des parents dans les équipes éducatives est essentielle pour éviter le sentiment de culpabilité, de disqualification. Il est essentiel d'associer les parents à l'analyse des difficultés et aux décisions concernant leur enfant, et favoriser leur implication dans les accompagnements proposés. Ces éléments favorisent la continuité dans les soins, et réduisent le risque de ruptures.

6.2.2. Les enfants et les adolescents suivis par l'aide sociale à l'enfance, placés

Les ruptures de soins sont particulièrement fréquentes chez les enfants et les adolescents suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance, placés, en raison de parcours de vie « chaotiques » : les changements fréquents de lieu de résidence et de mesures de protection (enfants et adolescents changeant fréquemment de famille d'accueil, de structure d'accueil, qui alternent parfois avec des retours au domicile des parents) engendrent de nombreuses

ruptures de soins et de prise en charge. D'autre part, à leur majorité, ceux-ci ne bénéficient pas de mesure de protection et un grand nombre se retrouvent en hébergement social ou à la rue, sans aucun suivi ni aucune forme d'accompagnement.

6.2.3. Les adolescents et les jeunes

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte constitue souvent une période de flottement, de ruptures de soins, en raison, en partie de l'organisation de la prise en charge (à 16 ans, 18 ans au plus tard, les patients auparavant suivis en CMP Enfants « basculent » en CMP adultes) et du manque d'articulation entre les CMP enfants et adultes au moment de ce passage des individus de l'un à l'autre CMP.

La sortie d'IME¹⁹ à 18 ans, la fin d'un accompagnement par le SESSAD²⁰ sont identifiés comme des moments de ruptures dans les parcours de vie des jeunes ayant des troubles psychiques. Le manque de préparation du relais, le manque de structure d'aval en matière d'insertion professionnelle mais également parfois le rejet du jeune pour le « parcours psychiatrie » ou son refus de l'étiquette de travailleur handicapé engendrent des ruptures. Ces jeunes, sortis du système de l'éducation spécialisée, ne bénéficient d'aucun accompagnement (ni formation, ni dispositif d'insertion professionnelle). Ils sont parfois, parfois mais pas toujours, accompagnés par les Missions locales et la prévention spécialisées (éducateurs de prévention plutôt présents dans les villes), mais le risque est grand qu'ils s'installent insidieusement dans une forme de désinsertion, puis de marginalité.

6.2.4. Les adultes sortant de dispositifs d'accompagnement

Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), bénéficient de l'accompagnement mensuel d'un référent de parcours pour favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Ce professionnel, souvent un travailleur social pour les personnes éloignées de l'emploi, peut, si besoin, quand la personne a des troubles psychiques sévères et chroniques, l'aider à constituer un dossier de reconnaissance de handicap pour bénéficier d'une allocation adulte handicapé (AAH). Lorsque la personne obtient cette reconnaissance, les professionnels observent que la personne, qui ne peut plus bénéficier de la référence liée à prestation de RSA, ni d'un accompagnement par un référent MDPH²¹, est sans suivi sur le plan social. En effet, si le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) de l'association ODIAS assure l'accompagnement de quelques personnes sorties du RSA, la majorité des personnes ne bénéficie plus d'un suivi par un travailleur social ou un autre professionnel.

De manière plus générale, les professionnels soulignent l'importance d'offrir aux personnes sortant de dispositifs d'accompagnement comme les SAVS, les Services d'accompagnement

¹⁹ Institut médico éducatif

²⁰ Service d'accompagnement des enfants en situation de handicap

²¹ Maison départementale des personnes handicapées

médico-social pour personnes handicapées (SAMSAH), des possibilités d'aide humaine ponctuelle, de manière réactive afin de soutenir l'autonomie des personnes.

6.2.5. Les adultes en grande précarité

Les personnes en grande précarité (sans logement autonome), cumulent assez fréquemment des problématiques addictives et des troubles psychiques, au cours de leur parcours de vie fait d'instabilité et de changements plus ou moins subis qui entraînent souvent des changements de commune et de département de résidence, ce qui impacte très négativement leurs possibilité de suivre un soin psychique de manière régulière personnes. Par ailleurs, comme mentionné précédemment, l'absence de logement stable et le manque d'articulation entre les champs de l'addictologie et de la psychiatrie n'est pas favorable à la mise en place de suivis réguliers et conjoints. La présence d'accueils de jour en de nombreux point du territoire, l'articulation de ces structures avec les équipes mobiles précarité psychiatrie, les CARRUD, sont saluées car elles permettent à ces personnes d'accéder ou de reprendre des démarches de prévention et de soin.

6.2.6. Les personnes âgées

Les ruptures dans les parcours de soin et de vie des personnes âgées ayant des troubles psychiques et des troubles cognitifs tiennent avant tout, selon les participants aux groupes, aux difficultés d'établir un diagnostic pluridisciplinaire (gériatre, psychiatre, neurologue) et aux difficultés d'accès et de maintien dans les EHPAD.

En effet, les représentations négatives autour de la schizophrénie et de la maladie mentale, le manque de formation du personnel des EHPAD en matière de santé mentale et, dans certains cas, les difficultés de comportement de personnes sont des freins à l'accès et au maintien dans les EHPAD de ce public.

Selon les secteurs géographiques, les personnes âgées ayant des troubles psychiques sont acceptées plus ou moins facilement en fonction des places d'EHPAD (saturation ou vacance). Ainsi dans le secteur d'Annonay, où on repère un phénomène de vacance dans certains EHPAD, les patients âgés suivis en psychiatrie sont assez facilement acceptés, mais cela n'est pas le cas dans la Drôme où la situation est semble-t-il plus tendue.

Le partenariat entre la psychiatrie et les EHPAD permet de lever les réticences et de faciliter l'entrée et le maintien des personnes âgées suivies en psychiatrie dans ces établissements. La possibilité d'intervention, dans les EHPAD, d'équipes mobiles de psychogériatrie qui se déplacent pour suivre leurs patients tous les 2 à 3 mois, les possibilités de ré-hospitaliser ponctuellement (de manière séquentielle) les résidents, en cas de « crise » ou de « rechute », rassurent les EHPAD et facilitent l'acceptation des personnes âgées ayant des troubles psychiques . Néanmoins, ces possibilités ne sont pas la règle et il semble que plusieurs EHPAD déplorent la difficulté à obtenir un avis ou un appui (voire une ré-hospitalisation) lorsque la personne âgée est jugée en « crise »

Constats sur le parcours de soin, le parcours de vie : ruptures et continuité

En transversal

- Les ruptures et discontinuités dans les parcours de soins, sont toujours fortement repérées par les professionnels. Elles engendrent des dégradations de l'état de santé psychique, une marginalisation sociale, et des hospitalisations répétées.
- Le besoin d'articulation renforcé entre les acteurs impliqués dans l'accompagnement et le soin des personnes (psychiatrie, médecins généralistes, acteurs du secteur médico-social et social) est pointé. Meilleure interconnaissance des professionnels, culture commune, partage d'information, coordination de l'action des différents professionnels permettrait d'améliorer la qualité et la cohérence des réponses apportées, dès le début de parcours de soin, dans le respect du secret professionnel, médical et de la liberté du patient. Le réseau de santé mentale (REHpsy), le réseau Santé Précarité d'Annonay, le Conseil Local de Santé Mentale de Valence créent cette interconnaissance et cohérence.
- Le manque de référents de parcours uniques, d'interlocuteur privilégié pour le patient et son entourage ne permet pas l'articulation des professionnels impliqués dans le soin et un accompagnement adapté des personnes (santé psychique, somatique, insertion sociale, logement, emploi...). Les associations de patients soulignent l'intérêt des « case-managers », dès l'entrée dans la maladie et tout au long parcours de soin. Le REHpsy, dans la Drôme, assure la coordination de parcours de personnes en situation de handicap psychique en vue de favoriser leur rétablissement.
- L'importance des visites infirmières à domicile, en sortie d'hospitalisation en psychiatrie, favorise le suivi du traitement et évite les ré-hospitalisation, mais elle n'est pas bien connue de tous les acteurs.
- Les professionnels et associations de patients soulignent l'importance de mieux prendre en compte l'avis du patient sur les soins qu'on lui propose (dès l'entrée dans la maladie) pour favoriser l'adhésion aux soins et la continuité des prises en charge. Par ailleurs, il faut aider les patients à honorer leurs rendez-vous (rappel des patients dans les CMP).
- Les hospitalisations séquentielles, à la demande des patients, favorisent l'adhésion des patients aux soins, l'observance des traitements, et réduisent le risque de ruptures de soins. Des possibilités existent dans les deux départements mais sont en nombre insuffisant pour répondre à la demande des patients, (enjeu de la gestion des lits).
- Les relations entre la psychiatrie et les familles sont encore difficiles malgré des améliorations. Le manque d'information, de soutien des aidants, notamment en début de la maladie est particulièrement pointé. Les soignants convergent sur la nécessité d'associer et de soutenir les familles au travers d'actions de guidance familiale.
- Les participants aux groupes regrettent le manque d'alternative à l'hospitalisation, comme solution de répit pour permettre aux proches de se reposer et de se ressourcer.
- L'accès à la réhabilitation psychosociale, dès l'entrée dans la maladie, favorise la continuité des parcours de soins. Il est nécessaire d'informer le grand public, les médecins généralistes, les patients sur les possibilités de rétablissement grâce à la réhabilitation psycho-sociale. Des équipes mobiles de réhabilitation seraient pertinentes pour les publics précaires, en rural.

Enfants adolescents

- Les ruptures de soins sont fréquentes chez les enfants issus de familles en fragilité sociale. La « guidance parentale » peut aider les parents à mieux accompagner leur enfant vers et pendant les soins. Il est nécessaire d'associer positivement et davantage les parents aux décisions concernant leur enfant (école, soins, accompagnement social)

Les enfants et les adolescents suivis par l'aide sociale à l'enfance, placés

- Les ruptures de soins sont très fréquentes chez ces enfants et adolescents (placements successifs, déménagements, succession de mesures de protection). D'autre part, à leur majorité, les jeunes qui ont été suivis ne bénéficient plus de mesure de protection et un grand nombre sont désorientés, se retrouvent en hébergement social ou à la rue, ce qui engendre des ruptures de soins. Ces jeunes sont particulièrement fragiles, et ont besoin d'aide renforcée au plan social et sanitaire, même une fois majeurs.

Les adolescents et les jeunes

- Le passage de l'enfance à l'adolescence, puis à l'âge adulte sont souvent de moments d'abandon des soins. Ce phénomène est accentué par l'organisation de la prise en charge (à 16 ans, 18 ans au plus tard, les patients suivis en CMP Enfants « basculent » en CMP adultes) et par le manque d'articulation entre les CMP enfants et adultes.
- De même, la sortie d'IME²² à 18 ans, la fin d'un accompagnement par le SESSAD²³ sont des temps où les risques de ruptures de soins sont aggravés. Le manque de structure d'aval en matière d'insertion professionnelle, parfois le rejet du jeune de toute prise en charge en psychiatrie, son refus de l'étiquette de « travailleur handicapé » accentuent les risques de ruptures.

Adultes

- Les personnes ayant un handicap psychique qui ne bénéficient pas de dispositifs d'accompagnement spécifiques (SAVS, SAMSAH), ont néanmoins parfois besoin d'aide pour soutenir leur autonomie, le suivi des soins

Adultes et jeunes en grande précarité

- Le manque d'articulation entre addictologie et psychiatrie est défavorable au parcours de soins, notamment chez les personnes en grande précarité. La présence d'accueils de jour, l'articulation de ces structures avec les équipes mobiles précarité psychiatrie, les CAARUD, facilitent l'accès ou la reprise de démarches de prévention et de soin.

Personnes âgées

- Des difficultés d'accès et de maintien dans les EHPAD pour des personnes âgées dépendantes ayant des troubles psychiques sont soulignées. Un partenariat et un dialogue renforcé entre la psychiatrie et les EHPAD, la possibilité d'intervention de psychiatres ou d'infirmiers psychiatriques dans les EHPAD favorisent l'accès aux soins et l'accès aux EHPAD des personnes âgées concernées par un trouble psychique.

²² Institut médico éducatif

²³ Service d'accompagnement des enfants en situation de handicap

7. L'urgence et la crise

7.1. Éléments transversaux et exemples d'actions

7.1.1. Les définitions de la « crise » et de « l'urgence » selon les différents professionnels

L'urgence en psychiatrie est définie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée (...) Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique». (Référence : Circulaire du 30 juillet 1992.)²⁴ Les éléments à considérer sont l'état du patient, la notion de danger pour le patient et son entourage. Les types de comportements qui doivent alerter sont : un état d'abattement extrême, une violence de la personne envers elle-même (tentative de suicide, automutilation) ou envers autrui, une angoisse ou une souffrance psychique extrême, un état dépressif intense²⁵.

Il est important de distinguer 3 niveaux dans la gestion des crises : la prévention de la crise, le repérage de la crise et la prise en charge de cette crise.

Selon les professionnels rencontrés, il peut y avoir un écart entre « urgence perçue » et « urgence réelle » et les définitions de la crise et de l'urgence ne sont pas toujours partagées par les différents acteurs de la psychiatrie, des urgences hospitalières, du secteur ambulatoire et du secteur social.

Plusieurs types de crises et urgences ont été mentionnés par les groupes de travail :

- La crise dans le logement « bruyante » gênant le voisinage, interpellant les bailleurs sociaux, voire la commune, créant du désordre public (ex : syndrome de Diogène, personne qui crie la nuit, etc...) et requérant parfois l'intervention de la police voire des pompiers.
- La crise silencieuse « à bas bruit », invisible, et pourtant présente : syndrome dépressif et de glissement chez la personne âgée isolée par exemple, mal être invisible chez un jeune pouvant entraîner une tentative de suicide. Les acteurs identifiés pouvant jouer un rôle protecteur et limiter ces crises sont pour les jeunes le cercle d'amis, la communauté scolaire, la famille et pour les personnes âgées les aidants directs, la famille, les services d'aide à domicile, de soins infirmiers et le médecin généraliste.

Toutefois, pour les acteurs de la psychiatrie, certaines situations considérées par certains comme étant une « crise », ne relèvent pas de l'urgence psychiatrique. Par exemple, et selon eux, la crise dans le logement devrait avant tout être traitée sur un plan social alors que les acteurs de première ligne (voisinage, bailleurs, famille....) identifient souvent le recours psychiatrique comme la solution au problème. Il sera pourtant considéré par les

²⁴ Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la pec des urgences psychiatriques]

²⁵ Psycom

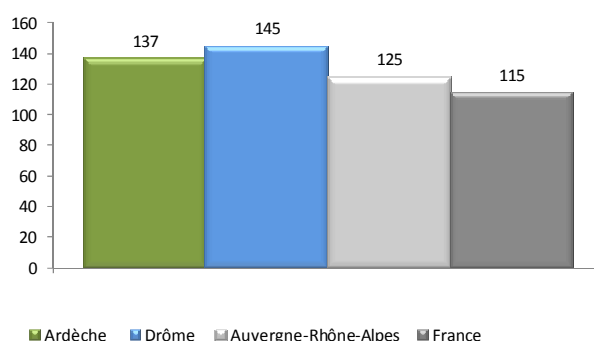
acteurs du soin comme insuffisant voire inadapté. Les professionnels de la régulation SAMU insistent d'ailleurs sur l'évolution de la crise mentionnant, lorsqu'ils sont appelés, une « agitation » au niveau du domicile qui ne répond pas aux critères de prise en charge des urgences SAMU mais qui peut pourtant évoluer vers une crise grave.

7.1.2. Données disponibles sur les crises et urgences en Drôme et en Ardèche

Les hospitalisations sans consentement sont réalisées par les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer cette mission, et selon plusieurs modes d'admission : soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU), soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI), soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Les taux d'hospitalisations sans consentement (tous modes légaux confondus) et hors hospitalisations en unité médicale pour patients difficiles sont supérieurs dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme au taux régional (lui-même supérieur au taux national).

Taux brut d'hospitalisation sans consentement (hors UMD*) chez les 18 ans et plus pour 100 000 habitants, 2015



*unité médicale pour patients difficiles présentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui
Sources : ATIH (RIM-P 2015), Insee (RP 2015), extraction Atlas de santé mentale

Taux brut d'hospitalisation sans consentement (hors UMD*) chez les 18 ans et plus pour 100 000 habitants, 2015

	Ardèche	Drôme	Auvergne Rhône-Alpes	France
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	137	145,3	124,7	114,7
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	15,9	11,3	15,4	17,3
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	55,5	77,6	81,9	75,9
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	71,4	65,5	33,5	27

Sources : ATIH (RIM-P 2015), Insee (RP 2015), extraction Atlas de santé mentale

Le Centre Hospitalier Sainte-Marie a une équipe de liaison sur Montélimar (4 ETP d'IDE et 0,20 ETP de psychiatre). A cela s'ajoute des temps d'infirmiers et de médecins présents sur

Aubenas, Annonay et Privas, dispositifs permettant d'intervenir sur les urgences, mais également au sein des services de MCO.

Parmi les modes d'hospitalisation sans consentement, on remarque un taux d'hospitalisation pour péril imminent (SPI) deux fois plus élevé dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme qu'en Auvergne-Rhône-Alpes et qu'en France.

L'importance du taux d'hospitalisation sans consentement pour péril imminent dans ces deux départements pose notamment la question du non-recours aux soins psychiques ou de la rupture de soins de personnes isolées ayant des troubles psychiques. La question du manque de solutions, de relais, en local, à la disposition des professionnels (travailleurs sociaux, médecins généralistes) et élus pour amener vers le soin des personnes en rupture de soins (ou n'ayant aucune prise en charge) dont l'état de santé psychique se dégrade peut également être soulevée. La présentation de ces chiffres aux professionnels a posé plusieurs questions sur les pratiques de recours aux hospitalisations sous contraintes. Les hypothèses d'interprétation de ces chiffres portaient sur le nombre insuffisant de dispositifs existants en ambulatoire ainsi que les tensions observées dans les services d'urgence, face à l'importance des besoins.

Le suicide est l'une des manifestations de la crise et de l'urgence en psychiatrie. Les indicateurs sur la mortalité par suicide (indicateurs développés et présentés dans la partie contexte) font apparaître un taux de mortalité par suicide en Ardèche supérieur au taux régional et similaire à celui de la Drôme.

7.1.3. Les ressources identifiées sur la prise en charge des urgences psychiatriques dans la Drôme et en Ardèche

Comme dans la grande majorité du territoire français il n'existe pas à proprement parler de services d'urgences psychiatriques en Drôme et en Ardèche. Le Centre Hospitalier Spécialisé Drôme-Vivaraïs a organisé la prise en charge de l'urgence psychiatrique de la façon suivante : à proximité des urgences somatiques, au centre hospitalier MCO de Valence, le Centre Hospitalier Drôme Vivaraïs a déployé une équipe infirmière, 24 heures sur 24 et une présence médicale (psychiatre) en journée pendant la semaine. Le psychiatre d'astreinte du CHS Drôme Vivaraïs intervient le samedi matin et le dimanche matin

Ce dispositif a vocation à évoluer pour pouvoir assurer de façon coordonnée, avec les services somatiques, la psychiatrie de liaison dont les besoins sont peu couverts actuellement par l'équipe médico-soignante des urgences psychiatriques. Cet axe psychiatrie de liaison fait partie du DMP du GHT.

Le projet médical du CHS Drôme Vivaraïs prévoit aussi l'implantation de 6 à 8 lits de moins de 72H sur le site de Valence, à proximité de préférence des urgences somatiques.

Sur les urgences du Centre Hospitalier de Romans (HDN) le CHS Drôme Vivaraïs a mis en place une équipe infirmière de 3 ETP du lundi au vendredi et le passage d'un psychiatre à la demande.

Le Centre hospitalier Sainte-Marie a une équipe de psychiatrie de liaison sur Montélimar (4 ETP et 0,20 de psychiatre). A cela s'ajoute des temps d'infirmiers et de médecins présents sur Aubenas, Annonay et privas, dispositifs permettant d'intervenir sur les urgences, mais également au sein des services MCO.

Ces ressources de prise en charge en urgence, sont très appréciée des différents acteurs, et mériteraient, selon certains des professionnels et associations d'usagers ou de familles interrogés, d'être développée en soirée et le week-end. En effet, ces moments semblent générateurs d'anxiété et seraient plus critiques pour les personnes concernées par une pathologie psychiatrique entraînant un recours plus important aux services d'urgence.

L'Equipe mobile Psychiatrie Précarité peut aussi canaliser et gérer certaines situations d'urgence, à un stade « primaire », mais sa mission est essentiellement orientée vers les publics précaires, notamment dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale ou d'urgence, ou auprès des publics vivant à la rue, très rarement au domicile des personnes.

Les pompiers sont enfin des acteurs incontournables de la crise et de l'urgence, dont la crise psychiatrique, mais ils ne semblent cependant pas toujours suffisamment formés et préparés à la gestion de ces crises spécifiques. De plus, la question du partage d'informations préalable, lors d'interventions, a largement été soulevée lors des rencontres avec les professionnels.

7.1.4. En cas de « crise » : les difficultés d'articulation entre différents professionnels

Selon les professionnels rencontrés, la situation de crise ou l'urgence exacerbe les problématiques de coordination citées précédemment dans le rapport.

Comme dans d'autres territoires la coordination entre les pompiers, le SAMU et les services d'urgences, n'est pas optimale du fait que les uns (pompiers) dépendent du SDIS (ministère de l'intérieur) et les autres (SMUR, services d'urgence...) du secteur sanitaire ce qui entraîne un cloisonnement important²⁶. La transmission d'informations n'est pas fluide, ce qui peut parfois provoquer quelques difficultés dans la gestion des situations d'urgence. De plus, le cas récent des 2 pompiers poignardés dans le Val-de-Marne par une personne atteinte de troubles psychiatriques²⁷ a mis en avant un manque de coopération entre les différents services de secours et le besoin de création d'une plateforme unique d'appels réunissant les différents appels des secours, facilitant ainsi la transmission d'information. Cette situation n'a rien de spécifique au territoire drômois et ardéchois et a d'ailleurs été décrite dans le

²⁶ Evaluation de la mise en œuvre du référentiel de secours d'urgence à personne et de l'aide médicale et propositions d'évolutions. IGAS (N) 2018-003N, IGA (N)18001-C. Octobre 2018.

<https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/2018/12/rapport-iga-igas-suap.pdf>

²⁷ Le 4 septembre 2018, 2 pompiers étaient poignardés lors d'une intervention dans le Val-de-Marne

cadre d'un rapport de l'IGAS et de l'IGA sur la coordination des services de secours²⁸. Elle a aussi été signalée par les acteurs rencontrés dans les groupes de travail.

Par ailleurs, les associations de patients mettent en avant un manque de sensibilisation des différents acteurs concernés, à la spécificité des pathologies psychiatriques dans les situations d'urgence et de crise : police, gendarmerie, pompiers et parfois SMUR, ou médecins correspondants SAMU, MCS. A ce titre, et de manière plus large, les approches de « premiers soins en santé mentale²⁹ » se développent de plus en plus en France, la ministre de la santé les a d'ailleurs intégrés au plan de promotion et prévention de la santé de la stratégie nationale 2018-2022, « *il s'agit d'apprendre à savoir réagir face à une détresse psychique: entrer en contact, soutenir et orienter et former la population à mieux connaître et repérer les troubles psychiques et connaître la conduite à tenir en cas de problème ou de crise* ». Au-delà de la formation de la population ou des acteurs des urgences, les associations de patients militent aussi pour la formation des patients eux-mêmes et celle de leurs aidants à mieux connaître leur pathologie, et ce au travers de la psychoéducation, afin d'identifier les signaux annonçant une crise, savoir que faire et qui interpeller en cas de problèmes, pour éviter un recours trop important aux urgences.

De plus, selon les professionnels rencontrés, les principaux acteurs étant concernés de près ou de loin par les urgences et les crises devraient se rencontrer et réfléchir ensemble à des modalités coordonnées de gestion des urgences adaptées à la spécificité psychiatrique.

Enfin, comme dans d'autres secteurs, les professionnels constatent des difficultés de prise en charge dès lors qu'on se trouve face à des poly-pathologies requérant une coordination accrue avec d'autres spécialités : oncologie et psychiatrie, psychiatrie et addictions... Et ce, de manière accrue lorsque l'on fait face à une situation de crise ou d'urgence. Ces situations complexes requièrent communication, élaboration de protocoles adaptés, qui ne sont pas toujours possibles du fait du manque de temps et d'habitude de dialogue entre les différentes spécialités. Quelques exemples de bonne collaboration existent, qui tiennent à une bonne entente entre professionnels qui se connaissent, mais une culture commune plus large reste à construire, pour que des pathologies différentes puissent être bien prises en charge simultanément.

7.1.5. L'accueil aux services d'urgence des patients suivis en psychiatrie

De nombreux professionnels mettent en avant un problème de recours inadapté aux urgences pour certains types de crises : crises d'angoisse, ou crises liées à des troubles légers du comportement. Pour les associations de patients « se rendre aux urgences » n'est jamais satisfaisant, mais faute de dispositifs ou de ressources appropriées c'est la solution la plus évidente. Ces mêmes associations alertent sur le fait que, parfois, le passage aux urgences pour une personne souffrant de troubles psychiatriques peut-être traumatisant, constat fondé sur des témoignages d'usagers ayant été placés en chambre « d'isolement » ou « d'apaisement » (mentionné dans les groupes de travail). Reste que la souffrance

²⁸ Idem 4

²⁹ Déjà mise en œuvre dans 20 pays, les premiers secours en santé mentale sont inspirés du programme «mental health first aid»

psychiatrique est très spécifique et que les professionnels urgentistes des hôpitaux généraux peuvent parfois se sentir démunis pour la traiter, notamment dans un contexte de surcharge de travail (le taux de passage aux urgences est ainsi beaucoup plus important dans la Drôme par rapport à la région et à la France³⁰), et ce malgré l'aide des équipes de liaison.

De nombreux débats ont alimenté les groupes de travail sur la gestion des crises des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Certains considèrent que les patients « connus des services psychiatriques » devraient pouvoir être hospitalisés directement dans les services concernés sans passer par la « case urgence » quand d'autres sont très réticents redoutant de « passer à côté d'une urgence somatique ».

De plus, plusieurs professionnels alertaient sur leurs difficultés à trouver des lits de psychiatrie lors de situations de crise, après le passage aux urgences, sur certaines périodes (nuit, et week-end) et plaidaient pour la mise à disposition de lits de psychiatrie pour les hospitalisations non programmées.

Certaines institutions comme la Maison des Adolescents se rendent disponibles pour les demandes en urgence permettant bien souvent d'éviter des passages dans les services hospitaliers des urgences. Bien que la MDA ne soit pas ouverte en soirée et le week-end, et soit uniquement localisée à Valence, la possibilité de voir rapidement les jeunes en souffrance aigüe permet de mieux gérer les crises. Les accueils infirmiers des CMP permettent aussi de considérablement réduire les délais lorsqu'il s'agit de crises. Toutefois, même dans les situations de crise, les temps d'attente moyens (jusqu'à 8 jours) ne permettent pas toujours d'agir rapidement. D'autres CMP de la région Auvergne-Rhône-Alpes, à Aix les Bains, ont par exemple développé des permanences sans rendez-vous ce qui facilite grandement, semble-t-il, la gestion des urgences et des crises.

7.1.6. La prévention de la crise

Les acteurs rencontrés ont tous rappelé l'importance de prévenir les crises et les urgences grâce à un suivi organisé en ambulatoire, une meilleure connaissance de la pathologie par le patient lui-même et son entourage qui sera à même de « voir venir la crise » la gérer, la limiter. Certains professionnels et associations de patients insistent sur l'importance de développer des permanences spécifiques pour les urgences dans certaines institutions où sont suivis les patients (ainsi en MDA), ou bien d'organiser des permanences de soins psychiatriques pour répondre aux familles et patients inquiets et éviter un recours systématique aux services d'urgence. Enfin plusieurs professionnels ont insisté sur l'importance de mieux prendre en compte les crises quand elles surviennent. Pour eux chaque première crise et admission aux urgences devrait entraîner systématiquement un bilan complet, une orientation et un accompagnement vers des dispositifs de prise en charge en ambulatoire afin de limiter les risques de rechute.

³⁰ La santé observée dans l'Ardèche et dans la Drôme, ORS Rhône-Alpes, 2016

Certains regrettent que des équipes mobiles (de type EMPP) ne puissent se déplacer au domicile des personnes en cas de problèmes afin d'éviter que la situation ne se détériore et ne bascule finalement vers l'urgence.

7.1.7. Les spécificités de la crise suicidaire

La problématique du suicide, bien qu'assez peu abordée par les groupes de travail, est une priorité de santé publique nationale et de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Comme le montrent les chiffres du suicide, les départements de la Drôme et de l'Ardèche sont tout aussi concernés par cette problématique que le reste de la France. Ainsi, la stratégie de prévention du suicide s'organise en région autour de différents axes.

Différentes actions sont déployées de façon combinées : renforcement des formations au repérage de la crise suicidaire, développement d'une stratégie de recontact après une tentative de suicide (projet Vigilans), sensibilisation des médias, lutte contre le stigma en santé mentale, harcèlement en milieu scolaire, animation de réseaux territoriaux.... De nombreux acteurs sont mobilisés autour de la prévention du suicide en Drôme et en Ardèche et notamment :

Le CH Sainte-Marie participe au **numéro vert 24/24 « Ecoute, détresse, suicide »**

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) **délégation Drôme** qui anime des **réseaux sur « la prévention du suicide et du mal être »** sur plusieurs territoires (Montélimar, Crest, Die, Nyons ainsi que le Nord de la Drôme) et l'IREPS délégation Ardèche qui anime un réseau en santé mentale dans le sud de l'Ardèche.

La Mutualité Sociale Agricole Ardèche-Drôme-Loire développe aussi différents dispositifs de soutien aux agriculteurs, population particulièrement touchée par le suicide :

Agri'Ecoute, ligne nationale d'écoute et de soutien 24h/24 qui permet de dialoguer anonymement et de façon confidentielle avec des bénévoles formés.

Dispositif d'accompagnement de la détresse psychologique : Il s'agit de cellules pluridisciplinaires de prévention associant services sociaux et services médicaux.

Dispositif Rebondir 26 et Regain Ardèche qui proposent de l'accompagnement socioprofessionnel

Le besoin de formations au repérage de la crise suicidaire est essentiel. D'après l'IREPS Ardèche, en 2018, une liste d'attente de plus de 40 professionnels est notée dans le secteur du sud Ardèche, notamment une forte demande des professionnels travaillant avec les personnes âgées. En matière de prévention du suicide, la création d'une cellule de veille entre divers professionnels est demandée ainsi que la présence de formateurs sur le territoire ardéchois pouvant faire le suivi et être animateur d'une potentielle cellule de veille.

Si les professionnels du domicile, et notamment les services d'aide à domicile (SAD) et les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont aujourd'hui largement considérés comme des acteurs potentiels majeurs de veille et de prévention de la dépression (et de son corolaire, le suicide), ainsi que les professionnels des EHPAD, il est aussi constaté que ces professionnels sont aujourd'hui insuffisamment formés au repérage de la crise suicidaire, pour des raisons multiples (turn-over dans les SAD, difficultés de recrutement, contraintes organisationnelles et charge de travail). Par ailleurs, l'évaluation gériatrique réalisée lors de l'admission en EHPAD inclut insuffisamment cette question.

7.2. Éléments par tranche d'âge, publics spécifiques et exemples d'actions

7.2.1. Les jeunes et les adolescents

La première « crise » chez la personne en souffrance psychique se manifeste très souvent à l'adolescence ou chez le jeune adulte et il est essentiel de la repérer et de la prendre en compte le plus précocement possible³¹. D'après les professionnels rencontrés les jeunes sont souvent vus aux urgences pour des troubles anxieux ou dépressifs sévères, parfois des tentatives de suicide, des épisodes psychotiques aigus, ou des troubles du comportement, des comas éthyliques..... Les enjeux majeurs pour limiter ces crises ont trait au repérage des troubles en amont, par la famille, la médecine scolaire, le médecin généraliste... (voir chapitre sur le repérage....). Pour les acteurs présents dans les groupes de travail, la crise peut aussi être l'occasion d'amener le jeune vers un accompagnement spécifique adapté.

Un des points mentionnés par les professionnels et associations de patients portait sur la nécessité de développer des places spécifiques pour les adolescents en crise bien souvent hospitalisés dans des services adultes ou en service de pédiatrie peu adaptés aux spécificités et besoins d'adolescents en crise.

- **Les jeunes vivant en milieu rural précaire**

Les problématiques des jeunes en milieu rural sont moins « spectaculaires » ou visibles que celles des jeunes urbains des quartiers défavorisés, ne serait-ce que du fait de la géographie qui rend difficile toute « concentration » importante de jeunes dans les espaces non scolaires... Pour autant, les différents diagnostics, réalisés par l'ORS en milieu rural dans la Drôme et en Ardèche, ont souligné que les difficultés socio-économiques de certaines familles rejaillissent sur les jeunes, qui s'ajoutent aux contraintes fortes de déplacements. Par ailleurs, les difficultés liées à une faible estime de soi à l'adolescence (échec scolaire, dysmorphophobie, ...) sont tout aussi repérées sur ces territoires. Le fait de devoir quitter sa famille, son territoire, pour étudier, travailler peut être très perturbant au plan psychologique. Le sentiment ou la crainte du « déracinement », peut ainsi s'ajouter aux

³¹ **Crise et urgence en pédopsychiatrie**, Stéphane Laudrin et Mario Speranza, Dans *Enfants et Psy* 2002/2 (N°18) p.17 à 23. ³¹ voir annexes

inquiétudes et angoisses des adolescents et jeunes. Enfin, en milieu rural, les effets de contrôle social peuvent être accentués, qui peuvent aggraver le mal-être des jeunes. Ces éléments réunis font que le mal-être des jeunes en rural peut être tout aussi fort qu'en ville, même s'il fait moins de bruit, qu'il crée moins de « désordres » dans l'espace public.

En l'absence de ressources immédiates, et étant donné l'éloignement des services d'urgences, il semble essentiel de maintenir voire développer des ressources d'écoute et d'accueil en milieu rural pour prévenir les situations de crises mais aussi former les acteurs du territoire (pompiers, MCS...) aux premiers secours en santé mentale (voir plus haut).

7.2.2. Les femmes venant d'accoucher

Selon les groupes de travail, il existe des difficultés du fait de l'absence sur le territoire d'unité mères-enfants pour les femmes venant d'accoucher, ayant des pathologies psychiatriques. Parfois la grossesse impose une modification voire une suppression ou substitution de certains traitements, ce qui peut avoir un impact négatif sur l'état de santé de la personne et générer des crises. De plus, la période du post-partum peut entraîner des décompensations importantes. Dans ce contexte, les acteurs regrettent que des unités spécifiques pour mères-enfants ne soient pas dédiées à ces situations, ce qui permettrait peut-être de limiter les placements d'enfants dans certains cas.

On note cependant que l'Equipe mobile de périnatalité qui intervient sur le bassin valentinois et la vallée de la Drôme (Cf Dr Despinoy), permet à la fois de mieux repérer ces femmes en grande vulnérabilité, et de leur faciliter l'accès à une prise en charge qui peut permettre d'éviter les décompensations, les situations de « crise ».

Pour les cas les moins graves un partenariat entre les CMP et les services PMI devrait encore être renforcé pour assurer un suivi coordonné au domicile de la mère et de son enfant.

7.2.3. Les adultes

Il s'agit d'une tranche d'âge intermédiaire à ne pas oublier, particulièrement les 45-54 ans qui concentre un quart de la totalité des suicides dans la région Auvergne-Rhône-Alpes³². L'enjeu porte avant tout sur le repérage de troubles spécifiques, notamment via la médecine du travail ou Pôle emploi, mais en l'absence de plans et de partenariats spécifiques avec ces acteurs, les actions visant ce public sont rares et complexes à mener.

7.2.4. Les personnes âgées

Les professionnels interviewés ont largement mis en avant le besoin de coordination entre le secteur psychiatrique et le secteur gériatrique. Pouvoir mobiliser un avis psychiatrique

³² Bulletin Régional du Suicide Janvier 2019- ORS, ARS, Cire

pour les gérontologues, et inversement, semble primordial pour la bonne prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

Rappelons que les personnes âgées sont aussi touchées par le suicide, bien que ce phénomène soit assez peu médiatisé (  l'inverse du suicide d'adolescents). C'est pourquoi les acteurs présents dans les groupes de travail ont insisté sur l'importance de sensibiliser l'ensemble des acteurs gérontologiques aux problématiques de santé mentale et au risque suicidaire afin de repérer, en amont, les indices de la pré-crise et la crise suicidaire. L'ensemble des acteurs gérontologiques cités sont ceux regroupés au sein des filières gérontologiques de territoire : service gériatrique, aides à domicile, soins infirmiers à domicile, MAIA, médecins généralistes, aidants.

Les filières gérontologiques sont au nombre de 6 (Valence, Nord Drôme, Montélimar, Annonay, Privas, Aubenas).

ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES

Territoires de santé



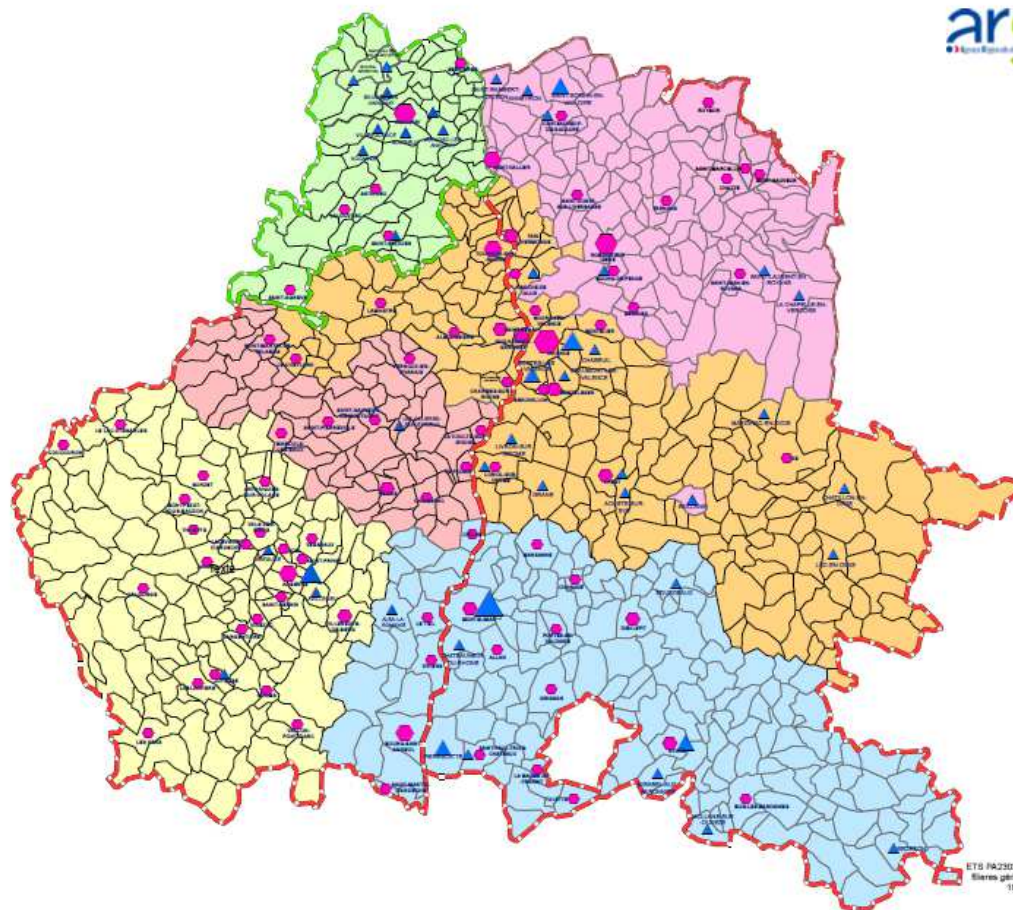
Territoire de filières gérontologiques



EHPAD



EHPA



Le repérage de la dépression et la prévention du suicide chez les personnes de plus de 60 ans est un des objectifs du programme coordonné de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de la Drôme (présidée par le conseil départementale et co présidée par l'ARS). Aucune structure n'ayant déposée de projet sur ce thème, il est envisagé de définir une stratégie départementale qui sera ensuite déployée.

Les constats sur l'urgence et la crise

En transversal

- En 2015, les taux d'hospitalisations sans consentement (tous modes légaux confondus) et hors hospitalisations en unité médicale pour patients difficiles, sont supérieurs dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme au taux régional (lui-même supérieur au taux national).
- Les définitions de la crise et de l'urgence diffèrent souvent selon les différents acteurs de la psychiatrie, des urgences hospitalières, du secteur ambulatoire et les professionnels du secteur social. Certaines situations considérées par certains comme une « crise », ne relèvent pas de l'urgence psychiatrique selon les professionnels de la psychiatrie (troubles du voisinage, difficultés dans le logement, ...)
- Le manque de coordination entre les acteurs de l'urgence (pompiers, SAMU, services d'urgences hospitaliers) est pointé. Il apparaît nécessaire de définir des modalités coordonnées de gestion des urgences adaptées aux spécificités psychiatriques.
- Le manque de sensibilisation, de formation de la Police, de la gendarmerie, des pompiers et parfois des SMUR, ou médecins correspondants SAMU, à la spécificité des pathologies psychiatriques dans les situations d'urgence et de crise est souligné. Ce qui entrave une bonne appréhension des besoins des personnes concernées.
- Les personnes qui vivent une situation ressentie comme une « crise » ou une « urgence » (crises d'angoisse,...), sont accueillies aux services des urgences des hôpitaux généraux, ce qui n'est pas satisfaisant ni pour elles, ni pour les professionnels. Il serait pertinent de développer des permanences spécifiques pour les situations de « crise » dans certaines institutions (exemple de la Maison des adolescents de Valence), ou d'organiser des permanences d'accueil psychiatrique pour répondre aux besoins des familles et patients et éviter un recours mal approprié aux urgences des hôpitaux généraux.
- Au moment de l'étude, les urgences psychiatriques étaient accueillies dans les services d'urgences des centres hospitaliers MCO. Une partie des associations de patients et les services des urgences MCO considèrent que les patients « connus des services psychiatriques » devraient pouvoir être accueillis directement dans CHS sans passer par la « case urgence MCO », mais certains psychiatres considèrent que le passage aux urgences MCO utile pour éviter de négliger un éventuel problème somatique. Le CHSDV va ouvrir de nouvelles possibilités pour les patients déjà suivis en son sein.
- La crise suicidaire est une priorité nationale et régionale. La stratégie de prévention du suicide s'organise autour de différents axes (VigilanS, ...). Les professionnels du territoire ayant participé aux groupes de travail semblent prêts à s'investir dans cette thématique.

Jeunes et adolescents

- Les jeunes sont vus aux urgences pour des troubles anxieux ou dépressifs sévères, parfois des tentatives de suicide, des épisodes psychotiques aigus, des troubles du comportement, des comas éthyliques. Ces premières « crises » constituent un moment-clé de l'entrée dans un parcours de soin.
- Dans les territoires ruraux il n'y a pas ou peu de ressources spécifiques d'écoute, d'aide aux jeunes en situation de « crise » : ils sont très isolés et sans réponses à leurs besoins.
- Les adolescents en « crise » ont besoin d'une prise en charge spécifique. Les hospitalisations dans les services adultes de psychiatrie ou en pédiatrie sont mal adaptées aux besoins des adolescents.

Les adultes

- Il y a un fort besoin d'améliorer le repérage de la crise suicidaire chez les 45-54 ans. Mais l'absence de partenariat spécifique entre acteurs de santé publique et services de santé au travail (SST) ou Pôle emploi, les faibles moyens humains ces structures face à l'ampleur du public potentiellement concerné rendent difficile le déploiement d'actions efficaces

Les personnes âgées

- Les acteurs des filières gériatriques (service gériatrique, aides à domicile, soins infirmiers à domicile, MAIA, médecins généralistes, SSIAD, aidants.....) doivent être mieux formés à la problématique du risque suicidaire afin d'améliorer le repérage des signes de la crise suicidaire chez les personnes âgées.

8. L'état de santé somatique des personnes ayant des troubles psychiques

8.1. Éléments transversaux et exemples d'action

8.1.1. Un état de santé moins bon, une surmortalité prématurée

- **Une surmortalité générale et prématurée**

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est aujourd'hui bien connue et documentée au niveau international et français. L'OMS estime ainsi que l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur.

En France, une étude réalisée par l'IRDES³³ en 2018, mettait en évidence une réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques : de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes, avec des variations en fonction des troubles considérés. Les taux de mortalité de ces personnes apparaissent ainsi deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause du décès, avec des variations en fonction du type de troubles. Le taux de mortalité en 2014 s'élève ainsi à 33‰ pour les personnes ayant des troubles névrotiques et de l'humeur, 25‰ pour les personnes ayant des troubles addictifs et 19‰ pour les personnes ayant des troubles psychotiques (versus 7 ‰ en population générale). La part de décès prématurés chez les personnes atteintes de troubles psychiques est également nettement supérieure à celle observée en population générale (28% de décès prématurés contre 20%) et particulièrement marquée pour les personnes suivies pour troubles addictifs (73%), pour troubles psychotiques (43%) et pour troubles maniaques et bipolaires (35%).

Dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme, les mêmes tendances sont observées. Les données issues de l'Atlas de santé mentale, montrent que l'âge moyen au décès des personnes suivies pour troubles névrotiques et de l'humeur est inférieur d'environ 10 années par rapport à la population générale. De même, l'âge moyen au décès des personnes suivies pour troubles psychotiques, déficience, ou troubles psychiatriques débutant pendant l'enfance est inférieure d'environ 17 années par rapport à la population générale.

Age moyen au décès des personnes suivies pour troubles psychiques selon les troubles, 2014

	Ardèche	Drôme	France
Pec pour troubles névrotiques et de l'humeur	72	70	70
Sous traitement psychotropes	78	78	77
Pec pour troubles mentaux sévères	65,8	64,3	65,1
Population générale	82,1	82,2	81,5

Sources : Insee, Etat Civil, Score-Santé -2014, extrait de l'Atlas de santé mentale

³³ M. Coldefi, C. Gandré, Questions d'économie de la santé n° 237 septembre 2018, IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

Cette surmortalité est en lien avec les suicides mais surtout avec des causes dites « naturelles », principalement du fait des cancers, des maladies cardiovasculaires et respiratoires. En effet, au-delà des effets secondaires des médicaments psychotropes, les personnes souffrant de troubles psychiques ont plus fréquemment des habitudes de vie délétères pour la santé (tabagisme important, consommation de produits psychoactifs, régime alimentaire déséquilibré, sédentarité...) et ne bénéficient pas de la même qualité de suivi ou de prise en charge médicale que la population ne souffrant pas de troubles mentaux à pathologies physiques équivalentes³⁴.

Les professionnels et associations d'usagers et de proches rencontrés lors des travaux de groupe menés pour cette étude confirment et précisent ces constats nationaux.

- **Les problématiques somatiques repérées chez les personnes concernées par un trouble psychique**

- **Surpoids, maladies cardio-vasculaires et diabète de type 2**

Une part des personnes ayant une pathologie psychiatrique est concernée par des problèmes de surpoids. Les effets secondaires des médicaments psychotropes sur le métabolisme, entraînent des prises de poids importantes. Par ailleurs, au-delà du traitement médicamenteux, la précarité économique qui concerne une part importante des personnes ayant une maladie psychique ne favorise pas une alimentation équilibrée (coût élevé des fruits et légumes). La sédentarité, le manque de motivation pour cuisiner ou pratiquer une activité physique, favorisent également les prises de poids.

Au-delà des conséquences du surpoids, facteur de risque de développement de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et de douleurs ostéo-articulaires, le surpoids peut engendrer une image de soi négative et un risque de stigmatisation accrue. Des patients rencontrés dans le cadre d'études³⁵ soulignaient que ces prises de poids, parfois très rapides, sont vécues douloureusement : les personnes ne « *reconnaissent plus leur corps* », se trouvent « *moches* » ; ce qui peut constituer un motif d'arrêt des traitements, notamment en début de suivi et tout particulièrement chez les femmes.

En termes de prévention, les acteurs rencontrés témoignent des difficultés financières des personnes ayant des troubles psychiatriques pour consulter un médecin nutritionniste libéral ou un diététicien. Une diététicienne est présente au Centre hospitalier Drôme-Vivaraïs, mais elle ne peut répondre à tous les besoins du territoire. Par ailleurs, il semble que la question des effets secondaires des traitements en termes de prises des poids ne soit pas forcément abordée par le médecin ou l'infirmière psychiatrique, lors de la mise en place du traitement, car les professionnels se concentrent alors sur les questions d'observance et d'efficacité. Certains indicateurs sont obligatoirement pris en compte pour définir un traitement, dont le poids et la taille de la personne, qui sont saisis dans le dossier médical lors de l'hospitalisation. Néanmoins, les patients suivis en CMP, non hospitalisés, ne sont

³⁴ Ha C, Decool E, Chan Chee. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. BEH 23 oct.2017

³⁵ Diagnostic local de santé Aix-les-Bains, Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, mars 2018

pas toujours prévenus ou suffisamment informés du risque de prise de poids en lien avec les traitements médicamenteux, et des moyens possibles de limiter ces conséquences, notamment au travers des changements dans les comportements alimentaires, ou en matière d'activité physique.

Unité d'ergo-sociothérapie au sein du CH Sainte-Marie avec une file active de 750 personnes qui propose un atelier de vie quotidienne (atelier de réadaptation), un service de sport adapté (lutte contre l'obésité, promotion du sport), un service d'ergothérapie, un salon esthétique, un service d'animation et de médiathèque des patients (organisation de sorties diverses : foot, cinéma, ...) dont les objectifs généraux sont de favoriser l'expression et à la créativité, de mettre en forme et en image les troubles de la perception, de concentrer son système de pensée sur une activité et tenir à distance les éléments délirants, de favoriser l'acquisition des techniques de communication, d'aider les patients dans un projet de réadaptation sociale et professionnelle, de s'intégrer à un groupe, d'appartenir à un groupe social, de trouver des moments de satisfaction, de plaisir et de détente, de recouvrer ou maintenir une autonomie.

Propositions d'activité physique adaptée ou activité douce en direction des personnes ayant des troubles psychiques

Un infirmier présent au CHS Drôme-Vivaraïs propose des activités physiques douces aux patients hospitalisés dans le cadre du programme de réhabilitation au sein du CI2R.

Une diététicienne peut intervenir auprès des patients hospitalisés au CHS Drôme-Vivaraïs et au CHS Sainte-Marie, pour les conseiller et les accompagner en matière de comportements alimentaires à adopter qui permettent de limiter la prise de poids en lien avec les traitements médicamenteux, notamment.

La Maison Relais Santé de Valence, dans laquelle interviennent des associations de patients ayant des maladies chroniques, dont l'UNAFAM, le Groupe d'entraide mutuelle (GEM) Air Libre et l'association Bipol'air, organise régulièrement des actions de prévention santé dont des actions autour du dépistage du diabète, et elle a mis en place un programme de sport adapté.

Les GEM du territoire, présents à Valence, Romans, Montélimar, Privas et Aubenas proposent de l'activité physique douce pour leurs adhérents.

L'association Intervalle présente à Buis-les-Baronnies développe pour les résidents du centre d'hébergement (des personnes en grande précarité dont une partie présente également des troubles psychiques) des activités physiques. Un éducateur sportif propose notamment des randonnées à pied et en bicyclette, qui semblent appréciées par les usagers.

Les Dispositifs d'Accompagnement vers la Pratique d'Activités Physiques (DAPAP), sont des plateformes qui recensent toutes les propositions d'activité physique adaptée et de sport-santé dans chaque département avec l'objectif de renforcer le lien entre les réseaux, les professionnels de santé, le public et les associations sportives pour faciliter la reprise et le maintien d'activités physiques chez les personnes éloignées de la pratique ou éprouvant des difficultés de santé. Ces plateformes existent dans le département de l'Ardèche et de la

Drôme depuis peu. Elles ne sont donc pas encore suffisamment repérées par les professionnels, notamment par les médecins généralistes qui pourraient orienter des patients ayant des troubles psychiques vers ce type d'activité. Une communication va être mise en place suite à un travail régional avec les URPS.

Au-delà de l'orientation vers de l'activité physique adaptée, les acteurs soulignent le besoin de soutien en termes de motivation et d'accompagnement pour favoriser l'adhésion à ces activités, que celles-ci soient spécifiquement destinées aux personnes ayant des troubles psychiques ou mixtes (en centres sociaux par exemple).

Les besoins restent ainsi importants dans le domaine, d'autant que les médecins généralistes semblent peu formés et outillés pour accompagner les patients sur ce plan et que les consultations auprès de diététiciens ou nutritionnistes en libéral, restent peu accessibles financièrement. Ainsi, un médecin généraliste interviewé témoignait de ses difficultés à faire passer des messages de prévention sur l'alimentation, de l'activité physique et le tabac auprès de patients ayant des troubles psychiques importants et de faibles capacités d'élaboration.

A ce sujet, la deuxième journée autour de la littératie en santé, organisée par l'IREPS Ardèche et Drôme va avoir lieu le 1^{er} Octobre 2019.

➤ **Etat de santé bucco-dentaire problématique**

L'état de santé bucco-dentaire des personnes ayant une pathologie psychiatrique est souvent problématique : les caries dentaires, les dents manquantes et les parodontopathies sont plus fréquentes qu'en population générale, avec un impact néfaste de ces problèmes sur la santé globale et un risque de stigmatisation accrue du fait de l'impact esthétique. Les raisons invoquées pour expliquer la fréquence de ces problèmes sont, les effets secondaires des traitements neuroleptiques (notamment modification du débit salivaire, tremblements, perturbations métaboliques), le tabagisme (plus fréquent chez les personnes ayant des troubles psychiatriques qu'en population générale), dans certains cas un défaut d'hygiène buccodentaire et des soins irréguliers et tardifs.

Des usagers de la psychiatrie interviewés dans le cadre d'autres études témoignaient n'avoir aucun suivi régulier en matière bucco-dentaire et se faire prescrire des antalgiques en cas de douleur intense, l'absence de soins pouvant conduire à l'extraction des dents (sans que les personnes aient les moyens d'avoir des prothèses).

Les retards et renoncements aux soins dans ce domaine ont diverses origines. Ils sont d'une part liés à l'anxiété générée chez certaines personnes par ce type de soins mais aussi par le besoin d'accompagnement et de protocole de soins adaptés, pendant la consultation est important (par exemple utilisation de gaz MEOPA pour obtenir une semi-sédation) pendant l'intervention du chirurgien-dentiste, afin que les gestes techniques puissent être effectués dans les meilleures conditions.

Les participants aux groupes soulignent que certains chirurgiens-dentistes sont réticents à soigner qui ont des troubles psychiques sévères, car les consultations sont alors plus longues et impliquent de rassurer des patients parfois extrêmement craintifs. Cette réticence est majorée lorsque ces patients sont bénéficiaires de la CMUc. En effet, les difficultés de comportement des personnes lors des soins et le manque de formation des chirurgiens-dentistes sur les pathologies mentales et la façon d'aborder ces patients sont des obstacles de taille.

Enfin, l'accès financier aux soins dentaires en libéral est difficile pour une grande partie des personnes ayant des troubles psychiatriques. En effet, les restes à charge pour les soins dentaires (hors soins conservateurs dont les prix sont conventionnés) en particulier pour les prothèses dentaires sont importants, et les personnes ayant des troubles psychiques ont souvent des revenus modestes (AAH, ...).

Consultation dentaire au Centre de consultation médicale du centre hospitalier Drôme Vivarais (un chirurgien-dentiste vacataire), afin de favoriser l'accès aux soins dentaires des personnes ayant une pathologie psychiatrique. Consultation dentaire ouverte un jour par semaine pour les patients hospitalisés Des réflexions sont en cours pour ouvrir l'activité de ce cabinet dentaire à des personnes handicapées et à des personnes en situation de précarité ayant des troubles psychique.

Une convention a été passée entre le centre hospitalier Sainte-Marie et le centre dentaire Corail, à Priva.

Le centre en santé orale (CSO) d'Aubenas, membre du réseau de santé bucco-dentaire et handicap Rhône-Alpes (SBDH-RA). Situé dans les locaux de l'hôpital d'Aubenas. Des chirurgiens-dentistes et assistants dentaires proposent une prise en charge adaptée pour des enfants présentant des troubles autistiques en échec de soins.

En matière de prévention, aucune proposition d'action spécifique sur l'hygiène bucco-dentaire, des risques liés aux effets secondaires des traitements médicamenteux, du tabagisme ou d'action de dépistage en direction de ce public n'est repérée.

➤ **Consommations problématiques de substances psychoactives accrues**

La consommation de tabac et de produits psychoactifs (alcool et cannabis notamment) est plus fréquente chez les personnes ayant une pathologie psychiatrique qu'en population générale. La consommation de tabac apparaît comme particulièrement importante. Ces consommations de produits psychoactifs, qui débutent parfois lors d'hospitalisations en psychiatrie, sont effectuées dans une logique d'automédication, pour apaiser les angoisses, la souffrance, mais également dans une recherche de plaisir. Au-delà des effets néfastes de ces consommations sur la santé somatique (en particulier les cancers liés à l'alcool et au tabac), elles renforcent les troubles psychiques des personnes ayant une pathologie

psychiatrique : l'alcool peut aggraver l'état dépressif ou engendrer des problèmes de comportement (violence, agressivité), tandis que le cannabis diminue l'effet des traitements médicamenteux. De même, la consommation très importante de café et ses conséquences sur la dégradation du sommeil est également une problématique présente chez les personnes souffrant de troubles psychiques.

Chez les publics ayant une comorbidité psychique et addictive, des discontinuités dans les parcours de soin et des « ruptures » de traitement imputables au système de prise en charge sont observées. Certaines équipes de CSAPA³⁶ et de CMP, se connaissent et travaillent ensemble, comme par exemple dans le secteur de Privas, ce qui permet de proposer des prises en charge bien articulées et d'éviter certaines ruptures de soin, ce qui n'est pas toujours le cas dans l'ensemble des deux départements. Le besoin d'améliorer le partage d'information entre les CSAPA, les services addictologie des hôpitaux (MCO) et la psychiatrie est fortement souligné, notamment en ce qui concerne les différents traitements que le patient doit parfois suivre. C'est tout particulièrement nécessaire pour les patients sous traitement de substitution par méthadone, et ce, afin que le traitement par méthadone ne soit pas supprimé à l'entrée en hospitalisation de psychiatrie, obligeant le médecin du CSAPA et le patient à reprendre tout le protocole d'initiation, lors de la sortie d'hospitalisation du patient.

Les filières addictologie en Drôme-Ardèche

Afin de fluidifier et coordonner les parcours des patients en addictologie, une filière addictologie, a été mise en place sur le groupement hospitalier de territoire du Rhône-Vercors-Vivaraïs et une autre sur groupement hospitalier de territoire du Sud Drôme Ardèche.

8.1.2. Les difficultés d'accès aux médecins et aux suivis de santé pour les patients suivis en psychiatrie

Les acteurs rencontrés ont le sentiment que la prise en compte de la santé somatique des personnes ayant des troubles psychiques a progressé ces vingt dernières années. Toutefois ils soulignent qu'une part importante des personnes ayant des troubles psychiques sévères et chroniques n'a pas de médecin généraliste et est insuffisamment suivie sur ce plan.

Par ailleurs, selon les médecins généralistes des deux centres hospitaliers spécialisés du territoire, la plupart des personnes hospitalisées en psychiatrie ne sont pas suivies régulièrement par leur médecin généraliste, quand bien même certaines ont déclaré un médecin traitant.

³⁶ Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

Part des patients hospitalisés en psychiatrie n'ayant pas de médecin traitant selon le motif d'hospitalisation, 2012-2013

	Ardèche	Drôme	Auvergne- Rhône- Alpes	France
Troubles de l'humeur	5,4	1,8	3,4	4,0
Addiction	8,7	6,9	5,9	6,5
Troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévères)	11,7	14,3	13,7	14,5
Autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficience)	17,4	29,0	32,2	34,6

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013. Extraction Atlas de santé mentale

Le manque de suivi somatique des personnes ayant des troubles psychiatriques est également très important en matière de soins dentaires, de suivi gynécologique et ophtalmologique, comme le montrent les données disponibles pour les personnes hospitalisées en psychiatrie. Entre 20% et 50% des patients hospitalisés en psychiatrie n'ont eu aucun soin dentaire, gynécologique et ophtalmologique dans les deux années suivant leur sortie d'hospitalisation. Cette part apparaît particulièrement importante pour les personnes hospitalisées pour troubles de l'humeur et addiction.

Toutefois, les données des patients ardéchois hospitalisés en psychiatrie concernant la déclaration d'un médecin traitant et le suivi somatique, qui datent de 2012-2013, apparaissent plus favorables par rapport à l'ensemble de la région et à la France.

Part des patients hospitalisés ayant eu des soins somatiques courants selon le motif d'hospitalisation, 2012-2013

	Ardèche	Drôme	Auvergne- Rhône- Alpes	France
Troubles de l'humeur	51,6	48,6	48,3	48,9
Addiction	45,5	43,5	41	40,9
Troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévères)	21,9	20,8	19	20
Autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficience)	31,9	28,3	32,1	39

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013. Extraction Atlas de santé mentale

Plusieurs freins à un suivi de santé régulier sur le plan somatique sont ainsi repérés.

Les difficultés liées aux troubles psychiques des personnes comme la négligence ou la moins bonne perception de certains symptômes physiques (en raison d'idées délirantes, de troubles de la perception et du cours de la pensée, de l'altération du schéma corporel ou encore en raison d'une plus grande tolérance à la douleur parfois), les troubles cognitifs, le repli social, l'anxiété face à la nouveauté sont autant d'obstacles à un suivi médical régulier.

D'autre part, les personnes ayant des troubles psychiques sont confrontées aux difficultés « classiques » d'accès aux médecins généralistes et spécialistes : distances dans les territoires ruraux, saturation des files actives des professionnels de santé, problème des dépassements d'honoraires et de l'avance des frais.

Enfin, le manque de formation d'une part des soignants libéraux aux pathologies psychiques et à la prise en charge de ce type de patients n'est pas favorable à un bon suivi somatique : les professionnels de santé libéraux ont une mauvaise connaissance des intrications entre maladie physique et psychique (effets secondaires des traitements médicamenteux, risque de maladies cardio-vasculaires...), et peuvent éprouver des difficultés à comprendre l'expression de la douleur ou d'une difficulté somatique chez ces patients.

Présence de soignants du CH Sainte-Marie dans les centres hospitaliers d'Aubenas et de Privas, en lien avec les services MCO

CoReSo Somapsy : consultation et réseau somatique pour des patients suivis en CMP

Face aux difficultés d'accès aux médecins généralistes des patients suivis en psychiatrie (60% des patients suivis par le centre hospitalier spécialisé [CHS] le Vinatier n'avaient pas de médecin généraliste selon une étude conduite par l'établissement), le CHS Le Vinatier (situé dans la région lyonnaise) a développé une consultation et un réseau somatique. L'objectif est de réinsérer des usagers suivis dans les centres médico-psychologiques auprès de médecins généralistes proches de leur domicile, pour assurer un suivi somatique pérenne et ainsi prévenir et diagnostiquer les pathologies et complications qui conduisent à terme à une surmortalité. Les patients sont adressés au Coreso par les psychiatres du CHS. Trois consultations assurées par un médecin généraliste et une infirmière en psychiatrie, permettent de réaliser une évaluation de la situation globale (santé physique et mentale) et une réorientation du patient vers le réseau de médecine générale de ville.

Ce type de projet semble particulièrement pertinent pour favoriser l'accès à un médecin généraliste et améliorer le suivi somatique des patients ayant des troubles psychiatriques, mais il nécessite des ressources en médecins généralistes dans les services de psychiatrie, ce qui reste difficile étant donné la démographie médicale.

8.1.3. La très faible participation des personnes suivies en psychiatrie aux programmes de prévention et de dépistage

En lien avec les difficultés d'accès aux médecins généralistes, malgré les risques accrus de maladies cardio-vasculaires, diabète et cancers, et malgré la sensibilisation accrue des psychiatres et infirmiers psychiatriques aux questions de santé somatique, les personnes ayant des troubles psychiques sont encore sous-dépistées (ou dépistées tardivement) ces maladies chroniques, ce qui engendre des soins tardifs et une surmortalité.

Les données disponibles pour les personnes hospitalisées en psychiatrie en 2012-2013 montrent ainsi que plus de 40% des personnes hospitalisées pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères n'avaient pas bénéficié des trois actes classiques de

prévention recommandés à savoir, un hémogramme, la mesure de la glycémie et la mesure du taux de cholestérol dans les deux années suivant leur sortie d'hospitalisation.

Part des patients hospitalisés ayant bénéficié des 3 actes de prévention classiques recommandés * dans les deux années suivant la sortie d'hospitalisation, 2012-2013

	Ardèche	Drôme	Auvergne- Rhône- Alpes	France
Troubles de l'humeur	47,8	54,8	51,3	53,9
Addiction	50,9	48	44,9	46,8
Troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévères)	42,5	37,8	39,9	43,6
Autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficience)	27,5	28,3	29	30,1

* Les 3 actes retenus sont : hémogramme, glycémie, cholestérol dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

De ce fait, les participants aux groupes ont pointé le besoin de développer des actions de prévention dans les services d'hospitalisation en psychiatrie, en unité de réhabilitation, dans les GEM, dans les accueils de jour, notamment sur la santé bucco-dentaire, l'alimentation, l'activité physique, les cancers, la santé des femmes (suivi gynécologique, contraception, cancers féminins), les consommations de substances psychoactives (et la réduction des risques).

8.1.4. Les difficultés de prise en charge dans les centres hospitaliers MCO

L'accueil et la prise en charge des personnes ayant une pathologie psychiatrique dans les hôpitaux généraux (en médecine chirurgie obstétrique- MCO) restent encore délicats et problématiques, en particulier pour les patients ayant des troubles mentaux sévères.

La présence de psychiatres des CHS dans la plupart des centres hospitaliers MCO de la Drôme et de l'Ardèche la journée et en semaine, est saluée car elle permet de bénéficier d'un avis et des conseils d'un psychiatre ou d'un infirmier psychiatrique pour des patients ayant des troubles psychiatriques se présentant aux urgences ou hospitalisés pour un problème somatique.

Cette organisation permet d'adapter les modalités de prise en charge de la personne (notamment concernant l'adaptation des traitements médicamenteux) et d'éviter les retards de diagnostics. En effet, la plainte somatique du patients ayant des troubles psychique peut être attribuée à tort, par les professionnels des urgences, à la maladie psychique et le patient de ne pas bénéficier d'un examen complet ce qui peut entraîner des conséquences graves.

Au centre hospitalier de Valence, un psychiatre est présent au service des urgences, la journée en semaine et des infirmiers psychiatriques sont présents 24 heures sur 24. Un psychiatre est également d'astreinte le samedi et le dimanche matin. Par ailleurs, le CHDV a aussi en projet de localiser sur les urgences de MCO, 6 lits de moins de 72h gérés par l'équipe psychiatrique

Au centre hospitalier de Privas et Romans-sur-Isère, une équipe infirmière psychiatrique est présente dans le centre hospitalier MCO, et un psychiatre intervient à la demande.

Au centre hospitalier d'Annonay, il n'existe pas de liaison formalisée mais la bonne articulation entre les médecins de l'établissement MCO, le centre médico-psychologique et le service d'hospitalisation en psychiatrie (facilité par la proximité géographique de ces établissements) permet de bénéficier d'un avis si besoin.

Au centre hospitalier de Die le service des urgences de l'hôpital peut contacter si besoin le CMP de Die, mais aucun dispositif de liaison formel n'est développé.

Ainsi, même s'il n'existe pas d'équipes de liaison en psychiatrie à proprement parler dans les établissements MCO des deux départements, des réponses peuvent être apportées selon les sollicitations et les besoins repérés.

Plusieurs des participants aux groupes de travail regrettent néanmoins l'absence d'une psychiatrie de liaison formelle, qui serait bien identifiée dans tous les services des hôpitaux MCO. Aujourd'hui, dans certains cas, les problèmes de comportement de patients concernés par des troubles psychiques (notamment si la personne est agitée), le manque de formation du personnel (le personnel médical et paramédical n'est pas formé à la prise en charge de ce type de patients), le temps plus long nécessaire à la prise en charge de ces patients qui n'est pas toujours mobilisable par les soignants, dégradent l'accueil de ces patients et réduisent les chances d'une prise en charge de qualité.

On repère également semble-t-il, des difficultés d'accès de patients hospitalisés en psychiatrie, à certains services MCO comme les soins palliatifs, la cardiologie et la pneumologie. Là encore, l'absence de formation des soignants aux spécificités des patients concernés par un trouble psychique, aux spécificités de l'expression de la plainte somatique par ces patients, au besoin de réassurance des patients, peuvent expliquer un sous-recours de ces personnes à des soins somatiques en MCO.

Toutefois, la qualité du partenariat entre les établissements MCO et les CHS qui existe déjà, l'interconnaissance et la bonne articulation entre praticiens hospitaliers, psychiatres et médecins généralistes exerçant au CHS facilite la prise en charge des patients de la psychiatrie dans les services MCO. Ainsi, le pôle de médecine générale du Centre Hospitalier Spécialisé Drôme Vivarais semble avoir développé un partenariat de qualité avec plusieurs services hospitaliers MCO, comme l'équipe de soins palliatifs du Centre hospitalier de Valence.

Reste que l'enjeu du développement de liaison en psychiatrie dans les services MCO et de l'articulation (de l'interconnaissance) des services de psychiatrie et MCO apparaît central pour améliorer l'accès à l'hospitalisation en MCO des patients ayant des troubles psychiques et une prise en charge adaptée et de qualité.

8.1.5. Des ressources variables en soins somatiques selon les Centres hospitaliers spécialisés/départements

Le bilan et le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est assuré par des équipes somaticiennes implantées dans les Centres hospitaliers spécialisés.

La taille de ces équipes en termes de médecins généralistes est très variable en fonction de l'établissement. Ainsi, le Centre Hospitalier Drôme Vivarais bénéficie de 2,6 équivalent temps plein de médecin généralistes tandis que le centre hospitalier Sainte-Marie de Privas est composé de six médecins généralistes (pour 5 ETP actuellement) pour un nombre total de lits d'hospitalisation quasiment identique (250).

Certains patients suivis en psychiatrie ayant des pathologies lourdes (cancers, hépatite C par exemple), mais ne nécessitant pas une hospitalisation en MCO sont hospitalisés en psychiatrie, qui doit prendre en charge le coût financier des traitements. En effet, ces patients poly-pathologiques, ne peuvent être à domicile en raison de la lourdeur des traitements, du risque de mauvaise observance des traitements et de la fragilité de leur état de santé général. Par ailleurs, le manque de formation des personnels et d'adaptation des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne permet pas de les prendre en charge, dans ces structures, dans de bonnes conditions.

8.1.6. La faible articulation entre médecins généralistes, MCO et psychiatrie

Le manque de communication entre les médecins généralistes et les psychiatres est souvent constaté. Si les liens entre ces professionnels autour des patients suivis sont parfois bien établis (communication par courrier ou téléphone), ce n'est pas systématiquement le cas. Les professionnels constatent toutefois une amélioration de la communication autour des sorties d'hospitalisation avec un envoi plus systématique des comptes-rendus d'hospitalisation aux médecins traitants.

De même, le niveau d'articulation entre la psychiatrie et les praticiens hospitaliers des établissements MCO est variable. Certains services et praticiens hospitaliers de MCO sont difficilement joignables et l'obtention d'un avis pour un patient et l'accueil des patients suivis en psychiatrie dans ces services est alors difficile et peut être un véritable casse-tête pour le médecin généraliste qui exerce en CHS. Ces derniers cependant, souhaiteraient que ces retours soient systématiques.

Enfin, en termes de transmission d'information, le dossier médical partagé, permet aux médecins y ayant accès de connaître les antécédents médicaux, les traitements et comptes-rendus d'hospitalisation. A ce sujet, les professionnels soulignent que les centres hospitaliers spécialisés et les hôpitaux MCO ont adopté des systèmes informatiques

différents et qu'ils sont en réflexion sur les données qu'il serait possible et utile de partager entre médecins.

D'autres liens existent, qui facilitent l'accès des patients à une prise en charge somatique, et qui sont salués. C'est notamment le cas pour le CHDV et Le CH de Crest, qui ont établi un partenariat de qualité autour de l'ECT et de l'Imagerie (deux conventions organisent le fonctionnement de ces deux activités entre ces deux partenaires)

8.2. Éléments par tranche d'âge, publics spécifiques et exemples d'action

8.2.1. Les enfants

Les équipes des CMP infanto-juvéniles constatent qu'une partie des enfants issus de familles précaires pris en charge par leurs services sont suivis de manière très irrégulière sur le plan somatique. Des difficultés d'accès aux médecins généralistes et aux pédiatres sont notamment constatées (difficultés économiques, saturation des files actives des médecins généralistes) et certains enfants ne semblent être vus par un médecin qu'en cas de problème aigu (maladie, accident) dans les services des urgences des hôpitaux.

Des difficultés d'accès aux soins somatiques sont par ailleurs particulièrement notées pour les enfants présentant des troubles du spectre autistiques (TSA). En effet, les troubles et difficultés propres aux personnes autistes (patients qui peuvent être agités, particularités sensorielles demandant un temps long de consultation) ne sont pas ou peu prises en compte par les professionnels de santé libéraux ou à l'hôpital. Les familles sont ainsi confrontées à des refus de soins en ville, des prises en charge inadaptées à l'hôpital et ont des difficultés à trouver des structures et des médecins pouvant prendre en charge leur enfant en ayant un regard spécialisé sur la douleur et l'autisme en même temps.

Les professionnels rencontrés au cours de l'étude ont plus particulièrement souligné les difficultés d'accès aux soins dentaires et les difficultés d'accueil des enfants présentant des troubles autistiques aux urgences.

Le centre en santé orale (CSO) d'Aubenas est membre du réseau de santé bucco-dentaire et handicap Rhône-Alpes (SBDH-RA). Il est situé dans les locaux de l'hôpital d'Aubenas. Les chirurgiens-dentistes et assistants dentaires de ce centre de santé dentaire proposent une prise en charge adaptée pour des personnes en échec de soins dont les enfants présentant des troubles autistiques (utilisation notamment de gaz MEOPA³⁷).

³⁷ Le MEOPA est un gaz incolore associant une action anxiolytique, euphorisante (« gaz hilarant ») et un effet antalgique pour permettre une sédation consciente du patient.

8.2.2. Les femmes

La santé des femmes ayant des pathologies psychiatriques est un point d'attention pour les professionnels du territoire.

Les professionnels constatent qu'une part des femmes ayant des troubles psychiatriques n'est pas suivie en gynécologie. De même, ils soulignent une faible participation aux dépistages des cancers féminins (cancer du col de l'utérus, cancer du sein). Plusieurs freins à un suivi sur ces plans sont identifiés : les difficultés de ces femmes à prendre soin de leur santé (liées à leurs troubles, leur précarité et isolement social), leurs réticences à être examinées, les difficultés d'accès aux suivis en ville (les consultations de médecine générale, gynécologues et sages-femmes sont saturées en certains points du territoire, les dépassements d'honoraire d'une partie des gynécologues) et les difficultés de mobilité pour faire réaliser une mammographie.

La contraception est également un point d'attention pour les acteurs du territoire. En effet, peu de femmes ayant une pathologie psychiatrique ont une contraception, selon les acteurs rencontrés. Par ailleurs, le tabagisme, les conduites sexuelles à risque plus fréquentes qu'en population générale (risque d'IST), les difficultés d'observance du traitement, les effets secondaires de certains traitements psychotropes sur l'efficacité de la contraception sont des particularités à prendre en compte par les praticiens afin de prescrire une contraception adaptée.

Malgré les besoins repérés, les professionnels rencontrés s'accordent sur le fait que très peu d'actions de prévention sur le suivi gynécologique et la contraception sont aujourd'hui réalisées auprès des patientes suivies en psychiatrie et la nécessité de développer des actions dans ce sens fait consensus.

Consultations de gynécologie au Centre Hospitalier Drôme Vivarais

Le Centre Hospitalier Drôme Vivarais a mis en place, au sein de l'hôpital une consultation de gynécologie destinées aux patientes hospitalisées et suivies en CMP qui semble bien utilisée par les patientes.

Enfin, les suivis de grossesse pour des femmes qui cumulent parfois troubles psychiques, traitements psychotropes, surpoids, consommations de substances psychoactives et pas de demande de suivi de santé, font l'objet d'une attention soutenue. Concernant la maternité, les professionnels soulignent la qualité de l'articulation entre la psychiatrie et les maternités dans les deux départements.

Dispositifs et articulations professionnelles autour de la maternité des femmes ayant des troubles psychiques

A Privas, Annonay, Montélimar et Aubenas : une infirmière de CMP effectue une liaison régulière et la demande avec la maternité, ce qui permet de repérer et échanger autour de situations de mères ayant des troubles psychiques pré-existants, de dépression post-partum ou présentant des difficultés d'attachement, afin de préparer le retour à domicile et de proposer une prise en charge.

Le dispositif Valériane dans le bassin valentinois a pour objectif la prise en charge précoce et globale de femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité. L'objectif premier est d'identifier précocement les femmes enceintes en situation de vulnérabilité et leur entourage pour les accompagner, les aider à retrouver les sécurités élémentaires, améliorer leur suivi de grossesse et la santé de leur enfant par une prise en charge globale. Ce dispositif est coordonné par le Collectif Sud et fédère de nombreux partenaires.

8.2.3. Les jeunes et adultes en précarité, cumulant troubles psychiques et addictions

Les jeunes et adultes en grande précarité (sans domicile autonome) qui cumulent troubles psychiques et addiction, ont un état de santé physique très dégradé et des prises en charge en santé très irrégulières et tardives sur le plan somatique (voire, aucune prise en charge).

Les conditions de vie instables et précaires de ces personnes (absence de logement autonome, hébergement en CHRS, CHU, camions, rue,) ont un impact négatif sur leur état de santé général, et entravent également leur disponibilité et leurs possibilités pour recourir aux soins lorsque cela est nécessaire.

Des problèmes importants de prise en charge sur le plan somatique sont constatés. Les réticences voire le refus d'aller vers les soignants, les difficultés de gestion des rendez-vous (oublis, retards...), les changements fréquents de « lieu d'hébergement », le non-renouvellement de leur couverture sociale, la stigmatisation des publics « toxicomanes » etc. ne permettent pas un bon suivi sur le plan somatique et la bonne observance des traitements médicamenteux par ces publics.

D'autre part, les difficultés d'articulation entre la psychiatrie et l'addictologie sont particulièrement pointées, alors qu'il est essentiels pour la personne que les deux pathologies (troubles psychiques et addictions) soient prises en charge simultanément.

Les acteurs du territoire soulignent ainsi l'intérêt des dispositifs d'« aller-vers » et d'accompagnement individuel de ces publics très fragiles vers le système de santé.

Dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des publics précaires

Plusieurs dispositifs de ce type existent en Ardèche et dans la Drôme, comme la **médiation santé à Annonay et Valence** ou encore les infirmières de santé publique du département de la Drôme déjà cités précédemment. Rappelons que ces professionnels réalisent un travail d'« aller vers » les publics qui ne sont pas en demande et sont souvent marginalisés, des orientations dans le système de santé, une médiation entre la personne et les soignants et des accompagnements physiques aux rendez-vous médicaux qui permet l'accès et une meilleure adhésion aux soins (Cf. chapitre 4 de ce rapport).

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont pour mission de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en précarité. Les PASS proposent une aide administrative pour faciliter l'ouverture de droits pour l'obtention d'une couverture sociale et des soins, des examens voire des médicaments gratuits pour des habitants sans couverture de santé. Des PASS existent dans les principaux centres hospitaliers MCO du territoire, et une PASS psychiatrique est présente à Valence qui est gérée par Centre hospitalier Drôme Vivarais.

8.2.4. Les personnes âgées ayant des troubles psychiques

Les patients âgés ayant des troubles psychiques rencontrent des difficultés d'accès aux hospitalisations en gériatrie. Les problèmes de comportement des personnes et l'absence de psychiatrie de liaison formalisée (malgré la présence effective de psychiatres du CHS en MCO, qui sont mobilisable selon les besoins et les sollicitations des équipes soignantes) ne permettent pas toujours aux services de gériatrie de proposer une prise en charge qui réponde complètement à la complexité des besoins de ces personnes. Si des prises en charge et des bilans sont bien effectués, les participants aux groupes soulignent la nécessité de renforcer encore les liens et les collaborations entre les services de gériatrie et les CHS.

Les constats sur la santé somatique

En transversal

- Les personnes ayant des troubles psychiques sont dans un état de santé physique moins bon que la moyenne (surpoids, maladies cardiovasculaires, diabète) et sont victimes d'une surmortalité prématurée.
- Le manque de formation des professionnels de santé somatique (généralistes, spécialistes) à la prise en charge et aux besoins spécifiques des personnes ayant des troubles psychiques fait obstacle à un bon suivi des personnes concernées
- Les mêmes difficultés sont repérées dans les centres hospitaliers MCO. Malgré la présence de psychiatres, dans les hôpitaux MCO, les besoins sont importants et une demande émerge pour qu'une psychiatrie de liaison formelle soit mise en place.
- Le besoin d'articulation accrue entre médecins généralistes, services de MCO et psychiatrie est pointé. Les professionnels devraient échanger davantage et plus systématiquement sur leurs patients communs (courriers, contacts téléphoniques).
- Le surpoids lié aux effets secondaires des traitements psychotropes engendre une stigmatisation accrue des personnes, une perte d'estime de soi, un risque d'arrêt des traitements. Ces patients ont peu accès aux médecins nutritionnistes, diététiciens en libéral (coût, autocensure). La plateforme DAPAP (activité physique adaptée) est peu connue des professionnels. Certains GEM, la Maison relais de santé de Valence proposent des activités physiques, mais il faut accompagner les patients vers ces offres.
- L'état de santé bucco-dentaire des personnes concernées par un trouble psychique est souvent mauvais et l'accès aux soins est difficile : réticence de certains chirurgiens-dentistes à soigner ces patients (comportement des patients, enjeu de la CMUc). Le manque de formation des chirurgiens-dentistes à la prise en charge de ces patients explique en partie ces freins. Le CHSDV dispose d'un cabinet dentaire ouvert un jour par semaine. Cette ressource pourrait s'ouvrir à des personnes précaires (PASS dentaire). Le centre en Santé Orale d'Aubenas est salué qui prend en charge des personnes en échec de soins
- Les consommations problématiques de substances psychoactives sont fréquentes chez les personnes souffrant de troubles psychiques, mais il y a toujours un manque de dialogue entre professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie (intérêt des filières addictologie là où elles existent).
- Les personnes ayant des troubles psychiques bénéficient très peu d'actions de prévention et des dépistages organisés. Il serait utile de développer des actions de prévention dans les centres hospitaliers psychiatriques, les CMP, les GEM notamment en matière de : santé bucco-dentaire, alimentation, activité physique, dépistage des cancers (sein notamment), suivi gynécologique, prévention ou réduction des risques en matière de consommations de substances psychoactives.

Enfants

- Des difficultés d'accès aux soins somatiques sont accrues pour les enfants présentant des troubles du spectre autistique: refus de soins de la médecine de ville qui s'estime insuffisamment formée, prises en charges inadaptées, difficultés à trouver des professionnels de santé ayant une connaissance de l'autisme.

Personnes âgées

- Les patients âgés ayant des troubles psychiques rencontrent des difficultés d'accès aux hospitalisations en gériatrie, en lien avec l'absence de psychiatrie de liaison dans ces services

9. L'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques

Au-delà du parcours de soin, et de la manière dont le soin s'articule avec le parcours de vie, se pose l'enjeu de l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité, au sens générique du terme.

Le parcours de soin et le parcours de vie sont émaillés de périodes plus ou moins longues de rémission, mais aussi de « rechutes » ou de crises, parfois avec des situations d'urgence, des hospitalisations, Les troubles psychiques constituent ainsi, plus ou moins, une entrave à la vie quotidienne, pouvant donner lieu à une reconnaissance formelle de handicap. Dans tous les cas, si la « guérison » définitive n'est pas toujours possible (notamment dans le cas des psychoses), les possibilités de rétablissement sont aujourd'hui connues et valorisées, avec ce qu'elles ouvrent comme perspectives en termes d'insertion dans la vie de la cité mais aussi en termes de citoyenneté.

La qualité de l'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques repose toutefois sur un canevas complexe, où s'entremêlent les possibilités concrètes d'aide mais aussi l'acceptation de ces personnes, avec leurs difficultés spécifiques, par l'ensemble du corps social.

9.1. Enjeux de l'étiquetage et de la désignation des personnes : de l'auto-censure et l'exclusion à l'accès aux droits

Dès les premières séances de travail, les différents professionnels participant aux groupes ont débattu pour déterminer comment nommer les personnes souffrant de troubles psychiques. Les avis étaient parfois extrêmement divergents, mais tous s'accordaient sur le fait que la façon dont les personnes sont nommées peut considérablement affecter leur parcours de soins, leur parcours de vie et, *in fine*, leur insertion dans la cité.

Lors de ces groupes, deux approches assez différentes ont émergé. Globalement, on repérait d'un côté les professionnels du champ social et médico-social qui préfèrent utiliser des terminologies qu'ils jugent non-stigmatisantes : « *usagers* », « *bénéficiaires* » voire « *personnes* ». Pour ces professionnels, en partie rejoint par des associations de familles ou de patients, il est important de ne pas résumer les individus à leur pathologie et ce d'autant plus que la maladie mentale fait peur, qu'elle renvoie à un imaginaire de dangerosité, qui serait abondamment nourri par les médias. Les médias mettraient ainsi régulièrement en exergue des cas de violences physiques graves perpétrées par des personnes ayant des troubles psychiques, alors qu'au plan statistique, ces cas sont rarissimes. Le grand public redouterait ainsi les « *fous* », pour les risques qu'ils feraient courir à la société, mais aussi parce que les « *fous* » sont assimilés à des formes de marginalité, de désordre social. Ainsi, en mettant à distance cette image très négative de la maladie mentale par une terminologie

qui valorise à l'inverse la citoyenneté des individus (« *usagers* », « *bénéficiaires* ») ou simplement leur humanité (« *personnes* »), ces professionnels espèrent favoriser leur acceptation sociale, voire leur reconnaissance et leur intégration sociale. Certains ont souligné qu'il était même souvent préférable de ne pas mentionner du tout la maladie mentale lorsque les personnes concernées cherchent un emploi. En effet, même chez une personne possédant toutes les compétences requises, la présence d'une maladie mentale constitue un facteur puissant d'évitement de la part des chefs d'entreprise, des employeurs. Les professionnels de l'insertion par l'emploi recommandent donc quelquefois aux personnes qu'ils suivent de ne pas mentionner leur maladie lorsqu'ils sont en rémission et en recherche d'emploi, sachant que leur pathologie n'entravera pas, dans les faits, leurs possibilités réelles de correspondre à l'emploi visé.

On sait aussi, à l'inverse, au travers de différentes études (Diagnostics Locaux de santé, notamment) que les professionnels de Pôle Emploi et des Missions Locales se heurtent régulièrement au refus de certaines personnes quant à la demande d'une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : la crainte d'avoir un choix réduit d'emploi est couplée à la crainte de se voir accoler une étiquette qui serait socialement dévalorisante, celle de « *personne handicapée* », qui ne serait pas aussi compétitive, performante, que les autres.

Les enjeux d'étiquetage sont ainsi très importants pour l'accès à l'emploi, mais aussi en matière d'accès à un logement. Certains bailleurs, y compris des bailleurs sociaux, sont réticents à louer des appartements à des personnes dont ils savent qu'elles ont un trouble psychique, et ce plus encore sur les territoires en tension au plan immobilier, où les bailleurs font face à une forte demande.

Les professionnels de la santé mentale ont fait valoir un point de vue opposé, qui se fonde sur leur expérience que l'euphémisation ou la négation de la maladie par une terminologie « neutre », si elle part d'un bon sentiment et d'un désir de destigmatiser les personnes, contribue en réalité à entraver la bonne insertion sociale de celles-ci, et ce pour deux raisons. La première est que les désignations qui minimisent ou taisent les troubles, ne permettent pas aux personnes concernées par un trouble psychique de faire comprendre aux « autres » qu'ils sont à la fois « *comme eux* » tout en ayant des besoins spécifiques. Ainsi, l'utilisation de termes qui annoncent la présence d'un trouble psychique permet de faire valoir certains droits et de justifier certaines demandes. Ces termes peuvent ainsi permettre de faire comprendre aux employeurs, par exemple, que les personnes concernées ne peuvent pas tout à fait travailler au même rythme ni dans les mêmes conditions et qu'il leur faut quelquefois des aménagements pour qu'elles puissent effectuer leurs tâches au mieux. De même, ces étiquettes jugées si dévalorisantes par d'autres, ouvrent droit à certaines prestations qui, pour modestes qu'elles soient, ne sont pas négligeables. Ainsi, l'Allocation Adulte Handicapé ne peut s'obtenir que si la personne accepte sa particularité, son handicap.

Enfin, certains soignants ont insisté sur le fait que les terminologies euphémisantes ou masquantes peuvent alimenter le déni de la maladie, la réticence à entrer dans un soin. Banaliser, « normaliser » ou « naturaliser » la maladie (ainsi une association de schizophrènes qui se nomment les « entendeurs de voix ») peuvent contribuer à dédramatiser la maladie, pour les malades et pour les non-malades, et à la rendre moins

effrayante pour les gens « normaux »... Mais elles pourraient aussi faire croire à certains malades ou à leurs proches, qu'il n'est pas indispensable de se soigner, d'avoir recours à des médicaments, des psychothérapies.

Les groupes de travail qui ont, chacun à leur manière, alimenté ce débat, ne sont pas parvenus à un consensus, et il n'a pas été possible de déterminer le « bon étiquetage » pour désigner les personnes souffrant concrètement de troubles psychiques (au sens médical de « troubles »). Il n'en demeure pas moins que les principaux objectifs qui émergent de cet enjeu d'étiquetage sont,

- La nécessité de destigmatiser les personnes, à leurs propres yeux et aux yeux de la société
- La nécessité de faire accéder ces personnes aux soins et aux droits (AAH, notamment), indispensables pour améliorer leur qualité de vie et la qualité de leur insertion sociale

S'il n'y a aujourd'hui aucun terme qui fasse consensus, c'est, d'après plusieurs des participants aux groupes, parce que la société dans son ensemble méconnaît les problématiques de santé mentale. Alors que différentes campagnes de communication nationales ont été diffusées sur certaines maladies chroniques et sur les malades eux-mêmes (cancer, sida, pour les plus « médiatisées »), qui avaient pour objectif de mieux faire reconnaître ces personnes, à la fois dans leur appartenance sociale et leur spécificité, il n'y a jamais eu d'équivalent en matière de troubles psychiques. La maladie mentale reste invisible, cachée : elle fait encore très peur et peut susciter un fort rejet. Ceci semble moins vrai pour l'autisme, qui a fait l'objet de davantage de communications dans les grands médias, et qui est peut-être également, de moins en moins associé à la psychiatrie et de plus en plus à la neurologie.

D'après certains participants aux groupes, si ces troubles étaient mieux connus du grand public, mieux expliqués, ils pourraient être dédramatisés sans être banalisés et cela améliorerait fortement l'acceptation et l'insertion sociale des personnes concernées par un trouble psychique... Ce qui réduirait les enjeux d'étiquetage des personnes.

On note à cet égard que des élus du Diois souhaiteraient que des actions de prévention soient menées auprès des jeunes en lien avec l'éducation nationale, la psychiatrie et d'autres structures (IREPS, espace socioculturel du Diois) afin de pouvoir parler de santé mentale.

Globalement, la question des droits des personnes souffrant de troubles psychique est ainsi également fortement liée aux désignations et étiquetages dont elles font l'objet. Si certains termes ouvrent l'accès à des droits formels (RQTH, ...), ils ferment peut-être l'accès à des droits réels par une mécanique invisible de rejet. A l'inverse, sans reconnaissance formelle du handicap (par la MDPH) l'accès à l'AAH est impossible, et si la maladie n'est jamais nommée, il est difficile de la soigner de manière appropriée... Mais un malade bien soigné, n'est pas forcément mieux accepté par la société. C'est donc, *in fine*, la maladie mentale, elle-même qu'il faut mieux faire connaître et accepter dans la société.

Dans le prolongement de ces questions fondamentales d'étiquetage se pose le problème de l'image que les patients peuvent avoir d'eux-mêmes, et des chances réelles qu'ils ont de pouvoir s'insérer dans la cité. A cet égard, les GEM, et plus encore les « pairs-aidants »³⁸, peuvent jouer un rôle essentiel.

L'adhésion à un **GEM** permet aux personnes de développer une sociabilité, des échanges, dans un environnement à la fois protégé et inscrit dans la vie de la cité. Parce qu'il est hors de l'hôpital et sans soignants, le GEM est un réel espace de sociabilité sans connotation thérapeutique directe. Les participants aux groupes de travail ont salué ces structures qui constituent des espaces de vie spécifiques, tout en relevant d'une démarche associative et presque citoyenne. Adhésion, projets partagés, favorisent « l'empowerment » des patients.

Les « **pairs-aidants** » constituent un autre « outil » favorisant l'insertion dans la cité. Les pairs étant eux-mêmes des patients, ils sont dans certains cas intégrés à des réunions d'équipes soignantes (comme cela est le cas dans certaines équipes du CHS Drôme-Vivaraïs). Et, au-delà de leur capacité à établir une passerelle entre les attentes des patients et les propositions thérapeutiques, les pairs-aidants constituent des modèles d'insertion pour les patients qui redoutent d'être éternellement marginalisés. Le pair-aidant peut ainsi constituer une figure positive sur laquelle les patients se projettent : celle de la personne qui est concernée par un trouble psychique, qui est à la fois un « patient-expert » et aussi un citoyen, qui a sa place dans la vie de la cité.

Une représentante des pair-aidants, participant aux groupes de travail a souligné les ressources mais aussi les obstacles qui existent pour développer la pair-aidance :

- Des formations existent pour devenir « pair-aidant », mais elles sont situées à Lyon et rien n'existe pour financer les déplacements, ni les droits d'inscription aux cours pour les patients qui veulent et peuvent se déplacer à Lyon pour devenir pair-aidant ;
- La pair-aidance constitue un engagement au service des autres, mais elle s'effectue entièrement bénévolement, que les pairs-aidants participent aux travaux d'équipes soignantes, ou qu'ils soient à l'écoute et en position de conseil avec d'autres patients. Or, les pair-aidants ont souvent une activité professionnelle rémunérée, et ces temps de bénévolat ne sont pas aisés à insérer dans leur emploi du temps, ou se font au détriment de l'activité rémunérée ;
- Certaines équipes soignantes parlent à leurs patients des possibilités de devenir pair-aidant, mais cette démarche est encore largement méconnue des personnes concernées et soignées pour un trouble psychique

Les participants aux groupes de travail ont ainsi souligné que la lutte contre la stigmatisation, mais aussi l'auto-stigmatisation, relèvent globalement d'une meilleure

³⁸ Les participants aux groupes de travail ont toujours parlé de « pair-aidants », et l'une des personnes se désignait ainsi elle-même, c'est pourquoi c'est ce terme qui a été conservé dans ce rapport. Il existe néanmoins d'autres terminologie, comme la « pairémulation » ou encore les « pair-accompagnants » qui renvoient toutes à des enjeux d'aide et d'empowerment des patients.

sensibilisation, voire éducation, du grand public et aussi des entreprises, à ce que sont les troubles psychiques, et aux capacités et droits des personnes malades, au sein de la cité.

Une exposition photographique a été réalisée par l'IREPS Ardèche «**D'autres clichés sur la santé mentale** »: Les premiers retours de l'exposition photos qui a mobilisé 18 structures du sud Ardèche, montrent que la population a besoin de s'exprimer et de lever le tabou sur ce sujet. Il est nécessaire de poursuivre des actions rassemblant les acteurs du territoire afin de sensibiliser le public aux questions de santé mentale. En Ardèche, les GEM d'Aubenas et de Privas ainsi que des structures médico-sociales (SAVS, ESAT) se sont fortement investies dans ce projet d'exposition photos pour destigmatiser la santé mentale. Leur souhait est de poursuivre les actions dans ce sens pour des événements tels la SISM mais aussi tout au long de l'année, de pouvoir davantage s'exprimer sur ce sujet. (voir images de l'exposition en annexes du rapport)

9.2. L'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité

Au-delà de la reconnaissance et de l'acceptation des troubles psychiques par la société ou, *a minima*, par certains employeurs et bailleurs, qui constitue un préalable essentiel à toute démarche d'insertion sociale, il y a la nécessité d'aider les personnes concernées à avoir une existence sociale, tout en prenant soin de leurs spécificités et vulnérabilités.

Cette nécessité se décline en quatre axes, qui ont été décrits par les participants aux groupes de travail.

9.2.1. Le soin et la vie dans la cité

Que les personnes aient ou non été hospitalisées en psychiatrie, il est indispensable qu'elles puissent avoir accès aux soins dont elles ont besoin, au plan médicamenteux et psychothérapeutique, lorsqu'elles sont « chez elles ». Si la fréquentation d'un CMP ou d'un CATTP, d'un hôpital de jour, est possible et nécessaire pour une partie de ces personnes, d'autres ont de grandes difficultés à aller vers ces lieux de soins :

- Les personnes qui habitent en zones rurales ou semi-rurales et qui ne sont pas véhiculés
- Les personnes qui, du fait même de leur maladie, ou en phase de « crise », n'arrivent plus à sortir de chez elles

Dans ces situations, il est précieux que des soignants puissent se déplacer à domicile, où dans les lieux de vie des personnes : foyers, EHPAD. C'est déjà ce que font les infirmiers de CMP, qui se déplacent, plus ou moins, selon les ressources présentes au CMP.

Ainsi, lorsque les CMP sont saturés de demandes, il peut-être difficile pour les infirmiers de CMP de se rendre au domicile des patients, ce qui est très dommageable pour les malades. D'après les professionnels rencontrés, cette possibilité de se rendre au domicile des patients constitue un atout fort pour améliorer les chances d'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces visites à domicile, outre le fait qu'elles permettent de vérifier l'état de la personne, l'observance du traitement, permettent aussi de repérer des symptômes de crise ou de « rechute » et partant, évitent les ruptures de soin.

Deux équipes mobiles psychiatrie précarité EMPP [cité supra] existent, l'une dans la Drôme et l'autre dans l'Ardèche, spécifiquement orientées vers les publics précaires, qui peuvent se déplacer dans les CHRS, les accueils de jour, parfois les squats ou autres formes de lieux de vie informels.

Equipes mobiles de réhabilitation au CHDV et au CHSM qui suivent les patients en Accueil Familial Thérapeutique

Les professionnels du soin en Ardèche, ont insisté sur le fait que la vie dans la cité est facilitée lorsque le malade se voit proposer des options thérapeutiques souples, qui permettent au malade d'exprimer son point de vue et sa demande, et d'ajuster au mieux la réponse à apporter à son besoin. Le fait de proposer au patient de choisir un autre psychiatre, au sein de l'hôpital, si la relation avec un premier psychiatre n'est pas satisfaisante, mais aussi le fait de lui proposer des temps d'hospitalisation ponctuels, sur des durées courtes (des « séquences » d'hospitalisation) constituent autant d'éléments qui améliorent l'adhésion aux soins, réduisent le risque de rupture de soins et de ce fait favorisent une certaine continuité de la vie dans la cité. Les temps d'hospitalisation ne constituent plus alors des ruptures, mais des phases, qui s'inscrivent dans un parcours de soin, et dans un parcours de vie, sans compromettre l'insertion dans la cité.

Cette souplesse et cette articulation entre la vie « dans la cité » et le soin, que certains soignants du territoire appellent de leurs vœux, serait également grandement améliorée si les acteurs du soin en libéral étaient aussi impliqués dans cet objectif d'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques. Les participants aux groupes de travail ont ainsi rappelé l'importance des médecins libéraux et des infirmiers libéraux qui peuvent se déplacer à domicile et qui peuvent contribuer, par cette proximité, à améliorer l'observance des traitements par les patients, à domicile, en complément parfois du suivi par les infirmiers de CMP. Reste que le temps nécessaire à une visite à domicile chez un patient souffrant de troubles psychique peut se révéler long. Par ailleurs, il faut également une bonne connaissance et sensibilité aux spécificités de ces patients et de leurs besoins pour que ces visites contribuent effectivement à faciliter une inscription dans la vie de la cité.

9.2.2. L'aide à la vie quotidienne, dans la cité

L'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques relève à la fois d'une meilleure acceptation sociale, d'une destigmatisation de la maladie, mais aussi d'un appui concret, au quotidien.

Deux volets essentiels ont été particulièrement soulignés par les participants aux groupes :

- Le logement
- L'emploi

Concernant le logement différentes possibilités existent dans la région, qui peuvent permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques de vivre, dans une plus ou moins grande autonomie, tout en continuant des soins, ou du moins un suivi :

➤ **Un logement dans le parc privé ou social**

L'hôpital spécialisé en psychiatrie n'est pas un lieu de vie, c'est par définition un lieu de soin, qui peut être investi dans un parcours de vie, et ce, dans la majorité des cas, de manière ponctuelle. Ainsi pour la plupart des malades, la vie va se dérouler en dehors de l'hôpital, dans un domicile autonome, quelquefois dans un foyer ou une structure apparentée.

Les CHS de la Drôme et de l'Ardèche sont en contact avec des bailleurs privés et sociaux pour faciliter l'accès de leurs patients à un logement, de manière complètement autonome, ou en assurant le paiement des loyers de manière ponctuelle (baux glissants) ou permanente (pour les personnes sous curatelle). Il est à noter qu'en Ardèche de nombreux bailleurs privés contactent spontanément le CHS pour proposer des logements. La faible pression immobilière en Ardèche, le déclin démographique en certains territoires, font que ces bailleurs sont confrontés au risque de ne pas trouver de locataires. Afin de rentabiliser au mieux leur parc (ou du moins leurs biens), ils proposent au CHS des logements, sachant qu'ils ont pratiquement la garantie que les loyers seront payés, les patients étant suivis par les services sociaux des hôpitaux.

Les soignants ont cependant pointé le fait que le parc locatif en Ardèche n'est pas toujours de qualité : il existe de nombreux logements très vétustes dans plusieurs villes de l'Ardèche (Annonay, notamment), qui, sans être insalubres posent de réels problèmes au quotidien (humidité, électricité non mise aux normes, etc...). Les soignants insistent sur le fait que l'autonomie dans le logement, même petit et peu confortable, est souvent appréciée des patients, mais qu'il faut être très attentif à ne pas laisser vivre les patients dans des conditions de logements qui seraient indignes.

Les bailleurs privés sont semble-t-il un peu plus frileux dans la Drôme où la pression immobilière est plus forte. Crainte des impayés, mais aussi craintes de « désordre » et de mauvaise gestion des appartements peuvent expliquer cette distance. Ces difficultés semblent moins présentes en Ardèche : grâce à un lien qui semble facile entre les bailleurs et le CHS, les expériences de logement de patients sont semble-t-il bien accompagnées et positives. Des bailleurs privés répondent également positivement dans la Drôme, aux demandes qui leur sont faites, mais pas tout à fait dans la même proportion qu'en Ardèche semble-t-il.

Concernant le logement social, on note que le CHDV a signé des conventions de partenariats avec l'ensemble des bailleurs sociaux de la Drôme.

L'association ODIAS Drôme, propose des logements accompagnés : avec notamment des **Résidences-Accueil et des appartements associatifs**. Des personnes défavorisées, dont des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent être logées, tout en étant accompagnées et aidées (dans différentes démarches de la vie quotidienne), par des éducateurs de l'association.

Le **CHDV dispose de 14 places en logement collectif** qui font l'objet d'un suivi par les équipes médico-soignantes.

Un appel à projet était en cours, au moment de l'étude, pour installer 13 places de **SAMSAH en Réhabilitation Psycho-sociale** en Ardèche et 23 en Drôme. L'ouverture de ces places sera effective au cours du premier trimestre 2020.

Des « familles gouvernantes », « pensions de familles », des familles d'accueil thérapeutique et des résidences sociales existent également en Drôme et en Ardèche, qui permettent à des personnes concernées par un trouble psychique et ne pouvant vivre dans une complète autonomie, de s'inscrire, de manière protégée et adaptée, dans la vie de la cité.

Dans le schéma départemental des solidarités de la Drôme, on trouve dans l'axe 2 "Garantir le parcours de la personne" une action qui vise à accompagner les personnes en situation de souffrance psychique pour le maintien dans le logement: organisation d'un groupe de travail pour construire un accompagnement adapté, expérimenter le dispositif sur 5 à 6 situations et déployer selon les résultats obtenus.

➤ Les professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile

Quelle que soit le type de logement, plusieurs participants aux groupes ont insisté sur l'importance pour les patients de pouvoir se faire aider, chez eux, mais aussi dans leur lien avec les ressources de la cité. Certaines ressources d'aide sont spécifiquement formées et outillées pour apporter cette aide : les SAVS et SAMSAH portés par différentes associations (ODIAS, Clair Soleil, ADAPEI, APAJH, notamment), mais elles manquent de places pour répondre à toutes les demandes. D'autres sont moins ou pas du tout spécifiquement formées, mais mériteraient de l'être, car leur rôle ne fera que croître, auprès des publics défavorisés et auprès des personnes âgées : les TISF (techniciens d'intervention Sociale et Familiale) et aussi les SAD (Services d'Aide à la Personne). Au-delà de la nécessité de former ces salariées qui interviennent à domicile, au quotidien ou presque, se pose la question des difficultés de recrutement de ces personnes. Les membres du Conseil Territorial de Santé ont ainsi rappelé que ces salariées ont souvent des rémunérations extrêmement modestes, des emplois du temps très contraignants avec de nombreux déplacements et que, de ce fait, elles quittent cette profession dès qu'elles peuvent trouver un emploi mieux rémunéré et plus stable au plan des horaires et des déplacements. Le turn-over est donc une difficulté largement constatée, alors même que de nombreux professionnels soulignent le potentiel des aides à domicile et des TISF, par rapport aux enjeux de logement autonome des personnes concernées par un trouble psychique.

Il est à noter que la thématique de la santé mentale n'a pas encore été abordée par les acteurs du Plan Départemental pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDLHPD) de la Drôme. Certains des participants aux groupes de travail ont ainsi proposé que ce thème soit proposé au PDLHPD, peut-être en s'inspirant des expériences ardéchoises qui semblent plutôt concluantes, même si la structuration du marché immobilier local diffère.

9.2.3. L'aide à la vie quotidienne dans l'emploi,

Des associations comme MESSIDOR et Clair Soleil qui gèrent des ESAT soulignent l'importance et la difficulté d'accès à une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH), pour des personnes qui ne voient pas toujours d'emblée les possibilités qu'ouvre ce dispositif, et qui se focalisent parfois sur les risques d'effets stigmatisant de cette étiquette, comme on l'a déjà souligné plus haut.

Au-delà, deux constats ont été faits :

Le premier est que les employeurs de droit commun ont une connaissance faible ou nulle des possibilités et des spécificités des travailleurs handicapés, et des personnes souffrant de troubles psychiques en particulier. Il y a donc un énorme travail de communication et de sensibilisation à faire auprès du monde du travail, et tout particulièrement dans le secteur privé. Il est noté que les Services de Santé au Travail (SST) connaissent mal les problématiques de santé mentale et sont peu ou pas du tout en lien avec les acteurs soignants ou médico-sociaux dans ce domaine. Par ailleurs, l'ARS a rappelé que le registre de la santé au travail est complètement séparé de celui de la santé publique en France : ces deux univers ne se croisent pas, et toutes les campagnes ou actions de promotion de la santé mentale, de destigmatisation de la maladie mentale, de développement de partenariats multidisciplinaires ne touchent pas du tout le monde de l'entreprise. Si des contacts entre ARS et DIRECCTE existent, ils demeurent ténus et ont concrètement très peu d'impact sur la vie au travail des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le second est que les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent parfois travailler en complète autonomie, pendant les phases de rémission, mais peuvent aussi avoir besoin, au moins à certaines étapes de leur parcours de soin et de leur vie professionnelle de « référents de parcours » spécifiques : les « coach managers ». Ces référents font le lien entre le milieu médico-social, qui prend en compte les spécificités des personnes souffrant de troubles psychiques et les entreprises, afin d'adapter au mieux les compétences et besoins des personnes aux attentes des entreprises. Ces référents constituent de ce fait un levier pour l'insertion dans l'emploi, et donc aussi dans la vie de la cité.

Ainsi, l'accès à l'emploi est un facteur favorisant l'insertion des personnes dans la cité, d'une manière générale et pour les personnes concernées par des troubles psychiques également. L'accès à un emploi, même protégé ou adapté, est ainsi un enjeu fort pour ces personnes. Des ressources sont saluées en la matière, sur les deux départements : MESSIDOR mais aussi le réseau REHPSY apportent une aide concrète aux personnes concernées par des stages, du coaching, l'aide à la construction de projets individualisés.

Les constats concernant l'insertion dans la cité

En transversal

- L'enjeu de l'étiquetage et de la désignation des personnes concernées par un trouble psychique, pour l'accès à l'emploi, au logement et à une insertion sociale est important. Entre volonté de destigmatiser les personnes et le risque d'euphémisation ou de négation de la maladie qui peut entraver un bon accès aux soins et une bonne adhésion des patients aux soins, l'équilibre est complexe à trouver. Tous les professionnels convergent sur la nécessité de lutter contre l'image du « fou dangereux » véhiculée par les médias, qui freine l'insertion sociale et professionnelle des personnes concernées.
- Des campagnes de communication de grande envergure doivent être déployées, même au niveau local, pour améliorer la connaissance du grand public sur les enjeux de santé mentale et faciliter l'insertion sociale des personnes concernées.
- Les pairs-aidants constituent un modèle d'insertion et une ressource d'information et d'accompagnement pour les patients suivis en psychiatrie, et une ressource pour les équipes soignantes. Mais les obstacles au développement de la pair-aidance sont nombreux : les formations se déroulent à Lyon, aux frais des personnes (déplacements et droits d'inscription). Il s'agit d'une activité bénévole, encore méconnue, difficile à assumer pour les personnes qui ont de petits revenus, ou qui ont une activité professionnelle, qui devrait être mieux soutenue.
- L'enjeu du logement : les CHS de la Drôme et de l'Ardèche sont en contact avec des bailleurs pour faciliter l'accès au logement de leurs patients. En Ardèche, où la pression immobilière est plus faible, les bailleurs sociaux et privés contactent spontanément le CHS pour proposer des logements. Dans la Drôme, où la pression immobilière est plus forte, les bailleurs sont plus frileux (crainte des impayés, de difficultés de comportement et de mauvaise gestion des appartements). Des partenariats existent cependant avec le CHSDV. La qualité des logements proposés n'est cependant pas toujours au rendez-vous, ce qui est défavorable à une bonne qualité de vie des personnes concernées ce qui nécessite donc une grande vigilance. Enfin, l'accompagnement des personnes à leur domicile en particulier par des SAVS et SAMSAH est un levier fort d'insertion sociale mais les places sont inférieures aux besoins repérés. Ce qui se produit également avec les TISF. Les services d'aide à domicile peuvent aussi jouer un rôle de veille et d'accompagnement des personnes concernées par un trouble psychique, mais ils doivent être mieux formés et soutenus.
- Il est nécessaire d'informer davantage les entreprises, sur les possibilités et les spécificités des travailleurs handicapés psychiques. L'intérêt des référents de parcours dans le domaine de l'emploi pour faire le lien avec les entreprises est fortement souligné (Cf. action de l'association Messidor et de REHpsy).
- L'accès à la réhabilitation psychosociale favorise l'insertion dans la cité, et ce dès l'entrée dans la maladie. Il est nécessaire d'améliorer la connaissance du grand public, des médecins généralistes, parfois des psychiatres et des patients sur les possibilités de rétablissement grâce à la réhabilitation psycho-sociale et de développer des équipes mobiles de réhabilitation (notamment en rural).

10. Thématiques et types d'action retenus par les groupes de travail

Les participants aux groupes de travail, ont été invités, lors de la dernière séance de travail, à prioriser 3 ou 4 thèmes qui leur semblaient les plus importants pour la population des deux départements, même si ces derniers se trouvaient un peu en décalage avec leur cœur de mission.

Les participants ont ainsi choisi 3 ou 4 thèmes, à partir d'une liste issue des échanges des premières et deuxième séances de travail, et ce pour chacune des priorités traitées par les groupes de travail.

Ont été retenus les thèmes qui ont obtenus le plus de suffrages. Il a néanmoins été rappelé aux participants des groupes de travail que cet exercice avait essentiellement pour but de faire émerger des tendances (qui parfois ont convergé, entre plusieurs groupes de travail différents), mais que ces résultats ne pouvaient être considérés comme parfaitement représentatifs des attentes de tous les professionnels des deux départements, étant donné le nombre limité de participants aux groupes de travail. Si la diversité des compétences et des positions (professionnels, associations de familles et d'usagers) était réelle, il ne s'agissait donc pas techniquement d'un « vote représentatif ».

Pour autant, le résultat de ces choix, après des débats très riches, dans lesquels les participants se sont très activement impliqués, révèlent que certaines problématiques sont réellement récurrentes et que leur fréquence ou leur intensité préoccupent les professionnels et appellent des réponses.

Enfin, il a été rappelé aux participants de ces groupes de travail que ces résultats seraient confrontés aux autres données disponibles sur le territoire, afin de faire émerger des pistes qui soient le plus convergentes et pertinentes la population du territoire.

Thèmes prioritisés par les participants aux groupes de travail :

Priorité 1 : « 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. »

- **Former les acteurs non psychiatres au repérage des troubles psychiques et aux ressources de prise en charge**
 - Formations à éléments techniques et culture commune par des rencontres en réseaux, par le partage d'expériences, de situations (exemple : CLSM)
 - Formations « clé en main »

- **Développer des référents de parcours (« case-manager ») pour articuler l'action des professionnels qui interviennent autour des patients**
 - Référent en amont pour amener vers le CMP
 - Référent de parcours en aval quand la personne est prise en charge par le CMP

- **Proposer un premier accueil et une première prise en charge pluridisciplinaire aux personnes dès les premiers signes de troubles psychiques, même en l'absence de diagnostic**
 - Renforcer, étendre les premiers accueils qui existent en CMP, en lien avec PMI, EN, MG, CMP, CMPP, CMS infirmiers
 - D/ Développer une structure spécifique pour les adolescents ayant des troubles du comportement très importants (avec violence)
 - Petites structures ambulatoires et lits spécifiques en proximité géographique

Priorité 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. »

- **Mettre en place des référents de parcours, « case manager » pour coordonner les parcours de soin et de vie des personnes ayant des troubles psychiques**
 - En binôme si possible, avec une personne de confiance et le professionnel, dans la durée.
 - Soutenir les expérimentations en cours d'élaboration (réhabilitation psychosociale CHDV, Intermed, REHPSY)
- **Améliorer la reconnaissance de la place des parents et de l'entourage dans le parcours de vie des personnes ayant des troubles psychiques et les soutenir dans leur rôle d'aidants**
 - Formaliser l'échange entre les familles et professionnels, en requérant l'accord de la personne, en développant les « maisons des usagers », soutenir les « groupes d'information » pour les familles (exemple réhabilitation psychosociale), notamment pour les enfants, adolescents et jeunes adultes
- **Développer le partenariat entre la psychiatrie et les travailleurs sociaux, les élus, les bailleurs sociaux, les acteurs du domicile et les infirmiers libéraux (interconnaissance, culture commune, communication, coordination, concertation),**
 - Au sein des CLSM, copil du SIAO (logement), filière gérontologique, (exemple Maison relais santé), projets dans MSP, CPTS
- **Développer les solutions de logement accompagné avec les acteurs concernés (les bailleurs sociaux, la psychiatrie, les acteurs médico-sociaux et les élus)**
 - Développer le dispositif « Un Chez Soi D'abord »
 - Développer les logements intermédiaires : appartements associatifs, résidences accueil
 - Développer les logements de réhabilitation (exemple Villa Fontlozier), les familles gouvernantes
 - Développer les systèmes de convention entre bailleurs sociaux et institutions soignantes

Priorité 3 : « L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins. »

- **Améliorer le suivi somatique régulier par les médecins généralistes et infirmières (libéraux et salariés, intra et extra hospitaliers) des personnes ayant des troubles psychiques (formation des MG, articulation entre les MG et les CMP/CHS, ...)**
- **Renforcer la formation des médecins généralistes, infirmières (libérales et hospitalières) à la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques et connaissance des ressources d'aide**
- **Améliorer le lien entre médecins généralistes et les CHS :**
 - Développer contact facilité entre le médecin généraliste et le psychiatre (fiches, n°de tel, ...). Systématiser les courriers du CHS/CMP au médecin traitant pour améliorer prise en charge (traitements, ...). Améliorer le partage d'informations : antériorité, traitements, et compte rendus. Valoriser les consultations de médecine générale pour les patients (en termes de cotation). Soutenir les projets de santé des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle en santé mentale et pour la prise en charge somatique des patients ayant des troubles psychiques
 - En intra-hospitalier : augmenter les ETP de médecin généraliste au sein des CHS, en particulier CH Drôme Vivarais
 - Soutenir les missions d'infirmiers de CMP dans la mission d'articulation avec le médecin généraliste sur les soins somatiques
 - Développer des possibilités d'accompagnement physique du patient vers le soin somatique (médiation, infirmier de CMP, autres.....) et vers les dépistages
 - Systématiser des bilans somatiques lors des hospitalisations en CHS
- **Développer la prévention auprès des patients ayant des troubles psychiques et favoriser leur accès aux dépistages des cancers**
 - Réalisation plus systématique de bilans de santé (CPAM)
 - Activités de prévention par le médiateur en coordination avec les différents acteurs de prévention
 - Former les infirmiers et aides-soignantes hospitaliers sur le dépistage et conseils individuels en matière de santé (bucco-dentaire, alimentation, activité physique et addictologie).

Mettre en place des ateliers de prévention pour les patients (santé bucco-dentaire, l'alimentation, activité physique, cancers, santé des femmes contraception, cancers féminins, consommation de substances psychoactives). En CHS, unités de réhabilitation psycho-sociale, en Accueil de jour, à la Maison des réseaux de santé, CSAPA, centre sociaux, GEM, en Accueil de jour (publics précaires). Animés par des infirmiers, médiateurs santé, aidants, pairs-aidants,

- **Faciliter l'hospitalisation en MCO des patients suivis en psychiatrie par une meilleure articulation entre la psychiatrie et les Centres Hospitaliers MCO (partage d'information et interconnaissance)**
 - Développer des formations communes médecins CHS et médecins CH MCO (interconnaissance)
 - Renforcer le partage d'information : outil dossier médical partagé
 - Développer une unité cognitivo-comportementale dans le secteur de Valence
 - Développer la psychiatrie de liaison dans les services MCO (psychiatre, infirmier de psychiatrie) en lien aussi avec les ELSA

- **Mettre en place des référents de parcours: gestion et articulation des parcours de soins y compris somatique et travailler sur l'adhésion du patient**

Priorité 4 : « La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. »

- **Développer une coordination, améliorer l'articulation entre tous les professionnels concernés par la gestion des crises/urgences, pour améliorer la gestion des situations de crises**
 - Recenser les dispositifs existants
 - Développer l'interconnaissance des acteurs concernés par la crise/les urgences (forces de l'ordre, pompiers, Samu, service des urgences MCO, bailleurs sociaux, élus, travailleurs sociaux, aides à domicile...)
 - Mettre en place une cellule de veille multidisciplinaire /étude autour de situations
 - Mettre en place une analyse des soins sans consentement (analyse de situations)
 - Charte ou procédure d'intervention en fonction des types de crises
 - Sensibiliser les acteurs concernés par la gestion des crises, des urgences aux pathologies psychiatriques et à la gestion des crises dont soins sans consentement, dans le cadre de CLSM, de réseaux sur le territoire

- **Renforcer le rôle pivot des CMP, prise en charge de 1ère ligne (accueil et évaluation infirmière?)**
 - Développer/systématiser(uniformiser les pratiques) l'accueil infirmier en CMP avec un accueil et évaluation rapide
 - Mettre en place des réunions de professionnels pour aborder la question de la stratégie à adopter pour des patients hors du système de soins (professionnels concernés par la situation et psychiatrie)

- **Investiguer comment accueillir et prendre en charge des patients suivis en psychiatrie en situation de crise, regard pluridisciplinaire**
 - Procédure unique ou procédures spécifiques pour certaines catégories de patients ?
 - Mise en place d'urgences psy dans le territoire ? au CH de Valence ? au CHS ?
 - Faire une recherche sur les différentes possibilités d'accueil des urgences psychiatriques et les retours d'expérience

Priorité 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. »

➤ **Faire progresser la destigmatisation des troubles psychiques en communiquant auprès du grand public sur la vulnérabilité et la souffrance psychique des patients, pour déconstruire les représentations sur leur « dangerosité », mais aussi sur leurs possibilités de rétablissement et d'insertion sociale**

- Mettre en place des campagnes de sensibilisation/information au niveau régional/départemental (à partir de la SISM et journée nationale santé mentale)
- Développer le « Psy-truck » et les actions de proximité (IREPS, réseaux de santé mentale), en encourageant les témoignages
- Développer un dialogue avec les médias locaux par une commission pluriprofessionnelle et associations bi-départementale
- Développer cette communication dans les structures, les établissements (EN, EHPAD, MCO, les services de santé au travail (SST)
- Déployer des actions de sensibilisation dans les établissements de l'Education Nationale, (prévention sur les compétences psychosociales, le suicide, harcèlement, information sur les ressources d'aide...) auprès des élèves, enseignants, autres professionnels, pour changer les postures éducatives globales, destigmatiser...
- Développer la sensibilisation, la communication auprès des adultes sur les compétences psychosociales (au travail, face à la précarité,...) pour aider les gens à faire face aux stress multiples auxquels ils sont soumis, et aussi pour les aider à lutter contre l'auto-stigmatisation

➤ **Développer les pratiques orientées vers le rétablissement, la réhabilitation psycho-sociale, clé de l'empowerment et de l'insertion sociale des personnes, et informer les professionnels du soin, du social, de la « communauté/commune » et le grand public sur ce sujet (progrès, insertion des personnes), pour contribuer à leur destigmatisation**

- Renforcer et étendre à tout le territoire les programmes de réhabilitation
- Former les professionnels du soin en santé mentale et ceux du handicap psychique (psychiatres, infirmiers, psychologues, médecins généralistes, ergothérapeutes, neuropsychologues...) à la réhabilitation psychosociale (et à l'intégration dans leur pratique)

- Informer le grand public sur la réhabilitation psychosociale, le rétablissement
- Informer les usagers sur l'existence et les possibilités de réhabilitation psychosociale (MDPH, médico-social, GEM, associations, CMP, CMS, mandataires judiciaires)

➤ **Encourager le développement de la pair-aidance**

- Développer les formations des patients et sensibilisations des professionnels à la pair-aidance en lien avec les associations d'usagers, en Drôme-Ardèche
- Encourager, faciliter l'accès aux formations à la pair-aidance (réduction coût de la formation pour les patients volontaires)
- Associer plus souvent les pair-aidants dans les équipes de soins, et face aux patients qui ont besoin de pouvoir s'identifier. En amont mieux reconnaître et s'appuyer sur l'expertise des patients.
- Développer une plateforme de ressource en pair-aidants
- Accompagner et soutenir la création d'associations de patients (juridique, économique, dynamique de groupe)
- Développer la supervision et l'accompagnement des pairs aidants

Priorité 6 : « L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale (focus sur les enfants/adolescents et jeunes adultes). »

- **Développer la sensibilisation du grand public, la réflexion, sur lien entre difficultés psychiques, addictions, substances psychoactives**
 - Formations de professionnels sur les addictions (médical, médicosocial, social, forces de l'ordre, EN, ...)
 - Développer, renforcer l'existant pour une culture commune et pour mieux accompagner les jeunes et les familles
 - Sensibilisation, information des jeunes : collèges Lycées, MFR, Missions locales, ...
 - Sensibilisation et information des parents concernés

- **Développer des formations sur les compétences psychosociales, pour les professionnels (Education nationale, éducateurs de prévention, ...), pour les parents, et pour les jeunes et enfants eux-mêmes (avec en parallèle un travail sur bien-être/mal-être des enseignants) et travailler à la mise en place d'environnements bienveillants sur la durée**
 - Développer les formations aux CPS dans les formations initiales : santé, petite enfance, social, médico-social, animation...
 - « Mettre en contact »/sensibiliser certains professionnels (forces de l'ordre, Missions Locales, petite enfance – PMI, PJJ...) à une échelle territoriale.
 - Sensibiliser les parents (via cabane à bulle, LAPE, lieux écoute, ressources « antéconceptionnelles »)

- **Développer la culture de travail en réseau et formaliser les réseaux (méthodologie, outils) et le maillage interprofessionnel (soin, social, insertion, EN, ASE, gendarmerie, police, collectivités locales...) avec le bénéficiaire en prenant en compte le projet de la personne**
 - Développer les plateformes d'appui/équipes (formalisation), ressources (ex : ITEP, ACC'ENT, FAHRES, aiguillage de parcours complexes, plateforme ODIAS d'appui aux professionnels (ESAT...). Cf. recherches sur efficience/bénéfices des concertations et des réseaux.