ORS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

DIAGNOSTIC PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE CANTAL

OCTOBRE 2019

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

Circonscription départementale du Cantal

CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Marie-Reine FRADET, chargée d'études

Laure VAISSADE, chargée d'études

Ont également contribué à la réalisation de ce diagnostic :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

M. Sébastien Goudin, Chargé de mission prévention et promotion santé

Contrats Locaux de Santé du Pays d'Aurillac et de St Flour Co. / Hautes Terres Co.

Mme Sophie Culson, Coordinatrice
Mme Marianne Mazel, Coordinatrice

Membres de la Commission Spécialisée en Santé Mentale

M. Thierry Humbert, Président de la CSSM, Directeur, ACAP Olmet
M. Pascal Tarrisson, Directeur, Centre hospitalier Aurillac
Mme Marie-Claude Arnal, Vice-présidente, CCAS d'Arpajon sur Cère - Gestionnaire d'EHPAD -Trésorière de l'UDCCAS Cantal
M. Christophe Lestrade, Directeur, Centre les Bruyères
Mme Evelyne Vidalinc, Directrice départementale ANPAA Cantal
Mme Nathalie Boivent, Directrice ANEF Cantal
Dr Jacques Malaval, Médecin généraliste
Dr Rémi Serriere, Médecin coordonnateur de la HAD et de l'UTEP, Centre hospitalier Aurillac
M. Christophe Odoux, Union Nationale pour la Prévoyance Sociale de l'Encadrement CGC
Mme Véronique Lagneau, Directrice, DDCSPP Cantal
Mme Marie-Noëlle Gaben, Présidente de la CPAM du Cantal
M. Michel Albert, UNAFAM Cantal

Membres du groupe de travail

Dr Jean Paul Blachon, Médecin chef du service de psychiatrie adulte, Centre hospitalier Aurillac
M. Christophe Rigal, Cadre de santé supérieur, service psychiatrie, Centre hospitalier Aurillac
M. Pierre Mosse, Directeur adjoint, Centre hospitalier Aurillac
M. Maillard Antoine, Directeur adjoint, DDCSPP du Cantal
Mme Muratet Catherine, Chargée de mission, DDCSPP du Cantal

À la demande et avec le soutien financier

de l'Agence Régionale de Santé 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 participé et permis ce diagnostic partagé :

- Les professionnels et représentants d'usagers et de familles de patients qui ont participé aux différents groupes de travail, pour la qualité de leur participation et de leurs échanges,

- Les personnels de l'ARS DT 15 pour leur lecture attentive de ce rapport.

Sommaire

REMERCIEMENTS 5

CONTEXTE 11

OBJECTIFS 12

METHODOLOGIE 13

ÉLEMENTS DE CONTEXTE : DONNEES SOCIO-SANITAIRES DU TERRITOIRE 14

1. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES : TROIS TERRITOIRES AVEC DES PROFILS DIFFERENTS 14

1.1. Population 14

1.2. Indicateurs socio-économiques 16

1.3. Typologies de territoires 19

2. RESSOURCES DE SANTE : UNE REPARTITION ET UN ACCES INEGAUX 19

2.1. Les professionnels de santé 19

2.1.1. Les psychiatres 19

2.1.2. Les médecins généralistes 20

2.2. Les psychologues 21

2.3. Les établissements hospitaliers 21

2.3.1. Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie 21

2.3.2. Les établissements MCO ayant une activité de médecine d'urgence 22

2.3.3. Les dispositifs/structures ambulatoires 22

- Les Centres médico psychologiques (CMP) 22
- L'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP) 22
- Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) 22
- Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) 22
- Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) 22
- La Maison des adolescents (MDA) 23
- Les usagers 23

3. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE 23

3.1. Les établissements d'accueil des personnes en situation de handicap 23

3.2. Offre de soins et médico-sociale sur les trois arrondissements 24

3.3. CSAPA, CAARUD, CJC 28

3.4. LHSS, ACT 28

3.5. Autres structures en lien avec la santé mentale 28

4. ÉTAT DE SANTE 29

4.1. Recours aux soins ambulatoires 29

4.1.1. Le recours aux psychiatres libéraux 29

4.1.2. Le recours aux établissements de psychiatrie en ambulatoire 29

4.2. État de santé mentale 30

4.2.1. Les affections longues durées 30
4.2.1.1. Les ALD pour affection psychiatrique 30
4.2.1.2. Les ALD pour maladies d'Alzheimer....30
4.2.2. Les consommations médicamenteuses 31
4.2.3. Les hospitalisations 31
4.2.3.1. Les hospitalisations en médecine chirurgie obstétrique (MCO) 31
4.2.3.2. Les hospitalisations en psychiatrie 31
4.2.4. La mortalité....33
RESULTATS DE L'ENQUETE QUALITATIVE 36
1. ELEMENTS TRANSVERSAUX : L'ACCES AUX SOINS 36
1.1. Spécificités territoriales....36
1.2. Les déterminants de la santé mentale 36
La définition OMS de la santé mentale :....36
1.3. L'offre en présence variable en fonction des territoires 38
1.3.1. La difficulté d'accès aux psychiatres....38
1.3.2. L'accès aux psychologues libéraux....39
1.3.3. Une accessibilité aux médecins généralistes qui se dégrade....40
1.3.4. Le rôle des infirmiers 40
1.3.5. Les services d'urgences 40
1.3.6. Les dispositifs départementaux....41
1.4. Le parcours de soin, le parcours de vie : ruptures et continuité....41
1.4.1. Les représentations négatives sur la psychiatrie (refus de soins, accès tardif aux soins, repérage difficile…)....42
1.4.2. Les difficultés d'accès aux soins psychiatriques....42
1.4.2.1. Difficultés pour les acteurs **à accompagner les personnes vers le soin** (en attente d'appui)....42
1.4.2.2. Difficultés d'accompagner dans l'attente d'un soin 43
1.4.2.3. Mobilité et accès aux transports 43
1.4.3. Les difficultés de coordination....44
1.4.4. Le besoin d'expertise psychiatrique 44
1.4.5. Les difficultés d'accès aux soins somatiques pour les patients présentant des troubles psychiques 45
1.4.6. La prise en charge hospitalière : les urgences, les services MCO, les services psychiatriques....46
1.5. La crise et/ou l'urgence en santé mentale....46
2. LES ENFANTS 51
2.1. Les ressources et articulations abordées par les personnes interviewées 51
2.1.1. Protection maternelle et infantile, Aide sociale à l'enfance....51
2.1.2. L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans leurs démarches 52

2.1.3. L'accès à la pédopsychiatrie : le service de pédopsychiatrie, le CMP infanto-juvénile 52
2.1.4. Les professionnels intervenant pour les troubles du spectre autistique 53
2.1.5. Le rôle des psychologues 53
2.1.6. Les orthophonistes 53
2.1.7. La prise en charge médicosociale 54
2.1.7.1. Le CAMSP pour les enfants de 0 à 6 ans 54
2.1.7.2. Les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) 54
2.1.8. Les équipes mobiles 55
2.1.8.1. Une équipe mobile de l'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) 55
2.1.8.2. Équipe mobile pédopsychiatrique (EMPP) 55
2.1.9. Éducation nationale 55
2.1.10. L'accueil des enfants par des assistantes familiales 56
2.2. Les populations spécifiques d'enfants 57
2.2.1. Les enfants suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) 57
2.2.2. Les enfants dont les parents souffrent d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction 57
2.2.3. Les mineurs victimes de violences 58
2.3. Le parcours de soins, le parcours de vie : ruptures et continuité 59
2.4. Les déterminants de la santé 60
3. LES ADOLESCENTS, LES JEUNES ADULTES 64
3.1. D'autres ressources auprès des adolescents 64
3.1.1. Le médecin généraliste 64
3.1.2. La maison des adolescents (MDA) 64
3.1.3. Les missions locales 65
3.1.4. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) (cf. paragraphe 1.5.1) 65
3.1.5. Le service de psychiatrie, le CMP 66
3.2. Les populations spécifiques 66
3.2.1. Les jeunes pris en charge en institution 66
3.2.2. Jeunes présentant de troubles émergents à l'adolescence 67
3.2.4. L'arrêt des accompagnements à 16 ou 18 ans 69
3.2.5. La crise : des situations de violence 69
3.2.6. Déscolarisation, difficultés d'insertion et d'emploi 70
3.3. La prévention 70
3.3.1. Les représentations et la stigmatisation 70
3.3.2. L'information et l'écoute 71
3.3.3. L'accompagnement à la parentalité 71
4. LES ADULTES 74
4.1. Les ressources abordées par les personnes interviewées 74
4.1.1. Le service de psychiatrie, le CMP 75

4.1.2. L'équipe précarité (EMP) 75
4.1.3. Centre de réadaptation de Maurs 75
4.1.4. SAMSAH et SAVS 76
4.2. Populations spécifiques 76
4.2.1. Les migrants 76
4.2.2. Les personnes en fragilité sociale ayant des troubles psychiques 77
4.2.3. Les comorbidités addictions, psychiatrie 78
4.2.4. Les adultes victimes de violences 78
4.3. Le parcours de soins, le parcours de vie : ruptures et continuité 78
4.3.1. Le repérage, l'entrée dans les soins 79
4.3.2. La mise en place des soins, le suivi 79
4.3.3. L'accès au logement 79
4.3.4. Une offre de réhabilitation psycho-sociale à développer 80
4.3.5. Un accès à l'emploi rendu compliqué par un contexte économique local difficile 80
4.3.6. Les GEM (Groupe d'entraide mutuelle) 82
4.3.7. La place et les difficultés des aidants naturels 82
5. LES PERSONNES AGEES 86
5.1. Les ressources abordées par les personnes interviewées 86
5.1.1. Les EHPAD, les hébergements temporaires, les accueils de jours 86
5.1.2. Les services d'aide à domicile (SSIAD, SAD…) 87
5.1.3. Les acteurs de prévention 87
5.1.4. Les psychologues en EHPAD 88
5.1.5. Les dispositifs départementaux 88
5.2. Les populations spécifiques 89
5.2.1. Les personnes handicapées psychiques vieillissantes 89
5.2.2. Les personnes âgées avec des troubles cognitifs diagnostiqués 90
5.2.3. Les personnes âgées avec des troubles cognitifs non pris en charge 90
5.3. Parcours de soin, parcours de vie : ruptures et continuité 91
5.3.1. La mise en place des soins, le suivi 91
5.3.2. Le parcours de vie 93
5.3.2.1. L'entrée et le maintien en EHPAD 93
5.3.2.2. La personne âgée à domicile 93
5.3.3. Les déterminants de la santé 94
AXES RECOMMANDATIONS 97
ANNEXE 102
DEFINITION 106
SIGLES 107

Contexte

Pour la mise en place du Projet Territorial en Santé Mentale du Cantal (PTSM), la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé (CTS) du Cantal avec la délégation territoriale (DT) du Cantal de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a souhaité disposer d'un diagnostic, partagé avec les acteurs locaux, afin de déterminer quels seront les grands axes de ce projet, qui devront s'inscrire dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS).

Cadre encadrant la démarche :

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.
En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale ; il a précisé la méthodologie et les délais maximum d'élaboration du projet territorial, le rôle des Agences Régionales de Santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.
En prolongement du décret, l'instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale propose d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale sur les territoires :

- en précisant la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus ;
- en explicitant les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi que le rôle des ARS ;

et en fixant le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet.
Enfin le courrier du 02 août 2018 du directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, mobilise les présidents des commissions spécialisées en santé mentale issue des conseils territoriaux de santé des différents départements de la région dans :

- La réalisation d'un diagnostic local partagé en santé mentale.
- Le pilotage de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale.

Objectifs

Le diagnostic avait pour objectif de mettre en exergue les principales problématiques de santé mentale, sur trois regroupements d'EPCI correspondant aux trois arrondissements du département (Aurillac, Saint-Flour et Mauriac) pour lesquels il existe, à ce jour, deux Contrats locaux de santé (CLS) : Aurillac et Saint-Flour. La santé mentale est ici entendue au sens large de la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé :

« 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. » (OMS)

Le diagnostic s'est attaché à examiner les enjeux locaux en matière de soins mais aussi en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire en santé mentale.

Enfin, ce diagnostic avait pour objectif de renforcer et de développer les dynamiques locales déjà à l'œuvre en santé mentale, afin de mettre en place au mieux les axes de travail qui auront été définis.

Méthodologie

Afin d'atteindre les objectifs tels que définis, la méthodologie a été déclinée en deux étapes :

1/ Une enquête qualitative par focus groups auprès des partenaires du territoire

Cette enquête a été réalisée avec une **entrée populationnelle**. Elle a permis d'affiner la connaissance, mais aussi les perspectives possibles d'action sur les grands groupes de publics des acteurs et institutions de la santé mentale sur les territoires. Les populations identifiées étaient les enfants (0-15 ans), les adolescents et jeunes adultes (15-25 ans), les adultes et les personnes âgées.

Entre le 12 mars et le 2 avril 2019, onze groupes ont été constitués. Chaque groupe s'est réuni une seule fois sur une durée de deux heures et demi à trois heures. Les groupes étaient composés de 6 à 33 personnes, la liste des participants est en début de chaque grande partie. À Aurillac et Saint-Flour, quatre groupes ont été réalisés, ils concernaient les enfants, les adolescents et jeunes adultes, les adultes et les personnes âgées. À Mauriac, trois groupes ont été mis en place avec la même entrée populationnelle mais le groupe « jeunes » rassemblait les acteurs intervenant avec les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

Dans chaque groupe, la question de **l'accès à la prévention primaire, secondaire et tertiaire**, l'accès aux soins et l'offre de soin et de prévention a été abordée avec, à chaque fois, un questionnement autour du **handicap** (déficience, troubles neurologiques, troubles psychiatriques) mais aussi autour de **la précarité et de la défavorisation sociale.**

Les membres de la CSSM, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que les coordinatrices des contrats locaux de santé du Pays d'Aurillac et de Saint-Flour Communauté – Hautes Terres Communauté se sont chargés des invitations et de l'organisation de ces groupes.

Un groupe supplémentaire a été mis en place avec des médecins généralistes du Cantal. Huit médecins généralistes ont participé et l'entretien a duré environ deux heures et demi.

2/ Des entretiens individuels qualitatifs pour compléter les focus groups

Tous les acteurs intervenant sur la thématique de la santé mentale n'ont pas pu participer aux focus groups, des entretiens individuels complémentaires ont donc été organisés. Treize entretiens téléphoniques, d'une durée d'environ une heure chacun, ont été réalisés.

Certains acteurs (justice, CAF, SDIS, gendarmerie, santé au travail…) intervenant dans le champ de la santé mentale n'ont pas pu participer aux entretiens. Leur parole aurait pu, toutefois, être riche pour ce diagnostic.

En plus, des « Axes Recommandations » présentés en fin de diagnostic, un résumé « Forces / Faiblesses / Opportunités » a été réalisé, en lien avec les membres de la CSSM, à la fin de chaque grande partie. La catégorie « Menaces » habituellement présente a été volontairement omise : d'une part parce qu'elles sont énoncées tout au long du diagnostic, d'autre part parce que le parti pris du groupe projet était d'avoir un point de vue réaliste, certes, mais aussi résolument optimiste.

Éléments de contexte : données socio-sanitaires du territoire

En amont des résultats de l'enquête qualitative, il s'est avéré nécessaire d'ajouter des éléments de contexte afin de décrire les ressources des trois arrondissements du Cantal. Ce recensement des dispositifs et structures n'est pas exhaustif mais permet d'apporter quelques repères.

1. Données socio-économiques : trois territoires avec des profils différents

1.1. Population

Le département du Cantal, composé de trois arrondissements : Aurillac, Saint-Flour et Mauriac, est le département avec la densité de population la plus faible de la région Auvergne-Rhône-Alpes. En 2016, le Cantal comptabilisait 145 969 habitants et était le département le moins peuplé de la région.

Département du Cantal : arrondissements et axes routiers



Source : Conseil départemental, Exploitation ARS DT 15

Entre 2010 et 2015, la population diminue au rythme annuel moyen de 0,26 %, la baisse étant plus prononcée pour l'arrondissement de Mauriac (-0,58 % à Mauriac, -0,37 % à Saint-Flour et -0,11 % à Aurillac). La proportion de personnes de 65 ans et plus est de 27 % pour le département allant de 25 % dans le bassin d'Aurillac à 31 % dans l'arrondissement de Mauriac. L'arrondissement le plus jeune est celui d'Aurillac avec 24 % de sa population âgée de moins de 25 ans contre 22 % dans celui de Saint-Flour et 20 % à Mauriac.

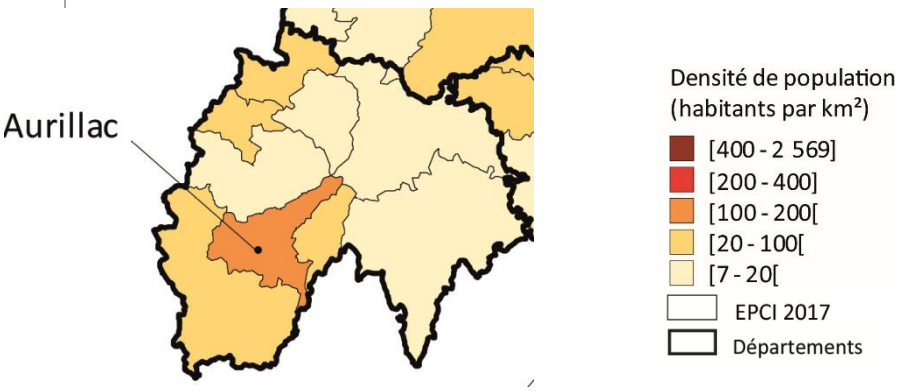
Effectifs par âge (part de la tranche d'âge dans la population totale) de la population par arrondissement en 2016

	0-15 ans	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et plus
Aurillac	12 356 (15 %)	7 700 (9 %)	41 640 (51 %)	20 695 (25 %)
Mauriac	3 266 (13 %)	1 771 (7 %)	12 722 (49%)	8 122 (31 %)
Saint-Flour	5 328 (14 %)	3 029 (8 %)	18 909 (50 %)	10 430 (28 %)
Cantal	20 950 (14 %)	12 499 (9 %)	73 272 (50 %)	39 248 (27 %)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 460 644 (18 %)	940 281 (12 %)	4 008 379 (51%)	1 507 584 (19 %)

Source : Insee, RP 2016

Le relief a pour conséquence une séparation géographique entre l'arrondissement de Saint-Flour et ceux d'Aurillac et de Mauriac. En 2013, le Conseil général de l'environnement et du développement durable indiquait que les enjeux d'accessibilité étaient sensiblement différents entre ces trois principaux bassins de vie. En effet, Aurillac se dirige vers Toulouse alors que Saint-Flour se tourne vers Clermont-Ferrand et Mauriac davantage vers Tulle ou Brive-la-Gaillarde. Une partie des communes de l'arrondissement de Saint-Flour bénéficie de la proximité de l'A75, mais les arrondissements de Mauriac et Aurillac sont plus isolés. Dans ces territoires**, l'enjeu des distances pour accéder aux soins et aux ressources de santé est prégnant**.

Densité de la population par EPCI en 2015 dans le Cantal



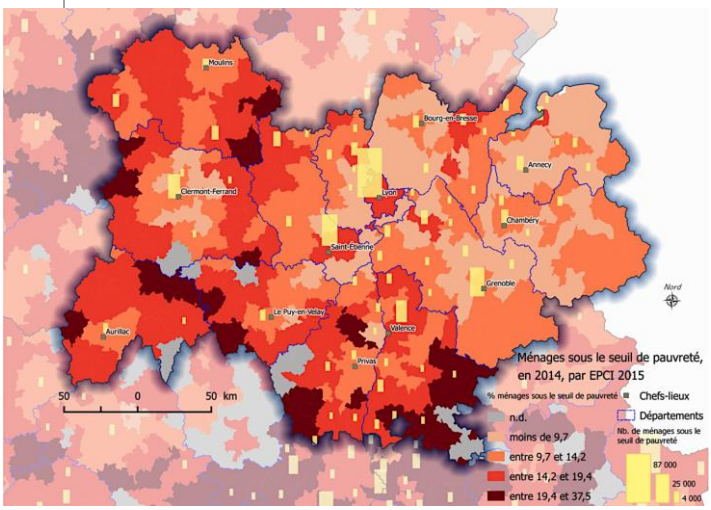
Source : Insee, RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.2. Indicateurs socio-économiques

Plusieurs indicateurs permettent d'approcher le niveau socio-économique et la défavorisation sociale dans un territoire.

Le taux de pauvreté

Pourcentage des ménages vivant sous le seuil de pauvreté en 2014 par EPCI en Auvergne-Rhône-Alpes

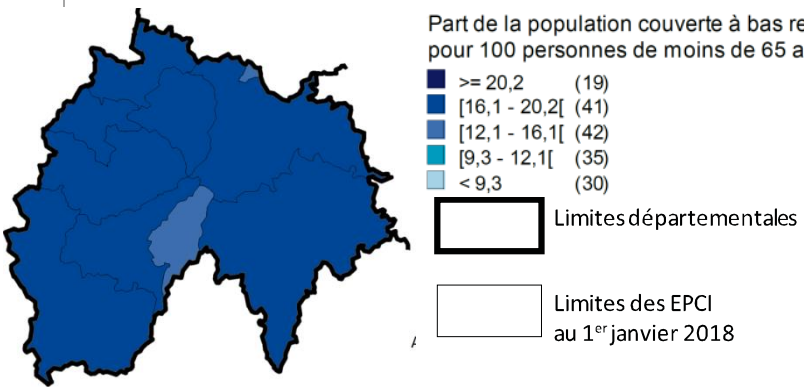


Sources : ATLASANTE, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Insee, DGFip FILOSOFI 2014

Les foyers allocataires à bas revenus

La part de personnes couvertes à bas revenu est plus élevée dans les arrondissements cantaliens qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes (16,1 %). L'arrondissement de Saint-Flour a le taux le plus élevé avec 17,40 %, ce taux est de 17,15 % pour Mauriac et 16,27 % pour Aurillac.

Part de la population couverte à bas revenus au 31/12/2016 pour 100 personnes de moins de 65 ans par EPCI dans le Cantal



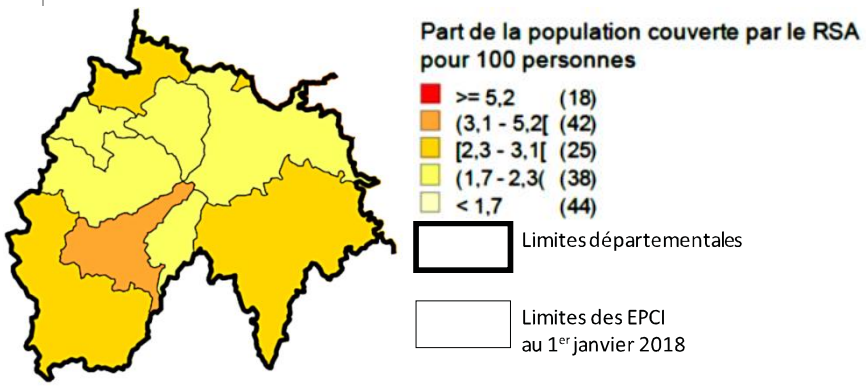
Nombre de personnes couvertes par les allocataires de moins de 65 ans et non étudiants à bas revenus pour 100 personnes de moins de 65 ans.
Les personnes couvertes sont les allocataires, leurs conjoints et les personnes à charge des allocataires.

Sources : Cnaf, CCMSA (31.12.2016), Insee (RP 2015) - Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)

La part de la population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) est plus faible dans les arrondissements cantaliens qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes (4,05 %). L'arrondissement d'Aurillac a le taux le plus élevé avec 3,68 %, ce taux est de 2,23 % pour Saint-Flour et 2,07 % pour Mauriac.

Part de la population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) au 31/12/2016 pour 100 personnes par EPCI dans le Cantal



Les personnes couvertes sont les allocataires, leurs conjoints et les personnes à charge des allocataires.

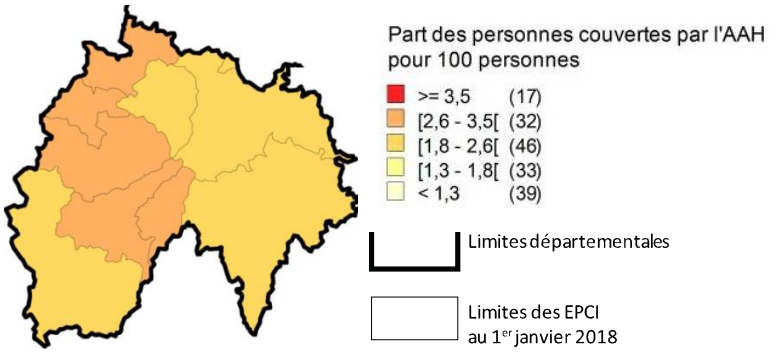
Depuis le 01/01/2016, le RSA se restreint au RSA socle, la prime d'activité ayant remplacé le RSA activité et la prime pour l'emploi (PPE). Le RSA socle est un minimum social.

Sources : Cnaf, CCMSA (31.12.2016), Insee (RP 2015) - Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH)

La part de la population couverte par l'allocation adulte handicapée (AAH) est plus élevée dans les arrondissements du Cantal qu'en Auvergne-Rhône-Alpes : 2,72 % pour l'arrondissement d'Aurillac, 2,59 % pour Mauriac et 2,35 % pour Saint-Flour alors qu'en région la part est 2,20 %.

Part de la population couverte par l'allocation adulte handicapé (AAH) au 31/12/2016 pour 100 personnes par EPCI dans le Cantal



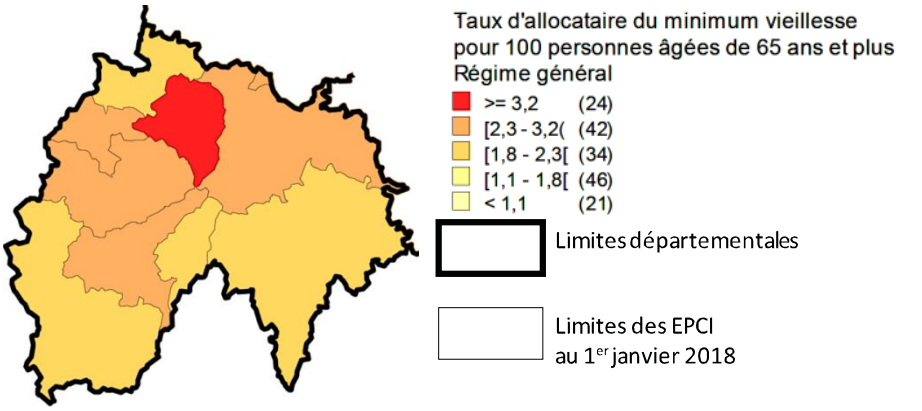
Les personnes couvertes sont les allocataires, leurs conjoints et les personnes à charge des

Sources : Cnaf, CCMSA (31.12.2016), Insee (RP 2015) - Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les allocataires du minimum vieillesse

Le minimum vieillesse permet aux personnes âgées d'au moins 65 ans (ou ayant atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail) d'accéder à un seuil minimal de ressources. Les taux d'allocataires du minimum vieillesse pour les arrondissements du Cantal sont inférieurs à la valeur régionale : 2,52 % pour Aurillac, 2,54 % pour Mauriac et 2,26 % pour Saint-Flour alors que ce taux s'élève à 2,80 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ce résultat doit être nuancé : les données ne comprennent pas les personnes âgées affiliées à la MSA, présentes majoritairement en milieu rural ce qui correspond aux caractéristiques du Cantal.

Taux d'allocataires du minimum vieillesse (Régime général) au 31/12/2016 pour 100 personnes de 65 ans et plus par EPCI dans le Cantal



Le minimum vieillesse comprend l'allocation supplémentaire aux personnes âgées (Aspa) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi) (nouveau dispositif) ainsi que l'allocation supplémentaire (ancien dispositif).

Sources : Cnaf, CCMSA (31.12.2016), Insee (RP 2015) - Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les bénéficiaires de la CMU-C

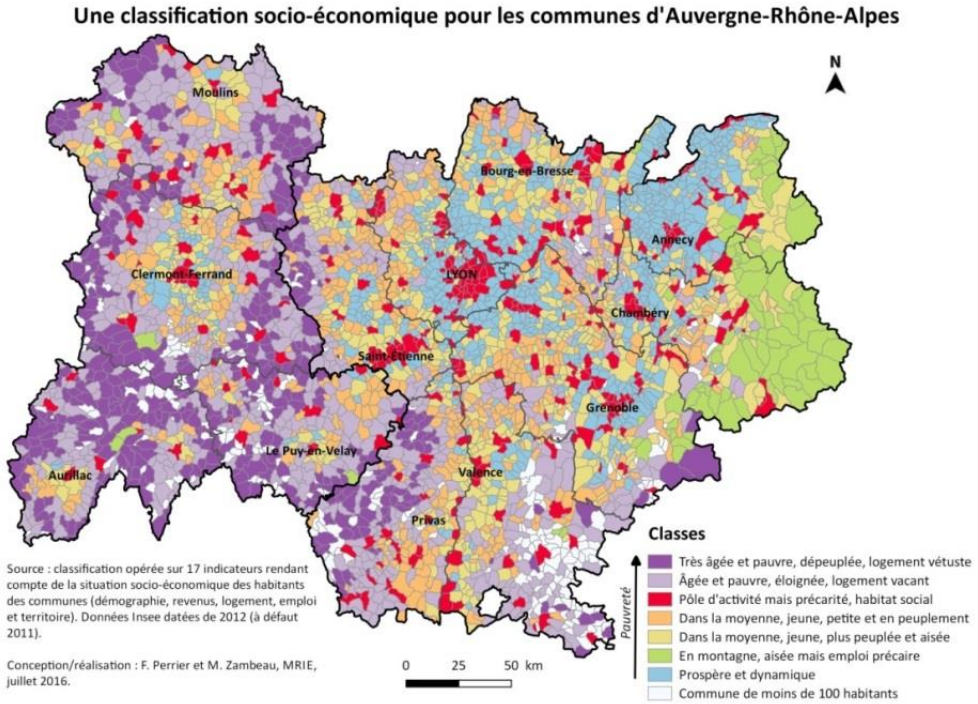
La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux, etc.) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. En 2018, le Cantal compte 6 864 personnes bénéficiaires de la CMU-C, soit 4,7 % de la population départementale, ce taux s'élevant à 6,1 % en Auvergne-Rhône-Alpes[1].

La classification des communes de la Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE) est une typologie des communes basée sur un ensemble d'indicateurs rendant compte de la situation socio-économique des habitants. La classification statistique est construite sur 17 indicateurs concernant la démographie, les revenus, le logement, l'emploi et le type de territoire[2]. Les communes du département du Cantal sont majoritairement classées dans les deux catégories les plus précaires, à l'exception de communes autour d'Aurillac et Saint-Flour.

[1] Source : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie - Fonds CMU-C

[2] La méthodologie complète de cette classification basée sur une Analyse en Composantes Principales (ACP) est consultable sur le site de la MRIE : http://www.mrie.org/content_page/download/58/109/17.html?method=view

Classification socio-économique pour les communes d'Auvergne-Rhône-Alpes



Source : MRIE, juillet 2016

1.3. Typologies de territoires

Des profils de territoire ont été réalisés, à l'échelle des EPCI, par l'Observatoire régional du suicide en 2017. Dix-sept indicateurs en lien avec la thématique du suicide ont été retenus pour construire ces profils. Les EPCI des trois arrondissements du Cantal appartenaient aux deux dernières classes marquées par une population âgée, avec des indicateurs sociaux et « d'état de santé mentale » défavorables.[3]

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

2.1. Les professionnels de santé

2.1.1. Les psychiatres

En 2017, 13 psychiatres, tous modes d'exercices confondus (salariés, libéraux et mixtes) exerçaient dans le Cantal, soit une densité de 9 psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à la densité de psychiatres dans la région où elle s'élève à 23 psychiatres pour 100 000 habitants.

Comme au niveau national, les psychiatres sont installés dans les centres urbains, seuls deux psychiatres en exercice libéral exerçaient en 2017 dans l'arrondissement d'Aurillac. Les psychiatres dans le Cantal ont principalement une activité salariée. La densité de psychiatres salariés est de 7,5 pour 100 000 habitants (soit 11 psychiatres) versus 13,5 psychiatres pour

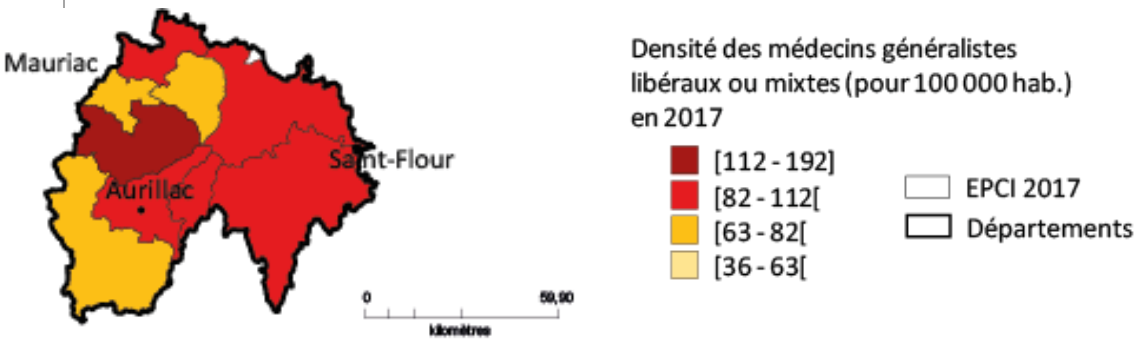
[3] Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes – ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Santé Publique France - Bulletin n°5 – Janvier 2019

100 000 habitants en région. La densité de psychiatres libéraux/mixtes est de 1,4 dans le Cantal contre 9,7 psychiatres pour 100 000 habitants en région.

2.1.2. Les médecins généralistes

En 2017, le Cantal avait une densité de 100,9 médecins généralistes (exercice libéral ou mixte) pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à la densité de médecin généraliste dans la région où elle s'élève à 104,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Au sud de l'arrondissement d'Aurillac, la communauté de commune de La Chataigneraie Cantalienne a la densité de médecin généraliste la plus faible du département (70,0 médecins généralistes pour 100 000 habitants).

Densité des médecins généralistes libéraux ou mixtes par EPCI en 2017 – Cantal

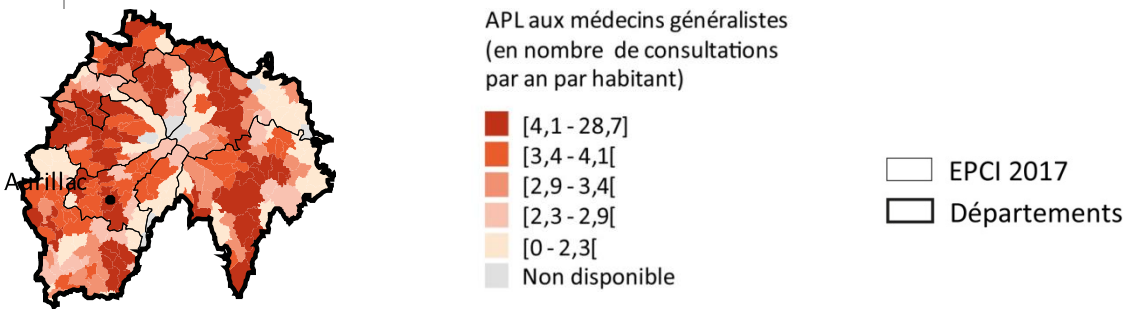


Sources : ADELI 2017, Insee RP, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Au-delà des densités brutes en médecins généralistes, l'accessibilité potentielle localisée (APL)[4] permet de rendre compte des inégalités d'accès géographiques aux médecins généralistes. 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.

Les communes du centre du département ainsi que celles se trouvant à l'ouest et le plus au sud, sont éloignées d'un médecin généraliste.

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes, 2015. Cantal



Sources : SNIIR-AM 2015, EGB 2013, CNAM-TS, populations par sexe et âge 2013, distancier METRIC, Insee, traitement Drees, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

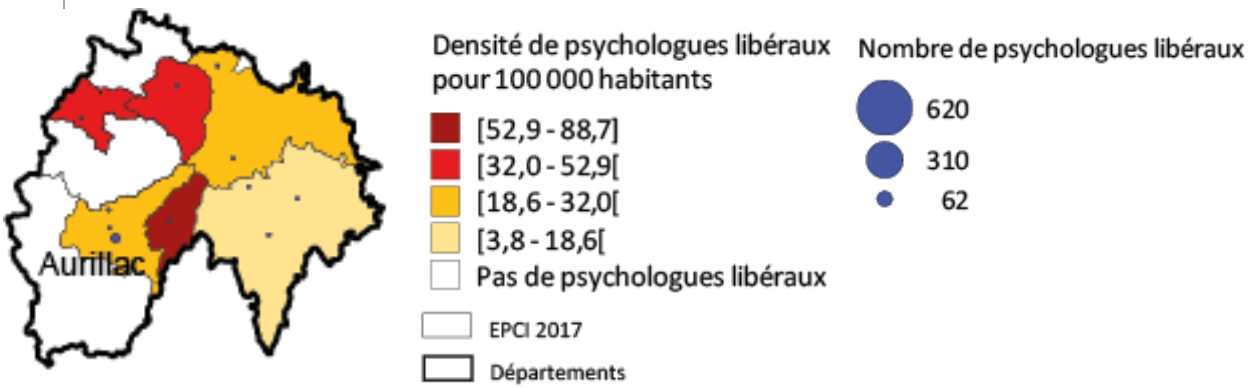
[4] L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la Drees et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2012 (Barlet et al. 2012) à des fins d'étude, puis adapté dans le cadre des négociations conventionnelles récentes entre l'Union nationale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

2.2. Les psychologues

En 2017, 114 psychologues, tous modes d'exercice confondus (salariés, libéraux et mixtes) exercent dans le Cantal, soit une densité de 78 psychologues pour 100 000 habitants. Cette densité est plus faible qu'en région où elle s'élève à 95 psychologues pour 100 00 habitants.

La densité de psychologues salariés dans le Cantal (62 psychologues pour 100 000 habitants) est légèrement plus élevée que la densité régionale (60 psychologues pour 100 000 habitants). Au contraire, la densité de psychologues libéraux est inférieure dans le Cantal (16 psychologues pour 100 000 habitants) par rapport à la région (36 psychologues pour 100 000 habitants). Par ailleurs, les psychologues libéraux peuvent être moins accessibles aux ménages modestes du fait du non remboursement des consultations par l'Assurance maladie. Enfin, il est intéressant de noter l'installation récente d'une psychologue libérale dans deux Maisons de santé pluri-professionnelles du département.

Effectif et densité de psychologues libéraux en 2017 dans le Cantal



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

2.3. Les établissements hospitaliers

2.3.1. Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie

L'offre en santé mentale dans le département du Cantal est centrée autour d'Aurillac, le centre hospitalier MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) d'Aurillac est l'établissement psychiatrique de référence du département. Il pratique les admissions en psychiatrie à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Plus des trois quarts des personnes prises en charge par l'établissement du secteur le sont en ambulatoire.

Pour le reste du territoire :

- Le centre de réadapation de Maurs a également une autorisation en psychiatrie (cf. paragraphe 4.1.3).
- Le centre hospitalier de Saint-Flour est l'établissement de référence du secteur psychiatrique de Saint-Flour. Il pratique les admissions en psychiatrie à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire.

À l'échelle du département :
Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) du Cantal comprend une filière santé mentale au sein de laquelle le développement de coopération entre les centres hospitaliers d'Aurillac

et Saint-Flour sont prévus. Le projet médico soignant est partagé par les deux établissements et fixe différents objectifs :

- développer la gérontopsychiatrie ;
- développer des structures alternatives à l'hospitalisation ;
- développer des coopérations sur les hospitalisations sous contrainte et la gestion des lits.

2.3.2. Les établissements MCO ayant une activité de médecine d'urgence

Le Cantal compte trois centres hospitaliers ayant un service d'urgences : les centres hospitaliers d'Aurillac, de Saint-Flour et de Mauriac. Un SMUR est présent à Saint-Flour, Aurillac et à Mauriac. Il **n'existe pas de services d'urgences psychiatriques dans le Cantal**, les urgences dites psychiatriques sont accueillies au sein des services des urgences des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique d'Aurillac et de Saint-Flour.

2.3.3. Les dispositifs/structures ambulatoires

- Les Centres médico psychologiques (CMP)

Il y a quatre CMP infanto-juvéniles dans le Cantal. Dans les trois CMP situés à Aurillac, Saint-Flour, Mauriac, interviennent des infirmiers, des psychologues, des éducateurs, des psychomotriciens, des assistantes sociales et des pédopsychiatres. Le quatrième CMP est à Maurs, avec l'intervention uniquement d'un psychologue.

Il y a quatre CMP adultes : Aurillac, Mauriac, Maurs et Saint-Flour. Le CMP d'Aurillac propose un accueil sans rendez-vous.

- L'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP)

Une équipe mobile précarité est en expérimentation sur le bassin d'Aurillac depuis trois ans.

- Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Le Cantal dispose de deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) l'une à Saint-Flour et l'autre à Aurillac.

- Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Le département dispose d'un CAMSP et de l'intervention d'un CAMSP interdépartemental Rézocamsp sur l'est du département (Massiac et Saint-Flour).

- Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Un CMPP est présent dans le Cantal avec deux sites : Aurillac et Saint-Flour. Il existe également à Mauriac un dispositif expérimental de prise en charge du handicap cognitif : la « Maison pour apprendre » (MPA) reçoit des enfants et des adolescents qui présentent des troubles cognitifs de l'attention, du langage, du comportement et des déficiences intellectuelles.

- La Maison des adolescents (MDA)

Au moment de l'étude, une seule Maison des adolescents, portée par le centre hospitalier d'Aurillac existe dans le territoire. Elle a développé une permanence à Saint-Flour et une à Mauriac.

Il n'existe pas de Point accueil écoute jeunes (PAEJ) dans le Cantal, dispositif plutôt développé dans l'est de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

- Les usagers

Il existe un groupe d'entraide mutuelle (GEM) à Aurillac. Un GEM à Saint-Flour est en cours d'installation.

3. L'offre médico-sociale

3.1. Les établissements d'accueil des personnes en situation de handicap

Les cartes ci-dessous ainsi que les tableaux en Annexe établissent un recensement des établissements d'accueil des personnes adultes et enfants en situation de handicap. En 2017, un état des lieux sur l'offre médico-sociale dans le Cantal et son évolution[5] indiquait un taux d'équipement favorable dans le département par rapport aux taux d'équipement régionaux que ce soit pour les enfants, adolescents ou adultes.

Nombre de places installées pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans. Au 31 décembre 2017 :

	ITEP	IME/IEM/EEAP	SESSAD
Taux d'équipement dans le Cantal	2,05	5,37	5,02
Taux d'équipement régional	1,35	4,71	3,46

Source : Finess 16/05/2017, Insee 2013 – Exploitation ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Nombre de places installées pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans. Au 31 décembre 2017 :

	MAS	FAM (place médicalisées)	ESAT	SAMSAH	SSIAD PH SPASAD PH
Taux d'équipement dans le Cantal	1,77	2,31	5,69	0,50	0,27
Taux d'équipement régional	0,67	0,99	3,52	0,27	0,19

Source : Finess 16/05/2017, Insee 2013 – Exploitation ARS Auvergne-Rhône-Alpes

En résumé, les densités de places d'hébergement, d'accompagnement et d'insertion professionnelles personnes handicapées sont plus élevées dans le Cantal qu'en région.

[5] Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale. Volet handicap, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

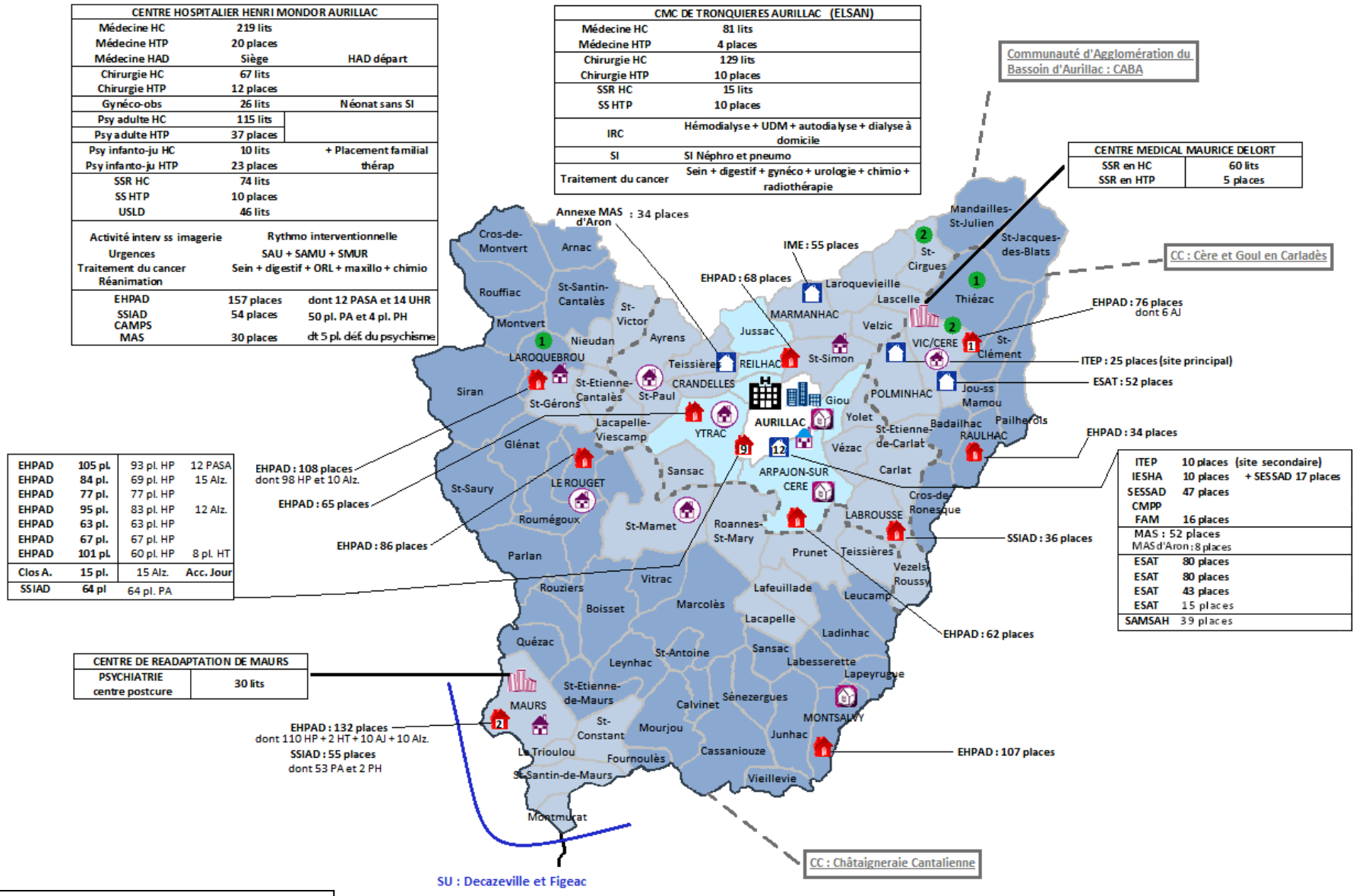
Densité de places PH pour 100 000 habitants de 20 ans et plus :

	Cantal	Auvergne-Rhône-Alpes
Densité de places d'hébergement	398,3	242,6
Densité de places d'accompagnement	117,9	108,5
Densité de places d'insertion professionnelle	356,2	241,6

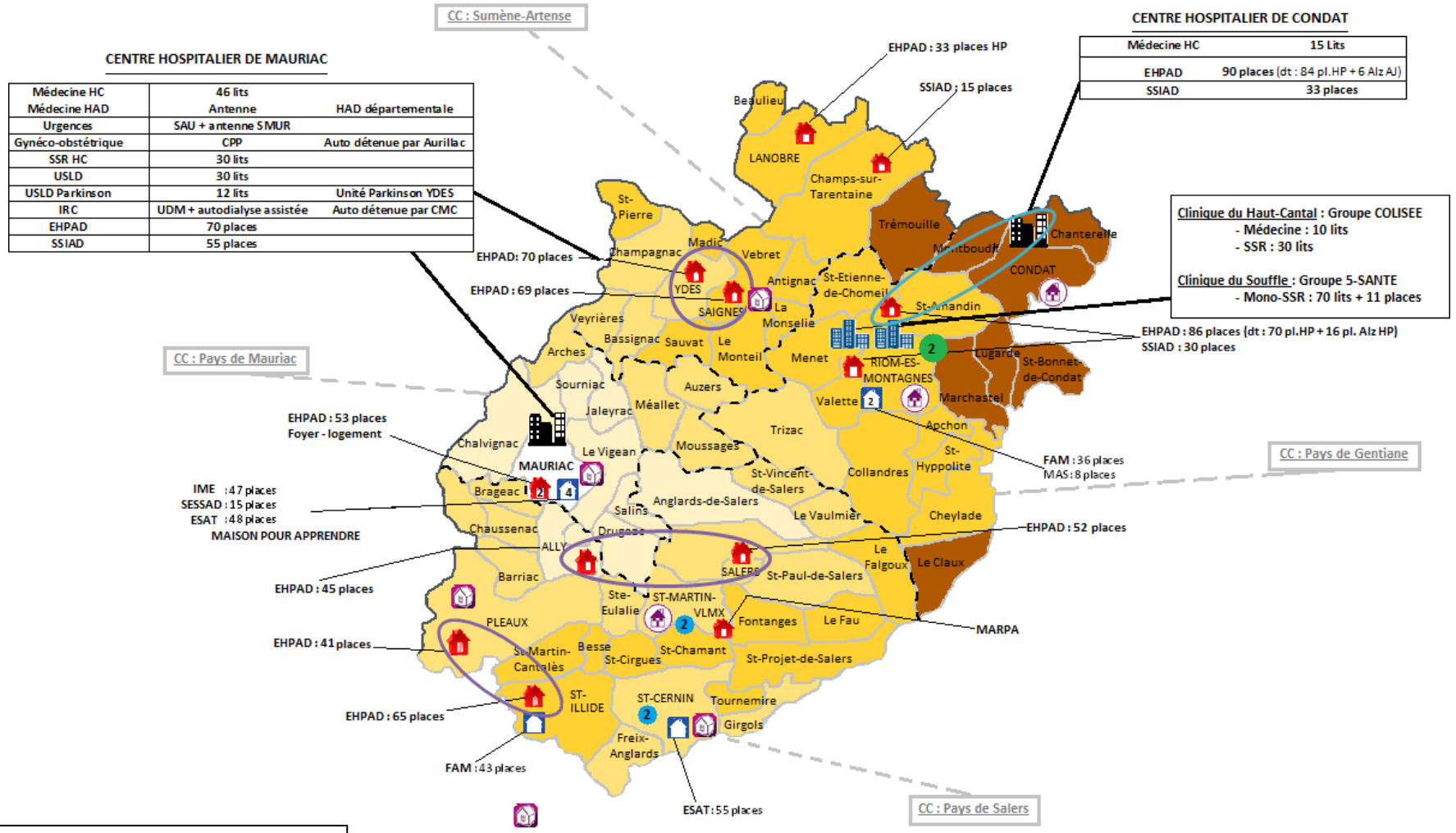
Sources Finess 2017, Atlas Santé mentale

Le nombre de place installées en SAVS ainsi que la densité de logements accompagnéss pour 100 000 habitants de 20 ans et plus sont quant à eux plus faibles dans le Cantal (respectivement 33,7 et 16,8) par rapport à la région (respectivement 89,1 et 20,4).

3.2. Offre de soins et médico-sociale sur les trois arrondissements


CENTRE HOSPITALIER HENRI MONDOR AURILLAC
Médecine HC 219 lits
Médecine HTP 20 places
Médecine HAD Siège HAD départ
Chirurgie HC 67 lits
Chirurgie HTP 12 places
Gynéco-obs 26 lits Néonat sans SI
Psy adulte HC 115 lits
Psy adulte HTP 37 places
Psy infanto-ju HC 10 lits + Placement familial
Psy infanto-ju HTP 23 places thérap
SSR HC 74 lits
SS HTP 10 places
USLD 46 lits
Activité interv ss imagerie Rythmo interventionnelle
Urgences SAU + SAMU + SMUR
Traitement du cancer Sein + digestif + ORL + maxillo + chimio
Réanimation
EHPAD 157 places dont 12 PASA et 14 UHR
SSIAD 54 places 50 pl. PA et 4 pl. PH
CAMPS
MAS 30 places dt 5 pl. déf du psychisme
CMC DE TRONQUIERES AURILLAC (ELSAN)
Médecine HC 81 lits
Médecine HTP 4 places
Chirurgie HC 129 lits
Chirurgie HTP 10 places
SSR HC 15 lits
SS HTP 10 places
IRC Hémodialyse + UDM + autodialyse + dialyse à domicile
SI SI Néphro et pneumo
Traitement du cancer Sein + digestif + gynéco + urologie + chimio + radiothérapie
Communauté d'Agglomération du Bassoin d'Aurillac : CABA
CENTRE MEDICAL MAURICE DELORT
SSR en HC 60 lits
SSR en HTP 5 places
CC : Cère et Goul en Carladès
CC : Châtaigneraie Cantalienne
SU : Decazeville et Figeac
Annexe MAS d'Aron : 34 places
IME : 55 places
EHPAD : 68 places
EHPAD : 76 places dont 6 AJ
ITEP : 25 places (site principal)
ESAT : 52 places
EHPAD : 34 places
EHPAD : 108 places dont 98 HP et 10 Alz.
EHPAD : 65 places
EHPAD : 86 places
SSIAD : 36 places
EHPAD : 62 places
EHPAD : 107 places
EHPAD : 132 places dont 110 HP + 2 HT + 10 AJ + 10 Alz.
SSIAD : 55 places dont 53 PA et 2 PH
EHPAD 105 pl. 93 pl. HP 12 PASA
EHPAD 84 pl. 69 pl. HP 15 Alz.
EHPAD 77 pl. 77 pl. HP
EHPAD 95 pl. 83 pl. HP 12 Alz.
EHPAD 63 pl. 63 pl. HP
EHPAD 67 pl. 67 pl. HP
EHPAD 101 pl. 60 pl. HP 8 pl. HT
Clos A. 15 pl. 15 Alz. Acc. Jour
SSIAD 64 pl 64 pl. PA
ITEP 10 places (site secondaire)
IESHA 10 places + SESSAD 17 places
SESSAD 47 places
CMPP
FAM 16 places
MAS : 52 places
MAS d'Aron : 8 places
ESAT 80 places
ESAT 80 places
ESAT 43 places
ESAT 15 places
SAMSAH 39 places
CENTRE DE READAPTATION DE MAURS
PSYCHIATRIE centre postcure 30 lits
Cros-de-Montvert
Arnac
Rouffiac
St-Santin-Cantalès
Montvert
Nieudan
LAROQUEBROU
Siran
St-Gérons
St-Victor
Ayrens
Jussac
Teissières
REILHAC
CRANDELLES
St-Etienne-Cantalès
St-Paul
Lacapelle-Viescamp
YTRAC
AURILLAC
Giou
POLMINHAC
Yolet
Vézac
Glénat
Sansac
LE ROUGET
St-Saury
Roumégoux
St-Mamet
Parlan
ARPAJON-SUR CERE
Carlat
St-Etienne-de-Carlat
Badailhac
RAULHAC
Pailherols
Jou-ss Mamou
Cros-de-Ronesque
LABROUSSE
Roannes-St-Mary
Prunet
Teissières
Vezels Roussy
Leucamp
Rouziers
Vitrac
Boisset
Marcolès
Lafeuillade
Lacapelle
Ladinhac
Quézac
Leynhac
St-Antoine
Sansac
Labesserette
Lapeyrugue
MAURS
St-Etienne-de-Maurs
Calvinet
Sénezergues
MONTSALVY
St-Constant
Mourjou
Junhac
Le Trioulou
Fournoulès
Cassaniouze
St-Santin-de-Maurs
Vieillevie
Montmurat
Mandailles-St-Julien
St-Jacques-des-Blats
St-Cirgues
Laroquevieille
Lascelle
Thiézac
MARMANHAC
Velzic
VIC/CERE
St-Clément
St-Simon
Offre de soins et médico-sociale sur l'arrondissement d'Aurillac
Source : ARS ARA DD15, Atlas Santé – Déc. 2018
Réalisé par A. Delcher
Etablissements de santé publics
Etablissements de santé privés
ES privé d'intérêt collectif (ESPIC)
Etablissements d'hébergement pour PA (EHPAD et SSIAD)
Etablissements d'hébergement pour PH (FAM, IME, etc.)
Structures exercices regroupés ambulatoire :
MSP labélisées ARS
MSP en projet
Maison Médicale de Garde
Cabinet de groupe
Service d'urgence < 15 minutes
15min < service d'urgence > 30min
30min < service d'urgence > 60min
Service d'urgence > 60 minutes
Direction commune en fonctionnement
MCS installés
10 km
10 km
20 kilomètres environ
70 Km
60 Km

BASSIN DE MAURIAC



CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC

Médecine HC Médecine HAD	46 lits Antenne	HAD départementale
Urgences	SAU + antenne SMUR	
Gynéco-obstétrique	CPP	Auto détenue par Aurillac
SSR HC	30 lits	
USLD	30 lits	
USLD Parkinson	12 lits	Unité Parkinson YDES
IRC	UDM + autodialyse assistée	Auto détenue par CMC
EHPAD	70 places	
SSIAD	55 places	

CENTRE HOSPITALIER DE CONDAT

Médecine HC	15 Lits
EHPAD	90 places (dt : 84 pl.HP + 6 Alz AJ)
SSIAD	33 places

Clinique du Haut-Cantal : Groupe COLISEE
- Médecine : 10 lits
- SSR : 30 lits

Clinique du Souffle : Groupe 5-SANTE
- Mono-SSR : 70 lits + 11 places

Offre de soins et médico-sociale sur l'arrondissement de Mauriac

Source : ARS ARA DD15, Atlas Santé – Déc. 2018

Réalisé par A. Delcher

Etablissements de santé publics

Etablissements de santé privés

Etablissements d'hébergement pour PA (EHPAD et SSIAD)

Etablissements d'hébergement pour PH (FAM, IME, etc.)

Structures exercices regroupés ambulatoire :

MSP labélisées ARS

Cabinet de groupe

MCS installés

MCS volontaires à venir

Service d'urgence < 15 minutes

15min < service d'urgence > 30min

30min < service d'urgence > 60min

Service d'urgence > 60 minutes

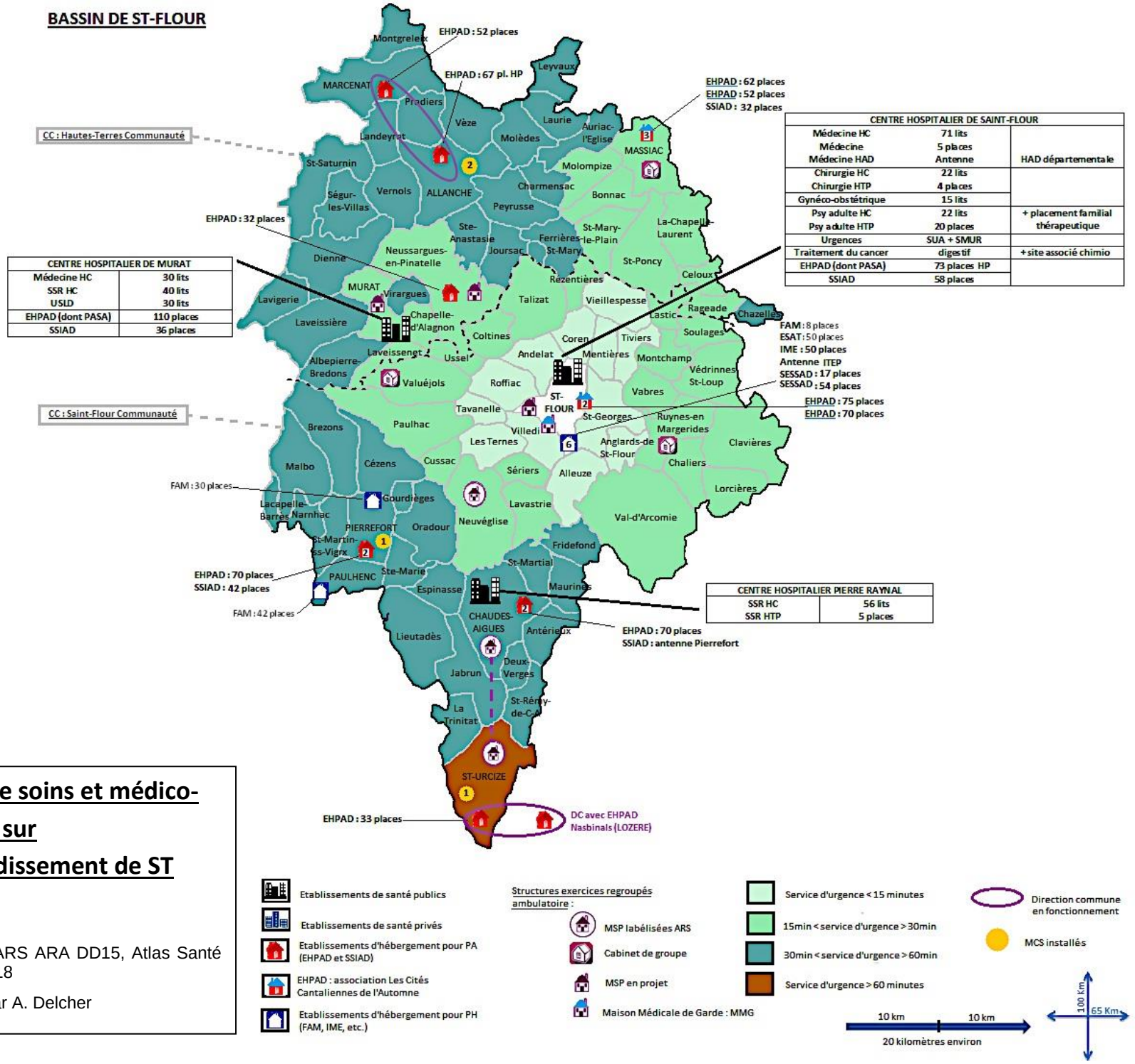
Direction commune en fonctionnement

Direction commune actée

10 km 10 km

20 kilomètres environ

75 Km 65 Km



Offre de soins et médico-sociale sur l'arrondissement de ST Flour

Source : ARS ARA DD15, Atlas Santé – Déc. 2018

Réalisé par A. Delcher

3.3. CSAPA, CAARUD, CJC

Les associations APT/OPPELIA et ANPAA sont gestionnaires de deux Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sur le département :

- l'un spécialisé alcool tabac (ANPAA)
- l'autre spécialisé drogues illicites (APT /OPPELIA)

Tous les deux ont des antennes sur les arrondissements de Mauriac et Saint-Flour. Des consultations avancées sont proposées à Riom-es-Montagne par l'ANPAA et à Ydes par APT. Ces associations proposent chacune une consultation jeune consommateur (CJC) à Aurillac. L'ANPAA a également déployé des CJC à Saint-Flour et Mauriac. Une seule et même équipe de l'ANPAA est chargée des CJC des trois arrondissements et elle se compose d'infirmières et d'éducateurs spécialisés.
L'association APT/OPPELIA gère aussi un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) sur Aurillac. Les statistiques d'activités des deux associations font état, chaque année, d'une augmentation régulière de leur file active : ainsi la file active des deux CSAPA a presque doublé en 7 ans (538 personnes en 2012, contre 996 en 2018) et triplé pour le CAARUD (80 bénéficiaires en 2012 contre 268 en 2018).

3.4. LHSS, ACT

Quatre Lits Halte Soins Santé (LHSS) existent depuis octobre 2018 sur le département. Quatre Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont ouverts depuis avril 2019. Ces deux dispositifs sont gérés par l'association ANEF Cantal. Dans le cadre de leurs missions respectives, ces deux dispositifs ont un lien important avec les questions de santé mentale.

3.5. Autres structures en lien avec la santé mentale

Concernant l'écoute et le soutien psychologique pour les jeunes en insertion, on repère les missions locales qui proposent des temps d'accompagnement, pour les jeunes qui le souhaitent, par un psychologue. Il existe deux missions locales dans le Cantal : la mission locale d'Aurillac et la mission locale des Hautes-Terres et du Nord-Ouest Cantal à Saint-Flour avec une antenne à Mauriac.

Des possibilités de soutien psychologique sont accessibles pour différents types de public. La Ligue Contre le Cancer propose un soutien psychologique pour les malades atteints de cancer. D'autres structures existent telles le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles du Cantal (CIDFF 15) qui accompagne des femmes victimes de violence, l'association AFAPCA, centre de ressources et d'ingénierie pour l'insertion et l'emploi qui accompagne des publics en situation de précarité (difficultés sociales et psychologiques) ou encore l'association Accent Jeune S.A.S qui permet la mise en place d'un suivi psychologique d'enfants victimes d'agression sexuelle (cf paragraphe 2.2.3).

De plus, par le biais d'aides financières, le Conseil départemental du Cantal et la MSA permettent l'accès à des consultations avec un psychologue respectivement aux bénéficiaires du RSA et aux affiliés MSA.

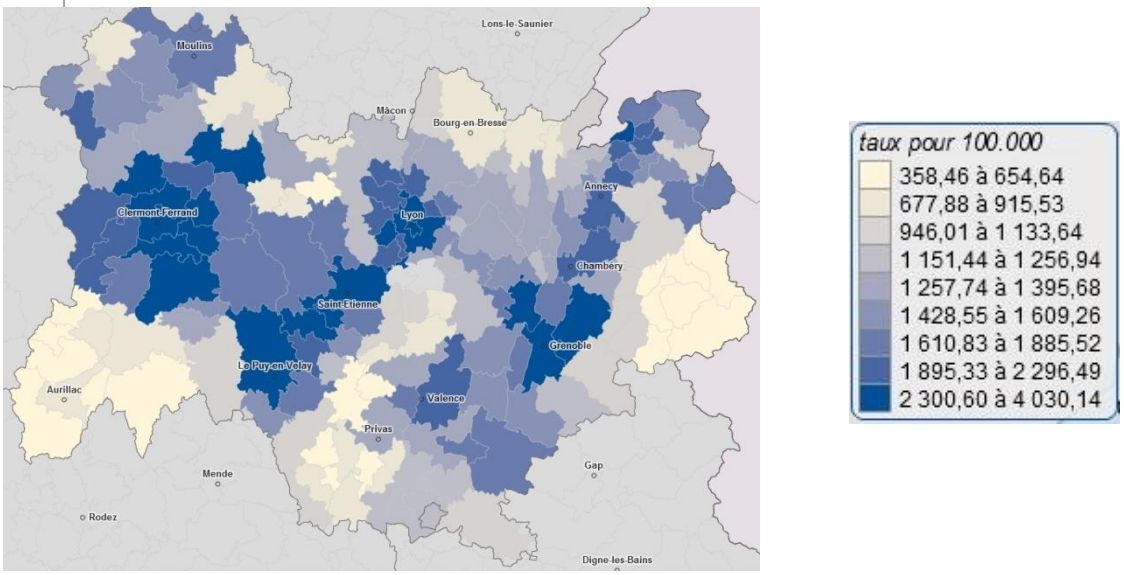
4. État de santé

4.1. Recours aux soins ambulatoires

4.1.1. Le recours aux psychiatres libéraux

Les taux standardisés de recours aux psychiatres libéraux sont parmi les plus faibles de la région Auvergne-Rhône-Alpes et sont en partie liés à la faible densité de médecins psychiatres libéraux.

Taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux pour 100 000 personnes en 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Cnam 2017 (SNIIRAM DCIRS)

4.1.2. Le recours aux établissements de psychiatrie en ambulatoire

Les taux standardisés de patients vus en ambulatoire (exclusivement) sont plus élevés dans le Cantal que dans la région Auvergne-Rhône-Alpes quel que soit l'âge des patients.

Taux standardisés de patients vus en soins spécialisés en psychiatrie, selon l'âge, pour 100 000 habitants, 2017

	Cantal		Auvergne-Rhône-Alpes	
	Effectif	Taux standardisé	Effectif	Taux standardisé
Patients de moins de 15 ans vus exclusivement en ambulatoire	890	4 236,4	43 036	2 951,1
Patients de 15 ans et plus vus exclusivement en ambulatoire	3 413	2 796,9	144 002	2 249,3

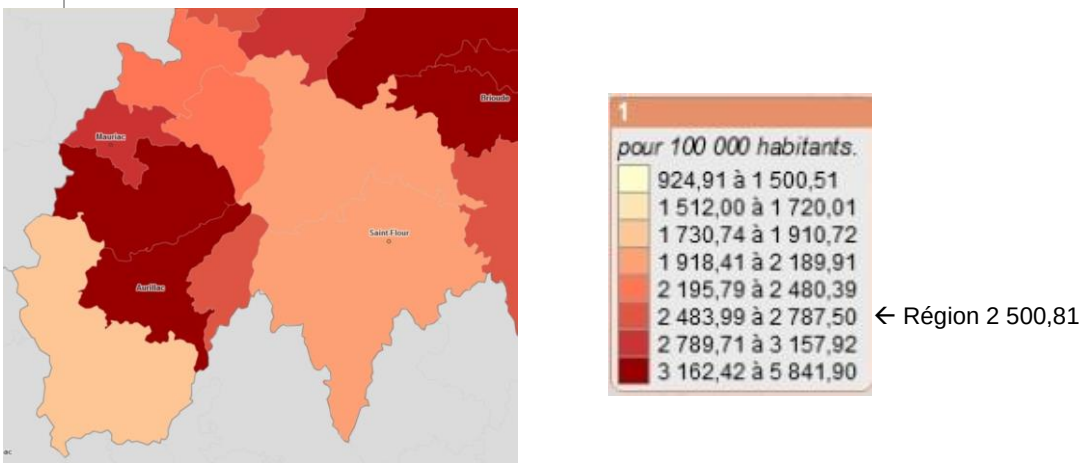
Effectif de patients, de - de 15 ans / de 15 ans et +, hospitalisés au moins une fois dans l'année en soins spécialisés en psychiatrie / vus exclusivement en ambulatoire en soins spécialisés en psychiatrie (ayant eu ou non des actes en ambulatoire)
Source : ATIH (RIM-P, 2017), Insee (Recensement 2015)

4.2. État de santé mentale

4.2.1. Les affections longues durées[6]

4.2.1.1. Les ALD pour affection psychiatrique

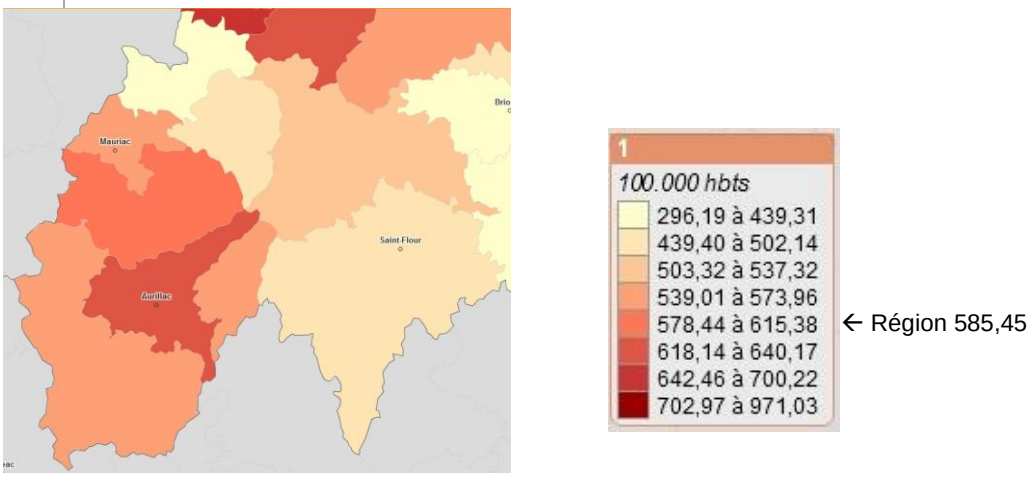
Taux standardisés de prévalence d'Affection Longue Durée (ALD) pour affections psychiatriques en 2016 pour 100 000 habitants dans le Cantal



Sources : CnamTS,CCMSA, RSI (2016), Insee (RP 2012 et 2015)

4.2.1.2. Les ALD pour maladies d'Alzheimer

Taux standardisés de prévalence d'Affection Longue Durée (ALD) pour maladie d'Alzheimer, autres démences pour 100 000 habitants en 2016 dans le Cantal



Sources : CnamTS,CCMSA, RSI (2016), Insee (RP 2012 et 2015)

[6] 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.

4.2.2. Les consommations médicamenteuses

Les personnes bénéficiant d'un traitement en lien avec une pathologie psychiatrique (traitement psychotrope, antidépresseur, neuroleptique) sont, en proportion de la population, plus nombreuses dans le Cantal qu'en moyenne régionale. Seul le taux concernant les patients de 75 ans et plus sous traitement anti-Alzheimer n'est pas statistiquement différent du taux régional.

Taux standardisés de patients sous traitements médicamenteux pour 100 000 habitants en 2017 dans le Cantal et en Auvergne-Rhône-Alpes

	Cantal	Auvergne-Rhône-Alpes
Patients sous traitement psychotrope	11 246,0	10 255,3
Patients sous traitement psychotrope hors antidépresseur et hors neuroleptique	8 178,4	6 721,2
Patients sous traitement antidépresseur	6 172,1	5 984,9
Patients sous traitement neuroleptique	1 961,0	1 711,3
Patients de 75 ans et plus sous traitement anti-Alzheimer	965,9	1 510,9

Source : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (RP 2012 et 2015)
Précisions : patients sous traitement régulier (avec au moins 3 remboursements du médicament dans l'année)

4.2.3. Les hospitalisations

4.2.3.1. Les hospitalisations en médecine chirurgie obstétrique (MCO)

Le taux de patients hospitalisés en MCO pour maladies liées à l'alcool est plus élevé dans le Cantal qu'en région : 591 patients hospitalisés pour 100 000 habitants versus 420 patients hospitalisés pour 100 000 habitants en région Auvergne-Rhône-Alpes.

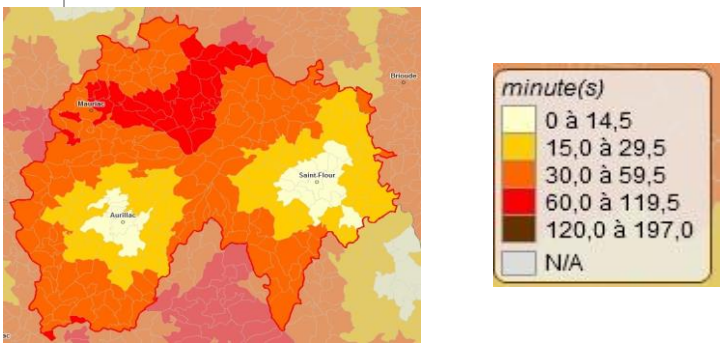
Concernant les hospitalisations pour tentative de suicide, le taux de patients hospitalisés est moins élevé dans le Cantal (83,8 dans le Cantal et 124,5 en région Auvergne-Rhône-Alpes. L'Observatoire du suicide de la région Auvergne-Rhône-Alpes[7] notait que la situation illustrée par les données d'hospitalisation du Cantal demandait à être explorée (cf. suicide paragraphe 1.5).

4.2.3.2. Les hospitalisations en psychiatrie

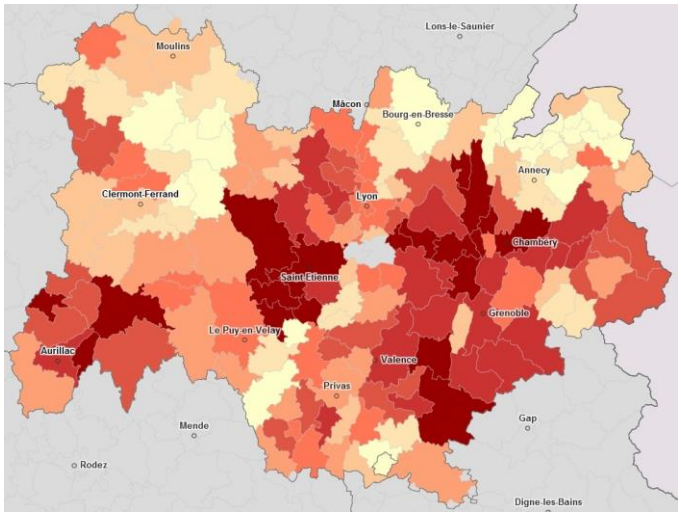
Les communes de l'arrondissement de Mauriac sont les plus éloignées d'une unité temps plein de psychiatrie générale et la majorité des communes du Cantal se trouve à plus de 30 minutes d'un tel service.

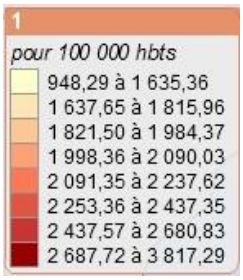
[7] Suicide et tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes, Observatoire du suicide, bulletin n°5, janvier 2019

Temps moyen d'accès (en véhicule) à l'unité temps plein de psychiatrie générale la plus proche



Taux standardisés de patients hospitalisés pour troubles mentaux et du comportement pour 100 000 habitants en 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes





← Région 2 211,15

Sources: ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2012 et 2014)

Taux standardisés de patients vus en soins spécialisés en psychiatrie, selon l'âge, pour 100 000 habitants, 2017

	Cantal		Auvergne-Rhône-Alpes	
	Effectif	Taux standardisé	Effectif	Taux standardisé
Patients de moins de 15 ans vus à temps complet ou partiel	118	561,6	2 573	176,4
Patients de 15 ans et plus vus à temps complet ou partiel	1 082	890,2	53 790	841,0

Effectif de patients, de - de 15 ans / de 15 ans et +, hospitalisés au moins une fois dans l'année en soins spécialisés en psychiatrie / vus exclusivement en ambulatoire en soins spécialisés en psychiatrie (ayant eu ou non des actes en ambulatoire)

Source : ATIH (RIM-P, 2017), Insee (Recensement 2015)

Les soins sous contrainte peuvent être prodigués en hospitalisation ou dans le cadre d'un programme de soins (en ambulatoire, à domicile). 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'État (SDRE). Le taux d'hospitalisations sans consentement (tous modes légaux confondus) et hors hospitalisations en unité médicale (UMD) est supérieur dans le département du Cantal au taux régional (lui-même supérieur au taux national).

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

	Cantal	Auvergne-Rhône-Alpes
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	135,8	124,7
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	9,4	15,4
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	105,0	81,9
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers	27,4	33,5

*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

4.2.4. La mortalité

Le taux de mortalité toutes causes est significativement plus élevé dans le Cantal qu'en région. Les différences ne sont pas statistiquement significatives pour les taux de décès par maladies liées à l'alcool et par suicide.

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

	Cantal		Auvergne-Rhône-Alpes	
	Effectif	Taux standardisé	Effectif	Taux standardisé
Décès toutes causes	1 995	926,8	64 155	820,5
Décès par maladies liées à l'alcool	58	30,5	1 833	23,7
Décès par suicide	22	13,5	979	12,6

Effectif annuel moyen de décès
Source et années : Inserm CépiDC (DCMD - 2011-2015)

Données socio-sanitaires du territoire

En résumé

Une démographie médicale fragile. Une offre libérale de psychiatres et de psychologues très faible. Un report des prises en charge sur les services hospitaliers de psychiatrie et sur les psychologues salariés de structure.
Un taux d'hospitalisation en psychiatrie dans le Cantal élevé qui pallie au manque de libéraux mais qui sature les files actives et entraine une baisse de la qualité de la prise en charge.

Forces

- Offre médicosociale départementale supérieure à la moyenne régionale.
- Une offre santé mentale centrée à Aurillac (principal bassin de population) avec déploiement d'antennes à Mauriac et Saint-Flour.
- Une densité de psychologues salariés dans la moyenne régionale.
- Un déploiement d'offre de bilan et de suivi par des psychologues pour des populations repérées en difficultés en prévention primaire et secondaire.

Faiblesses

- Densité de population faible et vieillissement important de la population.
- L'isolement de la population est important.
- Faible réseau routier et très peu de transport en commun (2h Clermont-Ferrand et 3h Toulouse).
- Les indicateurs de précarité sont souvent défavorables par rapport à la région.
- Une part de bénéficiaire de l'AAH plus importante.
- Les EPCI des arrondissements du Cantal sont caractérisés par une population âgée, des indicateurs sociaux et « d'état de santé mentales » défavorables.
- Eloignement de la population des ressources (densité de médecins dans la moyenne mais temps d'accès long, population du Nord Cantal éloignée des services de psychiatrie).
- Difficulté de recrutement de tous les types de professionnels dans les trois arrondissements.
- Pas de centre hospitalier spécialisé en psychiatre.
- Pas d'urgence psychiatrique dans le Cantal.
- Faible densité de médecins psychiatres. La faible présence de psychiatres libéraux conduit la psychiatrie publique à absorber le travail de suivi.
- Faible densité de psychologues libéraux.
- Offre psychiatrique dans le Nord Cantal insuffisante.
- Différentes structures (autres que sanitaires) proposent des temps de bilan et/ou de suivi par des psychologues mais qui restent insuffisants pour une prise en charge psychiatrique.
- Consommation de traitements médicamenteux plus élevée que la moyenne régionale.
- Taux d'hospitalisation sans consentement plus élevé que la moyenne régionale.

Opportunités

- S'appuyer sur les dispositifs territoriaux pour développer la filière santé mentale (GHT, CLS…).
- Mesurer l'intérêt de l'installation de psychologues dans les MSP.
- Promouvoir l'installation de professionnels de santé sur le département.
- La télémédecine, (télé expertise, téléconsultation) : outils à envisager pour faciliter l'échange d'information et l'accès aux soins dans les territoires les plus éloignés.
- La précarité est un facteur important à prendre en compte par les différents professionnels.

Résultats de l'enquête qualitative

1. Eléments transversaux : l'accès aux soins

1.1. Spécificités territoriales

L'arrondissement d'Aurillac centralise les ressources en santé mentale et les institutions mais des antennes ou permanences ont été développées à Mauriac et Saint-Flour (la maison des adolescents, les CMP, les missions locales, ANPAA, l'association APT/OPPELIA…). Les professionnels libéraux sont centrés sur les trois villes Aurillac, Saint-Flour et Mauriac. Des difficultés d'accès aux soins sont observées dans les territoires ruraux en raison de l'éloignement des ressources et de l'absence des transports en commun. La question des déplacements et de l'aide aux transports pour accéder aux ressources de soins en santé mentale est centrale. Des communes, au sein des arrondissements, sont éloignées de la ville centre et Mauriac et Saint-Flour le sont d'Aurillac.

À Mauriac, plus que dans les deux autres territoires, les professionnels ont le sentiment de repérer des situations tardivement ce qui aboutit à des prises en charge de situations dégradées. Par ailleurs, la population de Mauriac semble particulièrement paupérisée avec un repli sur soi souvent rencontré. Les professionnels font part également de personnes arrivées d'un centre urbain avec de faibles revenus et confrontées aux coûts de déplacement et au manque de services de proximité. L'installation de ces familles sur le territoire qui peut être de courte durée rend la mise en place d'une prise en charge difficile. Cependant, plus que dans les deux autres arrondissements, l'effectif réduit de professionnel semble rendre les contacts plus faciles, les professionnels n'hésitant pas à contacter le CMP, le médecin scolaire ou encore l'ANPAA.

L'arrondissement de Saint-Flour bénéficie de la présence du centre hospitalier avec une autorisation en psychiatrie permettant une prise en charge hospitalière de proximité qui n'existe pas à Mauriac. Les difficultés de recrutement des professionnels concernent les trois arrondissements du Cantal mais l'intensité des difficultés est ressentie plus fortement à Mauriac et Saint-Flour.

La constitution des groupes à Aurillac a montré une plus grande diversité des structures. Beaucoup d'associations départementales ont leur siège à Aurillac. De même les structures principales sont souvent sur Aurillac avec un déploiement de permanences et/ou d'antennes sur Mauriac et/ou Saint-Flour.

1.2. Les déterminants de la santé mentale

La définition OMS de la santé mentale :

Selon la définition de la santé mentale donnée par l'OMS en 1993, la santé mentale est : « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne (...) et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ».

La santé peut être favorisée ou défavorisée par de nombreux déterminants, et cela s'applique aussi bien à la santé physique que mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé donne également une définition de ces déterminants.

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé[8] concernant les déterminants de la santé mentale

Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, notamment les faibles niveaux d'instruction.

Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants: changement social rapide; conditions de travail éprouvantes; discrimination à l'égard des femmes; exclusion sociale; mode de vie malsain; risques de violence ou de mauvaise santé physique; et violations des droits de l'homme.

Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux. Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau.

Ainsi la promotion de la santé mentale passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. Il existe ainsi un large éventail de mesures visant à augmenter la probabilité de voir plus de gens jouir d'une bonne santé mentale.

Un environnement garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels fondamentaux est indispensable pour promouvoir la santé mentale. Sans la sécurité et la liberté apportées par ces droits, il est très difficile de conserver une bonne santé mentale.

Les politiques nationales de santé mentale ne doivent pas limiter leur champ d'action aux troubles mentaux. Il faut aussi qu'elles reconnaissent et prennent en compte les facteurs plus généraux qui favorisent la santé mentale. Il s'agit notamment d'intégrer la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes des secteurs publics et non gouvernemental. Outre le secteur de la santé, il convient d'associer aussi les secteurs suivants: éducation, emploi, justice, transports, environnement, logement et protection sociale.

La promotion de la santé mentale repose pour une large part sur des stratégies intersectorielles.

Au cours des différents groupes rencontrés, les carences éducatives, affectives, les conditions de travail, les conditions de vie (logements, loisirs…) ont été évoquées. Mais bien souvent, la précarité est sous-jacente ou aggrave les déterminants soulignés. Elle est source

[8] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

de phénomènes de « déconstruction » du lien social et génère de l'isolement. La précarité nécessite une prise en compte particulière.

1.3. L'offre en présence variable en fonction des territoires

1.3.1. La difficulté d'accès aux psychiatres

- La psychiatrie libérale

La faible présence de psychiatres libéraux dans le département du Cantal et leurs files actives saturées rendent ces professionnels quasi inaccessibles. L'accès à ces psychiatres libéraux est encore plus compliqué pour les habitants des arrondissements de Saint-Flour et de Mauriac.

- La psychiatrie publique

Les psychiatres présents dans le département exercent principalement à l'hôpital et le turn over de ces professionnels est important. Ce qui rend plus difficile la mise en place de coordinations et le développement de projet. La présence à Aurillac et à Saint-Flour, d'établissements ayant une autorisation en psychiatrie facilite dans ces deux arrondissements l'accès géographique de la population à la psychiatrie, même si pour les communes les plus éloignées de ces villes-centres, la distance peut représenter un frein important. L'éloignement géographique et les difficultés qui en découlent sont plus prégnants dans l'arrondissement de Mauriac.

Par ailleurs, les délais d'attente en CMP pour un premier rendez-vous avec un psychiatre sont jugés trop longs. Bien que ce constat ait été fait dans les trois arrondissements, les délais d'attente semblent différents selon les territoires. La mise en place d'un premier accueil infirmier dans les CMP adultes et par un psychologue ou un éducateur dans les CMP infanto-juvéniles, afin de proposer une prise en charge ou de réorienter le patient, a permis de réduire les délais d'accès aux CMP. Ce premier accueil possible n'est pas toujours repéré par les professionnels sociaux, médicosociaux ou les médecins généralistes. Par exemple, un accueil sans rendez-vous est possible au CMP d'Aurillac mais il n'est pas repéré par les acteurs de l'arrondissement.

Par ailleurs, la question des délais d'attente est cruciale et pose la question de la priorisation. En effet, le premier accueil permet d'évaluer la situation du patient et ainsi de prioriser : les situations les plus urgentes étant prise en charge plus rapidement. Ces modalités de fonctionnement ne sont, toutefois, pas clairement repérées par les acteurs et les familles.

Pour les CMP infanto-juvéniles, les délais signalés par les services étaient de deux mois à Mauriac et six mois à Aurillac.

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

- Les temps de psychiatres dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Par manque de professionnels dans le Cantal, certains établissements médicosociaux font appel à des centres hospitaliers en dehors du département pour couvrir leur besoin. Toutefois, la pénurie de psychiatre est telle que cette solution est également fragile. Par ailleurs, le volume horaire proposé aux psychiatres dans ces établissements, est parfois faible, ce qui ne facilite pas, selon les directeurs d'établissement, le recrutement de psychiatres.

Par ailleurs, les professionnels rencontrés se sont interrogés sur l'impact potentiel des ouvertures prévues de cinq foyers de vie handicap psychique sur la filière psychiatrique déjà surchargée.

1.3.2. L'accès aux psychologues libéraux

- La présence de psychologues libéraux, inégalement répartis entre les trois bassins

Les psychologues sont présents dans les trois arrondissements, principalement dans les villes-centres. Une zone au sud et à l'ouest d'Aurillac et deux zones au sud et au nord de Mauriac n'ont pas de psychologue installé. La densité de psychologues libéraux dans le Cantal (16 pour 100 000 habitants) reste faible par rapport à la région (36 pour 100 000 habitants).

La demande de soins psychologiques a beaucoup augmenté ces dernières années. Il est observé, par les personnes interviewées, une sollicitation plus facile des psychologues par les personnes avec des demandes qui couvrent la santé mentale. Les demandes concernent un mal-être dû à des conjugopathies, des séparations, des souffrances liées au travail, des troubles psychologiques ou psychiatriques. Reste, toutefois, le coût de ces prises en charge qui n'est pas remboursé par l'Assurance maladie et qui constitue un frein important au recours au psychologue. Des dispositifs développés par la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Conseil départemental en direction respectivement des affiliés MSA et des bénéficiaires du RSA apportent une aide à la prise en charge financière des consultations avec un psychologue sous forme de prise en charge financière de 10 à 15 séances.

Les psychologues libéraux du Cantal ont constitué l'association des psychologues du Cantal. Cette association a pour objet de rassembler des psychologues quels que soient leurs lieux d'exercice et leurs pratiques professionnelles afin de favoriser les échanges entre eux et d'organiser toute action visant à faire connaître et reconnaître le titre de psychologue et la profession.

- Densité importante de psychologues salariés

Il faut noter la présence ou l'intervention de psychologues dans les services de psychiatrie, les services du département, les Instituts médico-éducatifs (IME), les Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), les Maisons d'enfants à caractère social (MECS), les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les missions locales, les CSAPA ou dans d'autres associations mais souvent sur des temps limités. Leurs missions consistent le plus souvent à évaluer ou apporter un soutien ponctuel mais concernent des publics très ciblés (personne âgée, personne victime de violences sexuelles…).

1.3.3. Une accessibilité aux médecins généralistes qui se dégrade

Les médecins généralistes ont un rôle majeur dans le repérage des troubles psychiques, dans le traitement des troubles légers et modérés (dépression et troubles anxieux notamment) et dans 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.

Les professionnels rencontrés rapportent des difficultés à trouver un médecin traitant, ainsi que des files actives saturées, alors que le médecin généraliste est un des acteurs de première ligne dans la prise en charge des problématiques de santé mentale. Des difficultés ont été rapportées à Aurillac, dans le sud de l'arrondissement d'Aurillac, à Mauriac et dans le sud de l'arrondissement de Saint-Flour (présence d'un seul médecin libéral pour l'ancien canton de Pierrefort).

1.3.4. Le rôle des infirmiers

Les infirmiers qui exercent dans un service de psychiatrie participent à l'évaluation de l'état de santé de la personne, 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 participent à l'information et 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 des infirmiers libéraux a été peu évoqué, ils interviennent sur prescription médicale au domicile des patients ayant des troubles psychiques, en situation de dépendance temporaire ou chronique. 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 son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre familial et social. C'est un acteur clé des prises en charge à domicile. Toutefois, ceux rencontrés expriment un sentiment d'isolement, une difficulté à repérer le professionnel référent (exception faite du médecin traitant du patient), ainsi qu'un manque de temps de part et d'autre pour échanger autour des situations complexes.

La plupart des établissements médicosociaux sont désormais impactés par les difficultés importantes de recrutement de professionnels paramédicaux dont les infirmiers.

1.3.5. Les services d'urgences

Selon les professionnels des services d'urgences rencontrés, le manque de lisibilité des dispositifs et le manque de professionnels amènent les personnes en difficultés sociales à recourir aux urgences. Les professionnels se sentent pourtant démunis pour la prise en charge des difficultés sociales et psychologiques. Les services d'urgences d'Aurillac et de Saint-Flour bénéficient d'un psychiatre d'astreinte mobilisable 24h/24 ce qui facilite les diagnostics et les orientations. Le service de Mauriac s'appuie quant à lui sur l'infirmier du CMP.

Les services s'interrogent sur les ressources « extérieures » existantes et sur les modalités d'orientation. Le manque de communication et de coordination sont relevées par les équipes des urgences.

1.3.6. Les dispositifs départementaux

La maison départementale de l'autonomie (MDA), intégrant la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les services de l'aide sociale personnes âgées, personnes handicapées du Conseil départemental du Cantal, est un guichet unique. Elle accueille, informe, oriente et évalue les situations de personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge. L'équipe de la maison départementale de l'autonomie est pluridisciplinaire. Elle est composée de travailleurs sociaux, de médecins, d'ergothérapeutes, d'infirmiers, de référents scolarité et insertion professionnelle. Elles proposent aux patients des orientations et instruisent les dossiers. Elles ont connaissance de l'ensemble des structures et travaillent avec tous les acteurs concernés par la problématique. Ces services ne font pas d'accompagnement.

Le plan d'accompagnement global (PAG) fait partie de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT). Cette démarche accorde le droit pour les personnes de demander l'élaboration d'un PAG dès lors que la décision prise en Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne peut se concrétiser de manière satisfaisante. L'élaboration d'un PAG peut également être proposée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (présence d'une chargée de mission RAPT/PAG) en charge de l'évaluation de la situation et des besoins de la personne. C'est une étape importante pour les droits des personnes en situation de handicap. Il ne s'agit pas, pour la personne, de prétendre à une prestation nouvelle parmi d'autres, mais de susciter un accompagnement permettant la co-construction d'une réponse réaliste et adaptée à sa situation.

Pour les personnes interrogées, la mise en place du PAG a créé un espace d'échange, adapté au secteur du handicap, pour aller vers davantage de coordination et de formalisation des parcours. Le PAG permet la rencontre de tous les acteurs intervenant auprès d'un patient afin de lui trouver une prise en charge adaptée et réalisable. Dans le Cantal, ce sont des réunions au cas par cas en fonction des situations. Les professionnels rencontrés soulèvent, toutefois, deux limites à ce dispositif :

- la difficulté à trouver des propositions « innovantes » qui pourraient être mobilisées différemment ;
- le risque d'une mise en place de solution adaptée à l'offre en présence et non plus aux besoins du patient.

Les capacités d'accueil, de prises en charge des structures ou des dispositifs sont limitées, les équipes ne souhaitent donc pas toujours diffuser l'information de leur offre afin de ne pas être débordées et devoir refuser des personnes.

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

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 comme partout en France. Les conséquences de ces ruptures de parcours (de soins, 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 au domicile, 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 (décompensations, rechutes, difficultés de liens,…), le manque d'adhésion et de compréhension des soins par la personne mais également la multiplicité des acteurs autour de la personne (des champs sanitaire, médicosocial, social..), le manque de communication et d'articulation entre ces acteurs sont facteurs de rupture.

De manière générale, les acteurs rencontrés souhaitent une plus grande souplesse et cohérence dans les parcours de soin et de vie mais également une individualisation des réponses apportées.

1.4.1. Les représentations négatives sur la psychiatrie (refus de soins, accès tardif aux soins, repérage difficile…)

Quelques soient les groupes rencontrés, aborder la problématique de la santé mentale avec les patients et les aidants n'est pas aisé. Le sujet fait encore peur : peur de ne pas être comme les autres, peur de passer de quelqu'un de normal à quelqu'un d'anormal. Les représentations négatives sont alimentées par la méconnaissance des troubles, mais également des modalités de prise en charge et de soins proposés. Les consultations au CMP, avec un psychiatre sont perçues comme une porte d'entrée à l'hôpital psychiatrique ce qui génère des rejets de soins chez certains patients. Les professionnels et les patients ont donc exprimé la nécessité d'expliciter le rôle de chaque professionnel, les prises en charge possibles ainsi que les techniques utilisées. En effet, les usagers interrogés sont critiques, de même que certains professionnels de santé, quant aux explications qui leurs ont été apportées et ils signalent un manque d'information reçue ne serait-ce que sur le contenu des consultations.

Pour le professionnel ou l'aidant qui repère un trouble psychologique ou psychiatrique, le temps nécessaire à la reconnaissance et à l'acceptation par la personne de ses difficultés ou de ses troubles est parfois long et demande à être accompagné.

1.4.2. Les difficultés d'accès aux soins psychiatriques

1.4.2.1. Difficultés pour les acteurs **à accompagner les personnes vers le soin** (en attente d'appui)

Quels que soient l'âge et le territoire, les acteurs sociaux, médicosociaux et les médecins généralistes relèvent la nécessité d'accompagner les patients vers les soins lors de la période d'acceptation du trouble bien qu'ils se trouvent parfois démunis pour accomplir cet accompagnement. Ces professionnels sont en attente d'aide, auprès des services de psychiatrie, surtout quand le refus de soins est lié aux caractéristiques de la pathologie (addictions, psychose…). De manière encore plus importante, ils recherchent des relais lorsque les personnes ne souhaitent pas aller vers le soin. Bien souvent dans les situations de refus de soins, les seuls professionnels qui maintiennent un lien avec la personne sont les acteurs sociaux et médicosociaux. L'impuissance d'actions face à ces situations leur semble parfois difficile à accepter.

1.4.2.2. Difficultés d'accompagner dans l'attente d'un soin

Une autre difficulté rencontrée, est l'accompagnement de la personne dans la période d'attente du premier rendez-vous. Les délais d'accès aux consultations des CAMSP, aux consultations du CMP, du CMPP ou aux hospitalisations en service de psychiatrie sont perçus comme longs par les professionnels rencontrés. Toutefois, la perception de cette attente varie que l'on soit parents, professionnels des secteurs sanitaire ou social extérieur aux structures ou encore professionnels des structures ciblées. Quoi qu'il en soit, ces délais peuvent être difficiles à comprendre et à accepter par les familles et/ou le patient voire même par les professionnels. Dans certains cas, cette attente peut compromettre l'accès aux soins comme par exemple chez les personnes sans domicile qui sont difficiles à capter ou chez les adolescents qui recherchent de l'immédiateté. Les professionnels indiquent que le repérage ne suffit donc pas à ce que le parcours de soins se mette en place et qu'il serait important que les personnes puissent avoir rapidement une première réponse.

1.4.2.3. Mobilité et accès aux transports

La **mobilité et l'accès aux transports** pour aller sur les lieux de diagnostic et de soins sont des problématiques importantes particulièrement pour les arrondissements de Saint-Flour et de Mauriac.

La mobilité est un frein majeur dans un département comme le Cantal. Les déplacements représentent un coût financier qui peut ne pas être supportable pour certains patients. Les déplacements dans le cadre d'une prise en charge CAMSP ou CMPP seront pris en charge financièrement par l'Assurance maladie mais ce ne sera pas nécessairement le cas pour une prise en charge par le CMP ou auprès d'un professionnel libéral.

Le problème de l'accès à un diagnostic ou à un bilan des personnes qui ne peuvent pas se déplacer est crucial. A l'exception de l'équipe mobile précarité psychiatrique (EMPP), les équipes psychiatriques n'ont pas la possibilité d'aller vers les patients, d'aller au domicile. Ces situations sont principalement relevées par les professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en refus de soins. Cela suscite un sentiment de manque d'intérêt à l'encontre de certaines populations.

L'accès à certains soins spécialisés est rendu compliqué par une faible démographie médicale, par l'éloignement et l'isolement des personnes. Pour les arrondissements de Saint-Flour et Mauriac, la population se dirige souvent dans les départements limitrophes (Aveyron, Lozère). Ce qui n'est pas sans poser problèmes pour les établissements médicosociaux qui prennent en charge financièrement les transports (en plus de l'organisation parfois complexe que cela génère).

Beaucoup de professionnels citent également la réforme des transports sanitaires comme un frein du parcours en santé mentale. En effet, la loi du financement du système de santé de 2017, dans son article 80, précise que depuis le 1er octobre 2018 c'est l'établissement prescripteur qui assume le coût du transport. Or, comme beaucoup d'établissements n'ont pas de lignes budgétaires spécifiques pour prendre en charge cette dépense, les déplacements des personnes nécessitant un transporteur sanitaire sont réduits, voire supprimés.

1.4.3. Les difficultés de coordination

Bien que pas assez nombreux, les psychiatres et pédopsychiatres représentent le professionnel incontournable pour poser un diagnostic et mettre en place un traitement (médicamenteux ou non médicamenteux). Ce professionnel est donc particulièrement sollicité dans la réalisation de bilans afin d'orienter ou non dans un parcours de soins psychiatriques. Quel que soit l'âge des patients, cette attente de bilans et d'orientations est forte ce qui suscite un sentiment de sur-sollicitation de la part des professionnels de la psychiatrie. Bien souvent, dans les groupes, est revenue la formule *« la psychiatrie ne peut pas tout prendre en charge, il ne faut pas tout psychiatriser* ». La définition de la santé mentale est source de complexité. Pour les professionnels rencontrés, le professionnel de la santé mentale, est bien le psychiatre mais la définition est trop large : « *simple dépression, dépression post partum, burn out, pathologies addictives, schizophrénie, boulimie, anorexie, déficiences, mal-être… ».* Selon eux, toutes ces pathologies ne nécessitent probablement pas d'être prises en charge par les mêmes professionnels mais ils n'identifient pas d'autres professionnels possibles.

Au-delà du diagnostic, lorsqu'un suivi est débuté, peu de psychiatres rédigent de compte rendu de consultation en CMP ou d'hospitalisation et les liens avec la médecine générale sont pratiquement absents. Pour les médecins généralistes interviewés, cette absence de lien ne leur permet pas d'assurer un suivi satisfaisant des patients. Ils estiment qu'une intervention plus coordonnée pourrait conduire à une prise en charge des patients plus adaptée permettant aux professionnels de la psychiatrie d'assurer son rôle d'expertise et de second recours. En pratique, l'ajustement des traitements serait, pour les médecins généralistes, plus aisé ou la mise sous traitement pour un trouble somatique serait plus sécurisée par exemple.

En complément, ce manque de communication retentit sur la continuité de soins des patients. Autour d'un même patient, les évaluations du médecin généraliste et du psychiatre peuvent être différentes. Il n'existe pas de lieu de concertation où la décision de prise en charge peut être prise en commun. Une réponse proposée par les médecins généralistes, serait de développer le suivi commun de certains patients, ce qui permettrait une prise en charge globale, plus adaptée, du patient et une augmentation du temps nécessaire aux primo-consultations pour les psychiatres. Les psychiatres rencontrés ont toutefois précisé que certains patients ne souhaitaient pas que leur médecin traitant soit mis au courant de leur suivi psychiatrique.

Les professionnels insistent donc sur la nécessité d'améliorer le partage d'information entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux, ainsi qu'entre professionnels du secteur médical et social, 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. Des questions persistent toutefois quant au contenu des informations à communiquer.

1.4.4. Le besoin d'expertise psychiatrique

Les acteurs sociaux ou la médecine générale ont exprimé leur besoin d'expertise en direction de la psychiatrie. Les propos échangés au sein des groupes montrent que, bien souvent, les demandes d'expertise psychiatrique surviennent dans les situations où les relais sont difficiles ou longs à mobiliser. Les médecins généralistes souhaiteraient pouvoir solliciter plus souvent le médecin psychiatre pour une expertise afin d'adapter le soin avant

qu'il ne devienne urgent de modifier un traitement, d'adapter ou de réorienter une prise en charge.

Les professionnels interrogés ont manifesté de l'intérêt pour la télé-expertise afin d'interpeller facilement un spécialiste en cas de besoin (doute sur une prise en charge, adaptation d'un traitement…) et ainsi éviter un déplacement pour le patient ou la survenue d'une crise. Toutefois, la question de la disponibilité des spécialistes se pose également (cf. paragraphe 1.4.1.1).

Le développement de téléconsultations pourrait être envisagé comme un levier favorable à l'accès aux soins et à la continuité des prises en charge de certains patients (toutes les pathologies ne pouvant pas faire l'objet d'une prise en charge à distance), en particulier en zone rurale pour des publics ayant des difficultés de mobilité. Les professionnels interrogés soulignent néanmoins que ces téléconsultations ne peuvent être la seule proposition de suivi et qu'il convient de maintenir également des rendez-vous physiques. Enfin, la question de la mobilisation de temps médical reste épineuse car les files actives des psychiatres en secteur public sont globalement saturées. Les professionnels rencontrés ont donc fait remonter des réticences face à cet outil.

1.4.5. Les difficultés d'accès aux soins somatiques pour les patients présentant des troubles psychiques

D'une part, de nombreuses personnes n'ont pas de médecin traitant déclaré. Selon les professionnels rencontrés, les personnes les plus précaires, les plus éloignées sont les plus concernées. C'est un des premiers freins à lever.
D'autre part, les médecins généralistes ont soulevé les difficultés à réaliser un suivi somatique en l'absence d'informations relatives aux traitements prescrits, à l'état d'avancement de la maladie psychique ou encore aux examens réalisés par la psychiatrie.

Les patients avec une maladie psychiatrique sont, pour les professionnels rencontrés, mal accompagnés sur le plan somatique, les comorbidités sont mal prises en charge du fait du cloisonnement des acteurs et du manque de formation sur le thème du handicap psychique. Il existe des réseaux nationaux comme celui rassemblant des dentistes formés à la prise en charge de personnes autistes et de personnes ayant un handicap psychique mais ces ressources ne sont pas disponibles dans le Cantal. Les échanges au sein des groupes ont également montré la difficulté à connaitre les dispositifs et les ressources existantes sur le territoire, chacun ayant développé ses propres réseaux et « filières de prise en charge » qui sont parfois géographiquement éloignés.

D'autres réponses résident dans le développement de coopération entre professionnels comme les ophtalmologistes et les orthoptistes par exemple ou encore le développement des infirmières spécialisées sur le modèle des infirmières ASALEE, de la plateforme interdépartementale autisme, ou bien encore de l'Unité Mobile d'Accueil d'enfant à besoin Spécifiques (UMAS). De même, l'élaboration de projets de soins en santé mentale dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) serait à envisager.

1.4.6. La prise en charge hospitalière : les urgences, les services MCO, les services psychiatriques

Les acteurs médicosociaux et les médecins généralistes rencontrés ont souligné le manque de place d'hospitalisation et la répercussion sur les délais d'hospitalisation longs pour accéder à un bilan ou une observation. Ces situations nécessitent donc de la part de ces professionnels une « mise sous surveillance » du patient qui n'est pas toujours satisfaisante.

Les hospitalisations non programmées dans les services psychiatriques doivent passer systématiquement par les urgences. Ce passage par les urgences est une obligation médico-légale : il peut être à l'origine d'un parcours pas toujours jugé cohérent et compris par les acteurs. Les médecins généralistes rencontrés expriment un manque de considération pour la connaissance qu'ils ont de leur patient ce qui amène, selon eux, à des décisions parfois inadaptées aux besoins du patient. Par exemple, l'orientation d'un patient vers les urgences afin qu'il bénéficie d'une hospitalisation en psychiatrie, ne va pas toujours aboutir ce qui renforce leur sentiment de manque d'écoute.

1.5. La crise et/ou l'urgence en santé mentale

La crise et/ou l'urgence en santé mentale est un point de divergence entre les services de psychiatrie et les acteurs médicosociaux, sociaux et les médecins généralistes. 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*»[9].

Selon les professionnels rencontrés, différents types d'urgence ont été cités. Les **crises « bruyantes »** vont gêner l'ordre public, elles se déroulent dans le logement, sur la voie publique… Cette crise s'accompagne parfois de mise en danger de la personne elle-même et/ou de l'entourage. Pour les professionnels de la psychiatrie, ces « urgences » ne relèvent que rarement d'eux. En effet, pour que leurs interventions aient du sens, il faut que la personne en crise soit en capacité d'accepter et d'adhérer à la prise en charge. Par exemple dans le cas de personnes sous l'empire de produits psychoactifs, les acteurs de la psychiatrie interviennent quand les effets du produit se sont dissipés. Dans le cas de crise dans le logement, la réponse, pour les acteurs de psychiatrie, est peut-être davantage sociale que psychiatrique.

Certaines situations de refus de soins, par exemple chez les personnes atteintes du syndrome de Diogène, ont également été évoquées, la situation est repérée mais face au refus de soin de la personne concernée, aucun professionnel ne peut intervenir et tous (assistant social, maire de la commune, entourage…) se sentent impuissants. L'équipe mobile psychiatrie précarité a apporté une réponse saluée par les professionnels rencontrés. Elle permet d'aller vers les personnes et peut désamorcer un certain nombre de tension.
Les professionnels indiquent également des **crises « silencieuses »,** des situations qui se dégradent et qui faute soit d'un repérage, soit de difficultés à trouver une orientation adaptée aboutissent à une demande d'hospitalisation en urgence de la part des professionnels.

[9] Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

La difficulté précédemment abordée de déterminer ce qui relève de la psychiatrie est de nouveau évoquée lorsque l'on s'intéresse à la gestion des crises. Les services de psychiatrie ont l'impression d'être sollicités à tort et les services médicosociaux, sociaux ou les médecins généralistes ne se sentent pas entendus.

- La prévention de la crise

Les acteurs rencontrés ont rappelé l'importance de prévenir les crises et les urgences grâce à un suivi en ambulatoire, une meilleure connaissance de la pathologie par le patient lui-même et son entourage proche (familial et professionnel) qui sera à même de « voir venir la crise » la gérer, la limiter.

Certains regrettent que **des équipes mobiles 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.

- Le repérage de la crise : les professionnels rencontrés ont le sentiment de gérer des situations qui inévitablement vont aboutir à une crise qu'ils ne pourront plus gérer seuls. Le repérage d'une situation qui se dégrade et qui risque d'évoluer vers une crise et/ou une urgence. Certains acteurs médico-sociaux ont élaboré des temps d'échange, des grilles pour anticiper la survenue d'une crise mais se trouvent devant l'impossibilité d'obtenir un relais (du fait des temps d'attente) pour une prise en charge plus précoce par la psychiatrie de secteur.

- Lors de la gestion de la crise, du sentiment d'urgence ou de l'urgence, la personne met souvent en grande difficulté son entourage (aidants, établissements…). Les professionnels identifient comme relais les services d'urgences, la gendarmerie ou les pompiers mais rarement les CMP. Il semble toutefois, que les CMP peuvent être une ressource à mobiliser mais cette possibilité est peu lisible pour les acteurs sociaux, médicosociaux et pour la médecine générale.

La prise en charge des urgences dites « psychiatriques » est plus complexe à Mauriac : en effet, le patient est transféré aux urgences d'Aurillac. Le trajet entre Mauriac et Aurillac est source d'inquiétude pour le professionnel qui a orienté, c'est une étape et un temps supplémentaire qui n'est pas, selon les professionnels rencontrés, suffisamment sécurisé. Sans compter l'augmentation des délais de prise en charge qui posent parfois des problématiques de rupture de parcours.

Selon les professionnels rencontrés, les acteurs concernés par les urgences et les crises devraient se rencontrer pour proposer, à partir de l'analyse de situations, des modalités de gestion des urgences adaptées à la spécificité psychiatrique.

Les taux d'hospitalisation et de recours aux soins sans consentement dans le département posent 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 solution / 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 est également soulevée.

Les professionnels rencontrés évoquent les difficultés à recourir à l'hospitalisation ou aux soins sans consentement qui semblent être dans certaines situations la seule réponse possible. Le manque de relais dans les prises en charge en ambulatoire et en amont des crises accentue ce sentiment de situation sans solution. Ces remarques vont à l'encontre des données départementales relatives à l'hospitalisation sans consentement (cf paragraphe 1.8.2). La situation des hospitalisations sous contraintes mériterait d'être explorée.

Toutefois, les professionnels notaient que mieux prévenir les crises, et développer ou mieux repérer les dispositifs existants en ambulatoire, permettraient de limiter ces hospitalisations sous contraintes.

- Les spécificités de la crise suicidaire

La problématique du suicide a été abordée par les différents groupes. L'identification de la crise suicidaire et la prise en charge dès les urgences sont complexes. Comparable à la situation nationale, le risque de sous-évaluer un risque suicidaire est important à tous les âges et particulièrement chez le sujet âgé où les formes parfois atypiques en compliquent la détection. Les symptômes de dépression chez l'adulte âgé sont souvent négligés et non traités car ils coïncident avec d'autres problèmes liés à l'avancée en âge. Quels que soient les âges, la dépression et les facteurs de risque (isolement,…) sont sous-diagnostiqués et les prises en charge nécessaire pas toujours repérées.

Pour les professionnels rencontrés, les admissions aux urgences devraient entraîner systématiquement un bilan complet, une orientation et un accompagnement vers des dispositifs de prise en charge hospitalière en premier lieu et en ambulatoire afin de limiter les risques de tentatives de suicide. En pratique, ce parcours « idéal » n'est pas suivi et un retour direct à domicile suite à une admission aux urgences a régulièrement été rapporté.

Au-delà des professionnels rencontrés, un groupe de travail départemental est en cours. Dans ce cadre, les professionnels proposent de créer un réseau local de partenaires "prévention et prise en charge de la problématique suicide". Ses objectifs seraient de :

- dédramatiser les problématiques pré-crise suicidaire par une sensibilisation des professionnels (prise en charge de la dépression, de l'isolement…), des élus et de la population (destigmatisation en santé mentale) ;
- d'améliorer le repérage en formant les professionnels en lien avec les publics "à risque" (niveau "sentinelle[10]" avec orientation vers des professionnels formés à l'évaluation clinique du risque).

Ce réseau coordonné d'acteurs sur trois niveaux s'organiserait autour :

- du repérage ;
- du diagnostic ;
- de la prise en charge.

Ce réseau permettrait également de créer des "liens" entre le sanitaire, le médico-social et le social, lien très attendu par les professionnels rencontrés lors du diagnostic. Puis il permettrait de communiquer sur l'existence de ce réseau (plaquette / annuaire).

[10] Formation au repérage de personne à risque suicidaire

Eléments transversaux

Un rayonnement d'action de nombreux opérateurs à partir d'Aurillac avec des antennes mises en place sur les arrondissements de Mauriac et Saint-Flour. Quand elle existe, une communication rapide se fait entre professionnels de par le faible nombre d'intervenants sur le territoire.
La faible démographie de professionnels de santé libéraux (psychiatre, psychologue, orthophoniste…) met en difficulté le parcours de la population à tous les niveaux. Dans ce paysage, les psychologues et les infirmiers spécialisés jouent un rôle central dans le parcours en santé mentale en proposant un premier accompagnement permettant de réduire le temps d'attente pour la prise en charge des patients.
La mobilité sur le territoire, couplée à un réseau d'acteurs faible, est un frein majeur dans le parcours en santé mentale, encore plus sur l'arrondissement de Mauriac que sur les deux autres. Ces problématiques sont renforcées par des articulations insuffisantes entre les structures, les patients et les professionnels.

Forces

- Les ressources santé mentale centrées sur Aurillac développent des antennes sur les autres arrondissements.
- La communication informelle est facilitée dans des réseaux où l'offre est réduite.
- Importance du premier accueil et de la première évaluation dans le parcours du patient notamment sur la réduction du temps d'attente (CMP et CMPP).
- Meilleure reconnaissance du rôle des psychologues par la population.
- Développement de possibilité de prise en charge psychologique par des psychologues en prévention primaire et secondaire.
- Rôle important des infirmiers sur la prise en charge des soins somatiques et psychiques.

Faiblesses

- Problématiques de la mobilité pour l'accès aux soins.
- Difficultés financières d'accès aux psychologues, soins non remboursés par l'Assurance maladie.
- Saturation des files actives dans tous les services de psychiatrie.
- Délais d'attente importants augmentant le risque de rupture de parcours.
- Ressources en santé mentale insuffisantes dans le Nord Cantal.
- Turn over important des psychiatres hospitaliers rendant difficiles la stabilité des services.
- Pas de service psychiatrique à Mauriac.
- Fractionnement des temps de psychiatres dans les structures où leur présence est nécessaire (IME ITEP, FAM, CMPP, CAMSP….) fragilisant les faibles ressources existantes.
- Démographie médicale en tension, difficulté pour les personnes en situation de précarité à trouver un médecin traitant.
- Professionnels libéraux isolés des autres structures de prise en charge en santé mentale.

- Méconnaissance de l'offre des CMP, CMPP par les professionnels de terrain.
- Manque d'articulation entre les acteurs (psychiatrie, médecins généralistes, acteurs du médico-social et social).
- Nécessité d'améliorer la communication entre la psychiatrie et les médecins généralistes.
- Nécessité d'améliorer la communication entre la psychiatrie et les acteurs du social.
- Stigmatisation de la société vis-à-vis des problématiques de santé mentale.
- Manque d'explication, d'informations, de reconnaissance par les professionnels des compétences des patients vis-à-vis de la prise en charge de leur pathologie.
- Nécessité d'accompagner les familles, les patients, les professionnels dans les périodes d'attente de diagnostic ou de bilan.

Opportunités

- Développement des infirmiers en pratique avancées spécialisé en psychiatrie et en santé mentale.
- Sensibiliser les équipes des urgences aux ressources existantes pour faciliter l'orientation et la prise en charge des personnes avec une problématique de santé mentale.
- Déploiement de la méthodologie des PAG par la co-construction des projets communs et améliorer le travail partenarial.
- Développer les référents de parcours afin d'amener de la souplesse et de la cohérence dans un parcours de soins et individualiser les réponses apportées.
- Envisager la mise en place de CLSM (Conseil Local en Santé Mentale) sur le département.
- Développer les SISM (semaine d'information sur la santé mentale).
- Inscription d'un axe santé mentale dans le projet de santé des MSP.

2. Les enfants

Structures présentes dans les entretiens collectifs et individuels (Saint-Flour, Mauriac ou Aurillac) :

MDA, Conseil départemental Cantal
PMI, Conseil départemental Cantal
ASE, Conseil départemental Cantal
Chef de pôle pédopsychiatrie, CH Henri Mondor
CMPP/Sessad ADSEA
ALSH-OMJS Saint-Flour
IME Saint-Flour
Complexe medico social, ADSEA 15
ITEP, ADSEA
ADSEA, SESSAD Aurinques
ITEP, Sessad Saint-Flour
IME Les Escloses, Sessad Pays de Mauriac, ADSEA
UDAF 15
Éducatrice spécialisée en libéral, ALTER EDUC
Anpaa 15
Apt 15
Accent Jeunes, SAS
Association des Psychologues du Cantal
Education Nationale
Cabinet libéral de médecin généraliste
Maison pour apprendre
Equipe mobile Autisme

Professions présentes

Assistante sociale
Médecin PMI
Infirmière puéricultrice PMI
Directeur
Pédopsychiatre
Psychiatre
Coordinatrice
Psychologue
Psychologue scolaire
Éducateur spécialisé
Responsable de service
Médecin
Infirmière
Référent ASH
Enseignant spécialisé

2.1. Les ressources et articulations abordées par les personnes interviewées

Certaines ressources abordées dans ce chapitre sont communes aux enfants et aux adolescents.

Le manque d'articulation entre les acteurs a souvent été évoqué. De nombreux acteurs interviennent dans le champ de la santé mentale et sont impliqués dans ces parcours parfois complexes.

Les parents qui sont confrontés à un problème de santé mentale, découvrent un parcours qui leur est méconnu. Ils font face à de nombreux professionnels qui ne sont pas clairement identifiés. En pratique, les professionnels se connaissent et sont amenés à travailler ensemble autour de situations individuelles mais la plupart du temps de manière informelle et fragmentée (échanges bilatéraux). Toutefois, ils regrettent qu'il n'y ait pas de lieu et de temps dédiés pour échanger entre eux afin d'avoir une vision complète des dispositifs présents.

2.1.1. Protection maternelle et infantile, Aide sociale à l'enfance

Le service de Protection maternelle et infantile (PMI) intervient auprès des femmes enceintes et des enfants de 0-6 ans pour répondre à des missions de prévention et d'accompagnement à la parentalité. La PMI est en lien avec de nombreux acteurs (services hospitaliers de gynécologie, de pédiatrie, de pédopsychiatrie, les médecins généralistes, les CAMSP…). La PMI intervient à domicile (dans le cadre des informations préoccupantes ou non), en individuel ou en collectif. Elle réalise également des bilans auprès des enfants de 3-4 ans en milieu scolaire au cours desquels les infirmières essaient, dans la mesure du possible, de

réaliser un dépistage systématique. L'orientation vers un médecin de la PMI se fait sur demande de l'enseignant, des parents, de l'infirmière de la PMI. Les délais d'attente pour accéder à un bilan en structure spécialisée sont souvent longs, la PMI reste donc l'interlocuteur privilégié pour accompagner les familles lors de cette attente. Les infirmières puéricultrices de la PMI sont, par ailleurs, mobilisées sur le traitement des informations préoccupantes qui sont prioritaires. Ce double rôle de la PMI génère chez un certain nombre de parents une crainte à l'encontre de cette institution qui a pour conséquence un refus de rencontre. Par exemple, les visites médicales sur demande d'un enseignant ou d'une infirmière de la PMI ne sont pas toujours acceptées par les parents se sentant stigmatisés par cette proposition.

Face à un enfant présentant des troubles du comportement, les parents peuvent être dans le déni mais ils sont le plus souvent en grande détresse, ils souhaitent des solutions rapides car ils sont épuisés. Pour les parents trop réfractaires à la mise en place de soins, il est toujours possible en dernier recours de faire intervenir la PMI ou l'ASE en cas d'absence de mise en place de soins.

Le service de l'ASE gère, entre autre, des maisons d'enfants à caractère social (MECS) et propose également des accueils familiaux, l'autorisation existe pour un accueil familial thérapeutique mais n'est pas encore disponible. Le Cantal manque de familles d'accueil ce qui limite ce type d'alternative aux MECS. Un nombre important d'enfants fait l'objet d'un double suivi : ASE et pédopsychiatrie. De même, des enfants suivis par l'ASE sont résidents d'ESMS.

2.1.2. L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans leurs démarches

La maison de l'autonomie (MDA) accompagne les familles dans le dépôt de leur demande d'allocation, de prestation ou d'orientation. Les personnes interrogées notent une augmentation des demandes pour des jeunes présentant des troubles comportementaux avec des répercussions négatives sur la vie familiale et la scolarisation. Les parents se tournent vers les prises en charge libérales et se rapprochent ensuite de la MDA afin d'obtenir une aide financière. La MDA fait des propositions d'orientation et les parents ont parfois le sentiment d'être dépossédés de la décision. Confronter à ces problématiques, les professionnels de la MDA signalent porter une attention particulière à ne pas se substituer aux parents.

2.1.3. L'accès à la pédopsychiatrie : le service de pédopsychiatrie, le CMP infanto-juvénile

Deux équipes sont chargées des consultations externes à l'hôpital d'Aurillac, l'une plutôt destinées à la prise en charge des enfants, l'autre à la prise en charge des adolescents. Des consultations de pédopsychiatrie sont localisées à Saint-Flour, Mauriac et Aurillac. Les listes d'attente pour les consultations externes sont importantes, avec un délai d'attente d'environ six mois. Une première consultation avec un psychologue peut être proposée plus rapidement (attente d'environ un mois).

Ces délais sont perçus différemment que l'on soit un professionnel du CMP ou un professionnel qui oriente. Les éducateurs ou les psychologues peuvent être amenés à recevoir un enfant ou un jeune en attente d'une consultation avec le pédopsychiatre dans le

cas d'un besoin jugé urgent. Il existe un accueil en pédiatrie au centre hospitalier d'Aurillac pour les enfants qui peuvent présenter des troubles psychiatriques.

À Mauriac, la proximité des bureaux du CMP avec la présence d'un éducateur et du service de santé scolaire facilite le travail partenarial. Le partage de locaux et de personnel favorise indéniablement les rencontres. La maison pour apprendre (MPA) prend en charge des enfants qui ont des difficultés scolaires. Les enfants, si nécessaire, peuvent bénéficier d'un double suivi avec la MPA et le CMP.

Les professionnels interrogés soulignent l'intérêt de la démarche globale de la MPA qui répond à un véritable besoin du territoire. La possibilité d'avoir accès à des techniques de remédiation cognitive est complémentaire aux prises en charge proposées. Les acteurs intervenant à Mauriac espèrent que la poursuite de l'activité de la MPA gardera ses particularités.

2.1.4. Les professionnels intervenant pour les troubles du spectre autistique

Les troubles du spectre autistique ont été peu abordés dans les groupes. Ces troubles dans le département du Cantal sont évalués, orientés et pris en charge par l 'ADAPEI ou le service de pédopsychiatrie. Le repérage est réalisé par les acteurs présents (SESSAD, IME, école…) dans les groupes interrogés.

Une plateforme de repérage des troubles du neuro-développement chez les enfants de 0 à 7 ans est en cours de structuration avec une ouverture prévue au 2ème semestre 2019. Cette coordination précoce a pour but d'améliorer la prise en charge des enfants avec des troubles du spectre autistique.

2.1.5. Le rôle des psychologues

Les psychologues libéraux interviennent à la demande des parents, sur des problèmes comportementaux, des troubles scolaires. Les psychologues libéraux ont développé des liens avec les professionnels de l'Éducation nationale. Sur sollicitation des parents et des professionnels de l'Éducation nationale, les psychologues libéraux peuvent démarrer un travail psychologique avec l'enfant dans l'attente d'un rendez-vous prévu avec le pédopsychiatre du CMPP.

2.1.6. Les orthophonistes

Il est possible qu'un meilleur dépistage et repérage des troubles ait fait augmenter la demande de prise en charge par les orthophonistes. Sur les territoires de Saint-Flour et Mauriac, l'accès aux orthophonistes libéraux est très compliqué, les délais d'attente se mesurent en année et les conséquences sur la scolarité peuvent donc être importantes. Pour les professionnels interrogés, s'il n'y a pas de mobilisation des parents, les prises en charge sont très difficiles à Saint-Flour et à Mauriac. Une mobilisation qui peut prendre la forme d'un rendez-vous par semaine à Clermont-Ferrand, soit à quatre heures de trajet, ce qui n'est satisfaisant pour personne.

2.1.7. La prise en charge médicosociale

2.1.7.1. Le CAMSP pour les enfants de 0 à 6 ans

Les orientations vers le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont réalisées mais la difficulté se rencontre dans le délais d'attente estimé long par les professionnels rencontrés et dans l'absence de prise en charge financière du transport pour aller réaliser un bilan au CAMSP. En complément des entretiens, en 2018, le délai d'attente d'un premier rendez-vous au CAMSP d'Aurillac était estimé à 120 jours entre le 1er contact et le 1er rendez-vous[11].

2.1.7.2. Les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)

Un CMPP intervient auprès des enfants dans le Cantal à Aurillac et à Saint-Flour. Jusqu'à présent le CMPP de Saint-Flour fonctionnait avec un temps de pédopsychiatre suffisant pour répondre à ses missions. Le médecin psychiatre n'intervenant plus à Saint-Flour, le CMPP se trouve dans une position délicate.

La couverture territoriale du CMPP est départementale avec parfois le suivi d'enfants domiciliés dans le Lot ou l'Aveyron. Le CMPP est dans une dynamique d'évolution afin de répondre au nouveau cahier des charges régional. La continuité de soin entre le CAMSP et le CMPP ne semble pas poser de difficultés particulières. Si ce n'est le traitement psychologique proposé qui n'est pas toujours adapté aux besoins des jeunes enfants. Le CAMSP propose une prise en charge éducative que ne peut pas poursuivre le CMPP. Le CMPP oriente donc rapidement vers le service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Les services de psychiatrie ont également évoqué que le manque de relais peut saturer leur file active limitant l'accès au CMPP pour de nouveaux patients. Par exemple, un enfant qui bénéficie d'une orientation SESSAD mais qui devra attendre un an pour avoir une place se verra proposer un suivi par le psychomotricien et le pédopsychiatre du CMPP. Le CMPP peut, par convention avec les orthophonistes libéraux, permettre une poursuite de prise en charge libérale, ce qui n'est pas le cas pour les éducateurs, les psychomotriciens, ni les psychologues. En effet, ces prises en charge ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie ce qui ne permet pas aux enfants issus de familles modestes et précaires de consulter ces professionnels en dehors des prises en charge CMPP.

Les soins liés aux troubles du langage écrit donnent lieu à différents remboursements par l'Assurance maladie. Ils sont totalement remboursés s'ils sont réalisés dans un CAMSP, un CMP ou un CMPP. Les séances d'orthophonie ou d'orthoptie en cabinet de ville, sur prescription médicale, sont prises en charge à 60 %. Les actes des ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues en cabinet de ville ne sont pas remboursés. ***Assurance maladie***

[11] CAMSP Aurillac : Rapport d'activité 2018

2.1.8. Les équipes mobiles

2.1.8.1. Une équipe mobile de l'Action éducative en milieu ouvert (AEMO)

Une équipe mobile éducative intervient en lien avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie, au sein des MECS du Cantal et des placements familiaux de l'ASE. Ses missions visent à renforcer les projets d'accompagnement personnalisés de jeunes en situation de pré ou post-crise.

2.1.8.2. Équipe mobile pédopsychiatrique (EMPP)

Une équipe mobile de pédopsychiatrie est opérante dans le département du Cantal. Elle travaille en concertation avec l'équipe AEMO qui intervient sur les MECS. Tous les trois mois les deux équipes mobiles interviennent directement dans les établissements pour faire le point sur les situations suivies avec le pédopsychiatre. L'EMPP est souvent sollicitée quand les équipes se trouvent sans solution et ont besoin d'une expertise psychiatrique. Toutefois, elle n'intervient pas le week-end, période propice aux demandes, ce qui occasionne une prise en charge par l'équipe AEMO qui se trouve alors en difficulté. En effet, elle ne peut répondre aux difficultés psychologiques du jeune et doit gérer les conséquences sur les autres enfants présents.

Malgré une convention et des objectifs, les personnes interviewées soulignent des difficultés à mobiliser l'équipe mobile de pédopsychiatrie dans les MECS et dans les familles d'accueil, l'EMPP considérant que les jeunes bénéficient déjà d'un suivi en ambulatoire. Les équipes éducatives se retrouvent sans relais soignant et ne peuvent pas apporter de réponse satisfaisante aux jeunes en situation de pré ou post crise. L'équipe mobile de psychiatrie ne répond donc pas aux besoins des MECS dans la prise en charge des crises. Face à ce constat, les échanges au sein des groupes permettent de distinguer qu'au-delà de la définition de crise, la difficulté se situe au niveau des différentes réponses possibles. Lorsque la crise correspond au besoin d'une mise à distance de l'enfant de son établissement, l'hospitalisation, pour les professionnels de la psychiatrie interrogés, n'est pas préconisée, l'enfant ne nécessitant pas de soins intensifs et continus. En l'absence d'autres relais, ces situations mettent les différents intervenants en difficulté avec le sentiment de part et d'autre de ne pas être entendus et de ne pas avoir de solution adaptée à l'enfant lui permettant de s'éloigner du groupe.

2.1.9. Éducation nationale

Différents services interviennent dans tous les champs de la santé mentale : médecine scolaire, éducation spécialisée (unités localisées pour l'inclusion scolaire – ULIS, Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap – AESH…), pôle ASH (Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves en situation de Handicap), RASED (Réseau d'aides spécialisés aux élèves en difficulté). Ils permettent :

- l'orientation des enfants à besoins particuliers (dépistage, information des familles, orientation) ;
- l'accompagnement des familles et des professionnels par l'intermédiaire des psychologues scolaires et des référents ASH (quatre référents pour les troubles DYS, les publics allophones, les troubles autistiques et les troubles du comportement).

Même si cela ne fait pas partie de leurs missions, les professionnels posent parfois un diagnostic. Néanmoins, ils ne font pas de prise en charge mais peuvent assurer un suivi.

Les personnes de l'Éducation nationale interrogées indiquent une augmentation des sollicitations du service pour les élèves à besoins particuliers. Ces sollicitations proviennent d'enseignants pour des élèves présentant des difficultés comportementales souvent sans diagnostic et sans prise en charge. Le repérage peut être difficile, avec une crainte de sur-diagnostic ou de sous-diagnostic, l'intérêt d'échange de pratique est intéressant d'autant plus dans les écoles rurales.

De même que chez les autres professionnels, l'isolement des territoires ruraux est souvent une difficulté pour l'orientation vers des professionnels de santé, la prise en charge (orthophonistes libéraux, places en SESSAD) et le suivi médical des enfants. Les limites territoriales régionales sont aussi une difficulté pour l'académie.

Les professionnels de l'Éducation nationale interrogés signalent que leurs effectifs sont en tension et qu'il manque de moyens matériels alors que les sollicitations sont en augmentation. Par exemple, les psychologues scolaires sont sur-sollicités pour les demandes MDPH ouvrant la voie à l'obtention d'une AESH pour l'élève, au détriment des actions de prévention qu'ils pourraient mener. De plus, même si une AESH est validée, leur recrutement est difficile.

Par ailleurs, il manque des séances d'analyses de la pratique pour les équipes éducatives : ces séances seraient l'occasion d'avoir des outils "d'observation/alerte" qui les aideraient dans le cas d'une prise en charge d'élèves en difficulté. De même, la formation continue des professionnels de santé médico-scolaire et des AVS est jugée insuffisante.

2.1.10. L'accueil des enfants par des assistantes familiales

L'activité de l'assistant familial s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance, un dispositif médico-social ou un service d'accueil familial thérapeutique (article L421-2 CASF).

Les employeurs des assistantes familiales peuvent être les collectivités territoriales ou des associations :

- Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
- Foyers de l'Enfance
- Services de psychiatrie infanto-juvénile
- Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)
- Instituts Médico Educatifs (IME)
- Placements Familiaux Spécialisés (PFS)

Les assistantes familiales de l'Aide sociale à l'enfance peuvent être amenées à accueillir des enfants avec des troubles psychiques, toutefois, elles peuvent être démunies et se retrouver, ainsi que l'enfant, en situation de souffrance. De plus, dans les situations où l'enfant nécessite un éloignement de sa structure d'accueil, bien souvent en situation de crise, de violence, la dernière solution possible est l'accueil chez une assistante familiale. Pour les professionnels interrogés, alors que l'enfant aura mis en échec une équipe, il sera pris en charge par une seule personne souvent non formée à ces problématiques, ces situations ne sont pas, pour eux, satisfaisantes.

Les assistantes familiales qui interviennent auprès d'autres ESMS tel les ITEP pourront avoir une formation complémentaire et un étayage plus important dans l'accueil de ces enfants mais ne pourront être mobilisées que pour les enfants de l'ESMS concerné.

Par ailleurs, certaines assistantes familiales du Cantal ont été formées à l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques notamment les troubles autistiques. Il est nécessaire d'accompagner ces professionnels dans la prise en charge de ce type de public.

2.2. Les populations spécifiques d'enfants

2.2.1. Les enfants suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

D'après les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, le nombre d'enfants suivis augmente. La prise en charge de ces enfants est complexe et fait intervenir le secteur éducatif, pédopsychiatrique et spécialisé. Les enfants peuvent bénéficier d'un suivi de l'aide sociale à l'enfance, d'un suivi au sein d'un établissement médico-social (EMS) et d'un suivi du service de pédopsychiatrie. Malgré des espaces d'échange entre l'ASE, l'EMS, la psychiatrie, des ruptures de prise en charge sont observées. Les réponses apportées à ces enfants qui nécessitent des prises en charge individualisées sont, le plus souvent, collectives. Ce qui n'est pas toujours adapté à leur situation. Il semble que le partenariat déjà présent ne suffise pas. Ces coordinations complexes concernent, souvent, des enfants qui cumulent de nombreuses difficultés relevant de plusieurs institutions et pour qui les solutions sont à construire.

En outre, pour les professionnels rencontrés, le fonctionnement cloisonné des institutions est un frein aux prises en charge. Pour caricaturer, un enfant relevant de l'ASE aura des facilités à accéder aux ressources éducatives et des difficultés à accéder à un suivi sanitaire. Or, les besoins de ces enfants entraînent de multiples interventions assurées par plusieurs secteurs. Les professionnels, par des rencontres régulières, ont l'objectif de ne pas morceler la prise en charge. Toutefois, certains ont le sentiment d'un désengagement de la pédopsychiatrie ou ne comprennent pas son intervention.

Les professionnels de la protection de l'enfance posent également la question de la mutualisation des compétences et du décloisonnement des institutions. Les financements cloisonnés rendent difficile l'intervention du soin dans les structures sociales.

2.2.2. Les enfants dont les parents souffrent d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction

La prise en charge des enfants dont les parents souffrent d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction est particulièrement complexe. Ces situations témoignent du cloisonnement des dispositifs et/ou des institutions. En effet, les dispositifs d'aides sont en direction des troubles du parent et de son autonomie mais ne portent pas d'attention à l'enfant. Les dispositifs n'ont pas pour mission d'aider le parent dans les soins portés à l'enfant.

Le parent peut bénéficier d'un suivi psychiatrique qui n'a pas vocation à être un soutien à la parentalité. Les professionnels interrogés ont exprimé leur divergence d'évaluation dans ces situations, la PMI relève une carence de soins affectifs à l'enfant quand le psychiatre, lui n'identifie pas nécessairement de danger. Les répercussions des troubles psychiatriques des parents auprès des enfants ou des enfants à naître peuvent être difficiles à identifier. Les

échanges entre les professionnels de la PMI et ceux de la psychiatrie existent mais la divergence de leurs missions, les freinent à trouver des solutions communes.

Malgré ces difficultés repérées, une grossesse chez une femme présentant un handicap psychique bénéficiera d'un suivi particulier (si la femme l'accepte). À Aurillac, un travail partenarial est mis en place avec la maternité, le pédiatre et la PMI. Un suivi à la maternité et à domicile, après l'accouchement, est proposé avec l'intervention d'un conseiller en économie sociale familiale ou d'un technicien d'intervention sociale et familiale.

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. Ces troubles font parties des points d'attention des professionnels de la PMI.

Dans certaines situations, l'évaluation de la situation de l'enfant est difficile : par exemple, dans le cas d'addiction des parents ajouté à un contexte de grande détresse sociale. Malgré la multitude d'intervenants possible auprès des adultes, il n'y pas nécessairement de regard porté sur les enfants, ni d'orientation. En outre, le repérage tardif de situations d'addiction à l'alcool chez une femme enceinte a des répercussions sur sa prise en charge et peut entrainer des problématiques de santé chez l'enfant comme par exemple le syndrome d'alcoolisation fœtale.

2.2.3. Les mineurs victimes de violences

Le centre d'information sur les droits de femmes et des familles (CIDFF) expérimente un projet d'accompagnements d'enfants de femmes victimes de violence conjugale. Au-delà de l'accompagnement des enfants, les professionnels de ce dispositif observent un besoin d'accompagnements chez les parents. L'accompagnement individuel des enfants est important mais des accompagnements collectifs sont également nécessaires et il y a peu d'offre sur le territoire.

Certains professionnels repèrent également le besoin de prévention en direction des enfants, bien souvent un dispositif tel que le CIDFF est contacté lorsque la situation « explose » donc tardivement par rapport à la situation de l'enfant.

Le service d'accompagnement spécialisé (SAS) de l'association Accent Jeune est à destination des mineurs victimes de violence sexuelle pour lesquels une enquête pénale est en cours. Cette prise en charge fait partie des mesures d'actions éducative en milieu ouvert (AEMO). Ce dispositif couvre l'ensemble du département et propose un accompagnement éducatif et psychologique (financement pour 39 mesures). La problématique de l'agression sexuelle est au carrefour de la protection de l'enfance et de la santé mentale. L'équipe est formée d'un travailleur social et d'un psychologue. Le psychologue n'intervient pas dans toutes les situations et travaille avec les services de pédopsychiatrie (psychiatre et psychologue). Cet accompagnement nécessite des outils particuliers et une formation spécifique des intervenants. Ces compétences ne peuvent être mobilisées que dans certaines conditions (mandat judiciaire et administratif) et ne sont donc pas accessibles à d'autres partenaires du Cantal tel le centre hospitalier par exemple. Les professionnels interviewés notent le cloisonnement des institutions, le SAS étant un dispositif de protection de l'enfance, il ne peut donc pas répondre aux besoins qui sont en dehors de ce contexte. Par ailleurs, selon eux, ce dispositif nécessiterait la compétence d'un psychiatre.

Les populations migrantes sont abordées dans le paragraphe suivant (cf. paragraphe 4.2.1). Toutefois, des enfants sont également concernés par ces situations. Les enfants de réfugiés, traumatisés, cumulent les difficultés dans les prises en charge scolaire, sanitaire, sociale (allophone, psycho-traumatismes, échanges avec les familles plus difficile…). Une attention particulière est à apporter à cette population perçue en augmentation sur le territoire.

2.3. Le parcours de soins, le parcours de vie : ruptures et continuité

Les principaux acteurs de repérage cités sont les parents, les enseignants, les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, de la PMI ainsi que les médecins généralistes. D'après les professionnels, le repérage est assez efficient.

Même si les parents ont encore peur de la pédopsychiatre, ils souhaitent l'intégration et la réussite scolaire de leur enfant. Les professionnels soulignent des réticences de moins en moins importantes des parents à la prise en charge psychologique de leur enfants, les parents sont généralement en demande de soins et peuvent d'ailleurs être « exigeants » en matière de rapidité d'intervention et de moyens mis en œuvre. De plus, la crainte de se voir imposer des décisions est importante, ils ne veulent pas que les orientations se fassent sans eux. Rassurer les parents sur leur place dans les décisions est un axe important de la prise en charge. L'alliance avec les parents est essentielle dans le suivi et le maintien de soins. Ce point, avancé par quasiment tous les acteurs rencontrés, doit faire l'objet d'une attention particulière.

Compte-tenu du champ couvert pas la santé mentale, les professionnels sociaux, médicosociaux et sanitaires ont beaucoup d'attente face à la pédopsychiatrie. Mais la pédopsychiatrie ne peut pas avoir une multitude d'accueil, spécifique pour chaque trouble. Tous les acteurs doivent être mobilisés pour apporter une réponse qui ne peut qu'être pluridisciplinaires. En effet, une manifestation comportementale d'un trouble psychique relève du soin mais l'enfant doit avoir un projet de vie. On ne peut pas réduire l'enfant à ses troubles de comportements. Pour les plus petits, il faut également apporter du confort dans la prise en charge. Les interventions sont parfois multiples (orthophoniste, psychomotricien, psychologue) et peuvent paraitre « décousues », engendrant des calendriers complexes ne facilitant pas l'intégration à l'école par exemple et pouvant être source d'épuisement pour les parents.

La PMI et l'Éducation Nationale sont des acteurs qui repèrent les carences éducatives, les carences de soins, les troubles du comportement, du sommeil… Quand les pathologies repérées sont de l'ordre de déficiences intellectuelles, de troubles autistiques, cela peut prendre du temps car les parents peuvent avoir des difficultés à admettre le problème de leur enfant mais, la plupart du temps, ils acceptent l'accompagnement et les soins pour leurs enfants. Au contraire, dans le cas de difficultés psycho-sociales, des carences éducatives, affectives, les parents ont de la culpabilité, ayant eux-mêmes, souvent des histoires de vie complexes avec parfois un vécu de maltraitance : l'accompagnement de ces parents s'avère plus difficile.

Au-delà du repérage, est nécessaire la réalisation d'un bilan afin de poser un diagnostic. Le diagnostic ou son absence va influencer la prise en charge de l'enfant. Les professionnels ont échangé sur l'enjeu du sur ou du sous dépistage et de la nécessité ou non de poser ce diagnostic. En l'absence de diagnostic, la prise en charge et l'orientation risquent d'être inadaptées ou inexistantes. Mais l'annonce d'un diagnostic peut être violente pour les

parents, un diagnostic peut être vécu comme stigmatisant pour les familles et compliquer l'inclusion à l'école par exemple. Dans des milieux défavorisés, certains parents ne sont pas nécessairement désireux de connaitre le diagnostic. Par ailleurs, certaines pathologies étant évolutives, un diagnostic pourra être revu dans le temps. Les professionnels préconisent donc d'être prudent lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic et dans l'annonce à la famille.

Par ailleurs, certains professionnels font remonter une demande d'aide des parents pour gérer des enfants posant des problèmes de comportements, d'hyperactivité, de violence. Des professionnels d'institutions (scolaire ou du secteur médicosocial) sont également en recherche d'outils pour accompagner des enfants en difficultés comportementales, en mal-être. Le besoin d'espaces de parole et d'échange est fortement ressenti par les professionnels rencontrés.

Le Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers des Loisirs Intégrés et Régulier (Dahlir) a été cité comme un outil de réhabilitation psychosociale apportant une réponse adaptée aux patients. L'association DAHLIR accompagne les personnes en situation de handicap, de précarité sociale ou atteintes de maladies chroniques dans leurs projets d'activités de loisirs réguliers, en milieu ordinaire. Il s'attache à permettre l'inclusion d'enfants et adultes en situation de handicap (moteur, sensoriel, intellectuel, trouble du comportement…) dans le milieu ordinaire, que ce soit dans les activités sportives, culturelles, bénévoles ou en centre de loisirs.

2.4. Les déterminants de la santé

Les difficultés sociales et éducatives sont identifiées, par les professionnels rencontrés, comme défavorables à l'acquisition des compétences psycho-sociales et peuvent être à l'origine des problématiques de santé mentale rencontrées chez les enfants. Les conditions d'éducation des enfants peuvent jouer négativement sur leur construction psychique. Certains professionnels soulignent également l'impact des carences affectives. A été également évoqué la perte de réseaux familiaux (déménagements, séparations…), la présence de grands-parents, par exemple, pouvait être un soutien important sur lequel des prises en charge sociales et éducatives pouvaient s'appuyer.

Le cadre scolaire est également considéré comme un déterminant de la santé mentale, certains professionnels ont souligné la difficulté de certains enfants à s'adapter à ce cadre et la bienveillance attendue pouvant parfois faire défaut.

Le soutien à la parentalité a été fortement évoqué, toutes les actions favorisant l'étayage des parents, particulièrement des familles monoparentales, les rencontres et les échanges entre parents sont à renforcer. Les professionnels citent souvent des familles "désarmées éducativement" en difficulté avec la multiplicité des dispositifs de prise en charge, sans nécessairement identifier de ressources mobilisables pour répondre à cette problématique.

Les enfants

En résumé

Un grand nombre d'acteurs, présents sur le territoire, se connaissant et travaillant déjà ensemble de manière plus ou moins informelle et bilatérale. Leur organisation actuelle facilite le repérage des situations préoccupantes. Toutefois, la multiplicité des dispositifs existant et leurs faibles interconnexions rendent le parcours en santé mentale difficile pour les familles. Le constat est le même dans le rapport entre professionnels : beaucoup soulignent le besoin de retravailler les partenariats entre la pédopsychiatrie et les opérateurs médico-sociaux.

La faible démographie de professionnels de santé libéraux (pédopsychiatre, orthophonistes…) met en difficulté le parcours des familles à tous les niveaux. Dans ce paysage, les psychologues jouent un rôle central dans le parcours en santé mentale en proposant un premier accompagnement souvent accepté par les familles, permettant de réduire le temps d'attente pour la prise en charge des enfants. Pour pallier aux manques de professionnels sur le territoire, des dispositifs « innovants » ont été imaginés (Maison Pour Apprendre, DAHLIR, Alter'Educ, référent ASH de l'Education Nationale…).

Forces

- Beaucoup d'acteurs impliqués sur enfance et santé mentale.
- Les professionnels se connaissent et sont amenés à travailler ensemble.
- Existence du guichet unique de la Maison Départemental de l'Autonomie pour faciliter l'orientation des familles.
- Mise en place d'une première consultation de psychologue et pédopsychiatrie pour réduire le délai d'attente en pédopsychiatrie.
- Existence d'un accueil d'enfants présentant des troubles psychiatriques au service de pédiatrie du CH d'Aurillac.
- Au CH de Mauriac, travail partenarial facilité par la proximité des bureaux du CMP avec la santé scolaire et la Maison Pour Apprendre (MPA).
- Approche globale de la MPA reconnue comme efficace par les professionnels de l'arrondissement de Mauriac.
- Le parcours des enfants présentant des troubles du spectre autistique ne semble pas poser problème sur le territoire.
- Interventions des psychologues libéraux jugées importantes comme solutions d'attente lors d'une orientation CMPP par l'Education Nationale.
- Possibilité pour le CMPP du Cantal de convention avec les orthophonistes libéraux pour faciliter le suivi.
- Existence d'une équipe mobile éducative pour renforcer l'accompagnement des enfants en pré ou post-crise. Elle travaille régulièrement avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie et les structures médico-sociales.
- L'organisation de l'Education Nationale permet un repérage et une orientation des enfants en difficultés. De même de nombreuses solutions d'accompagnement et d'inclusion scolaire sont proposées.
- L'association DAHLIR est un bon outil de réhabilitation psychosociale dans le droit commun.

- Existence de formations et d'étayage plus important pour des assistantes familiales intervenant en soutien des ITEP.
- Proposition d'un suivi particulier pour les femmes enceintes présentant un handicap psychique en pré et post-partum.
- Dépistage par les professionnels PMI de la dépression périnatale.
- Accompagnement psycho-éducatif des enfants de femmes victimes de violences conjugales.
- Existence d'une expertise chez Accent Jeunes SAS pour la prise en charge de mineurs victimes de violence sexuelle.
- Le réseau de repérage (PMI, Educ. Nat.,...) des troubles en santé mentale chez les enfants et jeunes enfants semble efficient.
- Acceptation par les familles d'une prise en charge psychologique de leurs enfants.

Faiblesses

- Existence d'échanges bilatéraux entre professionnels mais manque d'espaces de concertation pluri-professionnels.
- La multiplicité des dispositifs existant et leurs faibles interconnexions rendent le parcours en santé mentale difficile pour les familles.
- L'existence d'une méfiance institutionnelle de certains parents vis-à-vis de la PMI peut être un frein à l'accompagnement qu'elle propose.
- Manque de famille d'accueil dans le Cantal.
- Délais d'attente pour les consultations en pédopsychiatrie et CMPP jugés trop long par les personnes interrogées en plus de l'absence de prise en charge financière des transports.
- Démographie des orthophonistes, pédopsychiatres, libéraux et salariés très insuffisantes sur tout le département.
- L'absence de relais libéraux pour le suivi sature la file active des CMPP.
- L'absence de prise en charge financière des éducateurs, psychomotriciens, et psychologue libéraux est un frein à la sortie des CMPP.
- Pas d'intervention de l'équipe mobile de psychiatrie le week-end.
- Manque de clarification sur les modalités de mobilisation de l'équipe mobile de pédopsychiatrie par les structures médico-sociales.
- Différence de points de vus dans la gestion de la crise entre les équipes médico-sociales et sanitaires dommageable à la prise en charge des publics.
- Certains effectifs de l'Éducation nationale sont en tension (AESH, médecin scolaire, enseignants spécialisés…)
- Les territoires ruraux restent isolés, encore plus quand ils sont aux limites régionales.
- La formation continue des professionnels ainsi que les propositions d'analyse / partage des pratiques sont jugés insuffisantes.
- Problématique de l'orientation par une équipe de structure éducative vers une assistante familiale, souvent non formée, d'enfant en crise devenu ingérable.
- Le cloisonnement des institutions ne facilite pas les échanges entre l'ASE, les structures médico-sociales et la psychiatrie entrainant des freins à la prise en charge.
- La prise en charge de parents souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction ne porte pas assez attention à l'enfant.

- Le diagnostic local partagé n'a pas recensé de dispositif d'accompagnement spécifique aux enfants réfugiés traumatisés.

Opportunités

- Mettre en place des temps d'échanges pluri-professionnels pour avoir une vision complète des dispositifs présents.
- Développer et mieux informer de l'existence de la première consultation de psychologue en pédopsychiatrie pour réduire le sentiment d'attentes des familles et des professionnels, et ainsi éviter les risques de rupture de parcours.
- Développer la pratique de la remédiation cognitive en complémentarité des prises en charge proposées.
- Accompagner les CMPP dans leur dynamique d'évolution au regard du nouveau cahier des charges régional et des attentes du territoire.
- Retravailler de manière formelle les modalités de travail en commun des équipes mobiles éducatives et pédopsychiatriques.
- Développer la formation et l'accompagnement des assistants familiaux sur la gestion de crise avec un étayage renforcé des structures demandeuses d'aide.
- Décloisonner les institutions et mutualiser les compétences entre le sanitaire, le social et le médico-social.
- Développer le soutien à la parentalité des parents ayant des problématiques de santé mentale.
- Développer le soutien à la parentalité des parents d'enfants à problématique de santé mentale et les intégrer au mieux dans la prise en charge et le suivi du parcours en santé de leur enfant.

3. Les adolescents, les jeunes adultes

Structures présentes dans les entretiens collectifs et individuels (Saint-Flour, Mauriac ou Aurillac) :

MDA, Conseil départemental Cantal
PMI, Conseil départemental Cantal
Anpaa 15
APT 15
Chef de pôle pédopsychiatrie, CH Henri Mondor
CMPP/Sessad ADSEA
ASE, Conseil départemental Cantal
ITEP, ADSEA
Maison des adolescents, CH Henri Mondor
CPEF, CH Henri Mondor
Les Escloses, Sessad Pays de Mauriac, ADSEA
Centre social Saint-Flour
Mission Locale
Prévention spécialisée Accent jeunes
Association des psychologues du Cantal
Cabinet libéral de médecin généraliste

Professions présentes
Assistante sociale
Éducateur spécialisé
Psychologue
Puéricultrice, PMI
Pédopsychiatre
Animatrice prévention
Médecin addictologue
Sage-femme
Infirmière puéricultrice
Chef de service
Directeur
Infirmière,
Animatrice
Directeur
Référente santé
Responsable de secteur

3.1. D'autres ressources auprès des adolescents

Les ressources présentées dans le chapitre "enfants" interviennent également au niveau des adolescents. Elles ne sont pas reprises ici. Ainsi, comme cela a été évoqué, les professionnels rencontrés signalent un besoin important de coordination et d'articulation entre les différents acteurs (sociaux, médicosociaux, sanitaires, scolaires, famille…) impliqués dans la prise en charge pluridisciplinaire des adolescents. Ils soulignent également la nécessité de formaliser, d'institutionnaliser ces partenariats et de mutualiser les ressources médicales entre établissements (médecin coordonnateur, psychiatre…).

3.1.1. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste, alors qu'il est sollicité régulièrement pour les enfants dans le cadre des consultations obligatoires ou conseillées, l'est moins pour les adolescents. Certains médecins généralistes rencontrés regrettent de ne pas avoir davantage de temps à consacrer aux jeunes. Ils estiment qu'une consultation spécifique orientée sur l'écoute pourrait être positive pour améliorer le dépistage de certains troubles et offrirait un lieu d'écoute supplémentaire aux adolescents.

3.1.2. La maison des adolescents (MDA)

La maison des ados est rattachée au centre hospitalier d'Aurillac. Les professionnels interviennent dans les collèges et lycées pour des actions de prévention. La maison des ados est un lieu d'écoute et de dépistage pour les jeunes. Deux antennes existent, l'une à Saint-Flour (présence d'un éducateur) et l'autre à Mauriac (présence d'un psychologue), l'accueil étant sans rendez-vous lors de ces permanences. En l'absence de psychologue à Saint-Flour la Maison des adolescents (MDA) ne répond plus, selon certains professionnels, à son rôle d'écoute. Même dans un système où les ressources sont réduites, il apparaît intéressant, pour les professionnels interrogés, de multiplier les possibilités de rencontres avec ce public d'adolescents.

Actuellement, l'accueil à la MDA se fait sans, ou avec rendez-vous sur Aurillac et Saint-Flour et uniquement sur rendez-vous à Mauriac. Les orientations sont majoritairement réalisées par les infirmières scolaires, l'urgence de la situation est évaluée au cours du premier rendez-vous avec un éducateur ou une psychologue. À Aurillac, le rendez-vous peut se dérouler dans la semaine qui suit le premier contact. Les dossiers sont discutés avec un pédopsychiatre ce qui permet le dépistage de situations qui nécessitent une orientation en pédopsychiatrie. Le rôle de la MDA n'est pas suffisamment lisible pour certains professionnels présents, le rôle comme porte d'entrée dans les soins étant également interrogé.

À Mauriac, l'orientation des jeunes entre la MDA, le CMP, les consultations jeunes consommateurs semblent opérationnelles.

3.1.3. Les missions locales

Les missions locales présentes dans les trois arrondissements sont des lieux privilégiés d'accueil des jeunes. Elles proposent la possibilité de rencontrer un psychologue. La psychologue ne met pas en place de suivi psychologique mais peut intervenir, à plusieurs reprises, pour aider le jeune à passer un cap difficile et ainsi faciliter les orientations. La population cible des missions locales constituées de jeunes de 16 à 25 ans est variée, toutefois, globalement, les jeunes rencontrés, qui ne sont plus scolarisés, cumulent les difficultés et se mobilisent difficilement sur un projet professionnel ou de soins.

Une rencontre avec le psychologue est régulièrement proposée et représente un lieu pour faire part de leur mal-être et de leurs questionnements. Les freins à accepter une consultation avec un psychologue sont nombreux : ils ne sont pas fous, n'ont pas de problème, ont un mauvais souvenir de prises en charge antérieures, estiment que ce type de consultations ne sert à rien. En fonction des situations, les réponses proposées ne sont donc pas toujours sanitaires. Les dimensions travaillées avec les jeunes concernent les compétences psychosociales, l'estime de soi en orientant vers des professionnels tels esthéticiennes ou sophrologues. Les missions locales sont amenées à recevoir des jeunes en mal-être non suivis et non accompagnés. Leur rôle est majeur dans l'information, le dépistage et l'orientation.

3.1.4. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) (cf. paragraphe 1.5.1)

Trois lieux sont accessibles pour les consultations CJC : Aurillac, Saint-Flour et Mauriac. Les professionnels des CJC cherchent à comprendre la nature des difficultés du jeune, favorisent l'alliance thérapeutique avec le jeune afin de répondre de manière individuelle aux difficultés qu'il rencontre. Les CJC du Cantal sont sous-utilisées par les jeunes, il y a peu d'orientations alors que les consommations de toxiques peuvent marquer un trouble non repéré. La consommation de produits psychoactifs représente une solution pour être moins mal, pour lutter contre l'anxiété, l'angoisse, les troubles du sommeil. Un déficit dans l'orientation des jeunes vers les CJC est ainsi indiqué.

Les trois quart des jeunes qui acceptent ces consultations le font souvent dans le cadre de contraintes. Ce contexte fait que le tiers à l'origine de l'orientation souhaite avoir un retour sur ces consultations (participation du jeune, adhésion, évolution du jeune), mais les professionnels intervenant dans la CJC ne sont pas en mesure de leur communiquer ces

éléments en raison du secret professionnel. Le secret professionnel, partagé ou non, est encore source d'incompréhension et de débat entre acteurs.

Par ailleurs, l'absence de demande du jeune oriente donc le type d'accompagnement possible : la phase de mise en confiance est longue et le jeune ne travaillera que ce qu'il souhaite faire.

3.1.5. Le service de psychiatrie, le CMP

Les jeunes ont des *a priori* négatifs sur le CMP, ils ne veulent pas s'y rendre et préfèreront la maison des ados qui, pour eux, est moins connotée « psychiatrie ». Les délais d'accès au psychiatre du CMP ou en service d'hospitalisations jugés trop longs, peuvent amener des professionnels à ne pas orienter vers ces structures. De plus, le temps acceptable pour un jeune et pour une équipe de pédopsychiatrie n'est pas le même.

Actuellement, à Aurillac ou à Saint-Flour, un jeune nécessitant une hospitalisation d'urgence ou ponctuelle est hospitalisé en pédiatrie ou en psychiatrie adulte selon le type de problème, aucune de ces deux propositions n'étant adaptée aux yeux des professionnels interrogés. Cette situation peut se révéler néfaste pour l'adhésion du jeune à son suivi et pour la perception qu'il a de la psychiatrie. Même si les professionnels de la pédopsychiatrie viennent en appui à l'équipe adulte pour ces adolescents, la psychiatrie adulte est en difficulté pour accueillir ces jeunes.

En direction des jeunes, il existe une unité d'hospitalisation de semaine de dix lits (Les Glycines) pour les enfants ou les adolescents ayant des troubles graves des conduites avec troubles émotionnels anxieux ou dépressifs associés, des troubles affectifs débutants. Le délai d'attente pour l'accès à cette unité d'hospitalisation est jugé long pour les professionnels sociaux et médico-sociaux. Ces professionnels ne sont pas sécurisés dans l'attente de l'hospitalisation. Ils ont l'impression de ne pas apporter l'aide nécessaire requise par le jeune. Il y a également beaucoup de demandes d'hospitalisation de jour, il semble d'ailleurs possible de demander des hospitalisations de jour à l'unité Les Glycines. Cela permettrait ainsi un accès à une évaluation, en hôpital de jour, plus rapide. Ces hospitalisations de semaine concernent des jeunes qui bénéficient de suivis éducatifs et thérapeutiques ainsi que d'une scolarisation à temps partiel.

3.2. Les populations spécifiques

3.2.1. Les jeunes pris en charge en institution

Pour un certain nombre de jeunes, la prise en charge a débuté dans leur enfance. Pour ces jeunes, le dépistage, le diagnostic et la mise en place d'une orientation ont été réalisées. Ils sont, bien souvent, passés par de nombreux dispositifs depuis le dépistage de leurs troubles et « *galèrent* » depuis longtemps.

L'adolescence est une période complexe et les établissements doivent s'adapter à l'évolution du jeune. Une prise en charge, jusque-là adaptée, peut se mettre à moins bien fonctionner à l'adolescence ; d'autres troubles peuvent apparaître ou des troubles réapparaitre. L'adolescence est la période où les situations *« explosent »* dans les établissements. De l'avis des personnes rencontrées, les situations de crise sont nombreuses et épuisantes pour les équipes.

De plus, le rapport du jeune au milieu soignant va évoluer, le jeune, responsabilisé dans sa prise en charge, peut souhaiter mettre un terme à son suivi. La création d'une alliance thérapeutique entre le jeune et l'équipe soignante est souvent fragile mais indispensable.

Les ESMS, accueillant des adolescents, rencontrés signalent la nécessité de proposer des accompagnements individualisés, souples et évolutifs. Le dispositif ITEP (Ditep)[12] permet de développer des accompagnements séquencés. Pour les professionnels rencontrés, la vie en collectivité est quasiment considérée comme une contre-indication pour les enfants qui ont des troubles du comportement, les jeunes « saturant » de vivre en collectivité. Les professionnels doivent permettre à l'accompagnement d'être supportable par l'enfant ce qui nécessite des prises en charge croisées. Le Ditep a permis de proposer ce type d'accompagnement et d'être au plus près des besoins des jeunes. De même, des prises en charge hors les murs sont souhaitées. Situation dans lesquelles, les enfants peuvent être confrontés à des problèmes d'intégration. Vivre leur différence peut être difficile.

3.2.2. Jeunes présentant de troubles émergents à l'adolescence

Pour les professionnels rencontrés, le repérage des troubles du comportement et des troubles psychiques est moins efficient que chez les enfants et la sensibilisation ainsi que la formation au dépistage des troubles psychiques émergents à l'adolescence sont insuffisantes. Selon les professionnels interrogés, à l'adolescence les troubles du comportement sont davantage perçus comme de « l'agitation » sans nécessité d'investigation supplémentaire, alors que dans le cadre de l'enfance, ces troubles vont faire l'objet d'un suivi médico-social. Cela correspond également aux particularités des troubles de santé mentale à cet âge et aux caractéristiques de l'adolescence avec des difficultés à consulter et un possible repli sur soi. Les manifestations comportementales chez le jeune peuvent donc être dépistées plus tardivement.

Selon les professionnels rencontrés, le repérage de troubles ou de souffrance psychique survenant à l'adolescence se fait, souvent, suite à la survenue d'une crise. Les jeunes sont ainsi orientés vers les urgences pour des troubles anxieux ou dépressifs sévères, des tentatives de suicide, des épisodes psychotiques aigus, une prise de toxique…

Pour les familles, les premières manifestations de la maladie sont difficiles à repérer et à interpréter, ces situations génèrent de l'anxiété chez le jeune et chez son entourage. Le jeune concerné ainsi que sa famille se trouvent dans une situation de souffrance importante, sans savoir où s'adresser, ni quelle attitude adopté. L'errance de ces familles est accentuée dans les zones présentant moins de ressources et pour les familles les moins bien informées.

Parmi ces jeunes en souffrance psychique, ceux qui sont ni scolarisé, ni en formation, sans emploi sont dans des situations très fragiles et sont difficilement repérables par les dispositifs existants. Par ailleurs, ces jeunes se montrent très réticents à entrer dans des suivis.

La dépression et le suicide sont des thématiques importantes chez l'adolescent. Chez les 15-24 ans, le suicide est la deuxième cause de décès après les accidents de la route. Les équipes des ESMS sont confrontées à des crises suicidaires de leurs résidents. L'évaluation

[12] Le fonctionnement en DITEP est prévu par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Il a pour objectif de proposer des modalités d'accueil et de scolarisation adaptées aux besoins évolutifs des jeunes.

de la crise suicidaire et sa prise en charge sont complexes. Les équipes éducatives et les services d'urgence ne font pas la même évaluation des situations ce qui génèrent des incompréhensions dans la prise en charge : les équipes éducatives ont l'impression que leur avis n'est pas pris en considération et qu'il leur est demandé un accompagnement qu'elles ne sont pas toujours en mesure d'assurer. Par exemple, il est cité le cas d'un jeune en crise suicidaire repérée par l'équipe éducative, accompagné vers les urgences et pris en charge. Alors que l'équipe éducative jugeait son cas préoccupant et attendait un suivi, la permanence de psychiatrie n'a pas jugé la surveillance de ce jeune nécessaire sans donner plus d'explications : le jeune a été renvoyé chez lui. Une communication plus importante des services de psychiatrie sur la prise en charge proposée aux jeunes pourrait apaiser les relations.

Pour une prise en charge spécialisée, ces jeunes seront orientés vers Clermont-Ferrand où un service spécifique est présent. En fonction des places disponibles, l'hospitalisation est possible ou non. Le suivi ambulatoire se fait par l'équipe pédopsychiatrique d'Aurillac.

3.2.3. Le manque d'une unité d'hospitalisation pour adolescent

Il y a, de la part des professionnels rencontrés, une forte demande d'avoir une unité d'hospitalisation pour adolescent, passerelle entre l'unité de pédopsychiatrie et l'unité de psychiatrie adulte. Les adolescents sont, en fonction de la situation, hospitalisés en service pédiatrie ou en psychiatrie adulte. L'hospitalisation d'un jeune en psychiatrie adulte, pouvant être traumatisante, n'est pas une décision aisée à prendre.

À Saint-Flour, le CMP est le pivot de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. Si une hospitalisation est nécessaire, la décision passera par le CMP. Pour les adolescents ou enfants de l'arrondissement de Mauriac, l'hospitalisation de jour est rendue compliquée par la durée du transport (quatre heures de transports).

Les adolescents doivent avoir confiance en leur thérapeute mais il semble également essentiel d'impliquer les parents dans la prise en charge, voire d'aller jusqu'à la thérapie familiale. La maison des adolescents proposait des rendez-vous avec les parents et la psychologue. Selon les professionnels, les thérapies familiales donnaient des résultats intéressants mais n'ont plus été proposées en raison d'une file active trop importante. Il semblerait intéressant de former les professionnels et les psychologues pour qu'ils impliquent davantage les parents dans les bilans et suivis des enfants.

Des ressources alternatives, comme par exemple des interventions d'éducateurs spécialisés libéraux (cf. paragraphe 2.2.3) ou bien encore une équipe mobile de psychiatrie qui se déplace en prévention ou en post-crise (cf. paragraphe 2.1.8.2), pourraient être des orientations intéressantes en complément des consultations psychiatriques.

Les jeunes présentent certaines pathologies spécifiques qui apparaissent à l'adolescence : anorexie, troubles des conduites alimentaires, phobies scolaires… Or, les structures présentes dans le Cantal sont majoritairement généralistes en termes de soins. La prise en charge de ces pathologies n'est pas habituelle et les équipes, selon les professionnels rencontrés, ne sont pas suffisamment formées, ces jeunes sont alors orientés vers Clermont-Ferrand ou Toulouse ce qui les éloignent des familles et peut rendre complexe le suivi de la prise en charge. Les acteurs de la psychiatrie soulignent le besoin d'expertise en matière de clinique adolescente.

3.2.4. L'arrêt des accompagnements à 16 ou 18 ans

Le passage à la majorité est source de rupture de prise en charge pour les jeunes. Les relais entre les dispositifs destinés aux mineurs et les dispositifs adultes sont rarement en place. À 18 ans, les jeunes deviennent complétement autonomes pour leurs soins, malgré l'accompagnement réalisé par les équipes éducatives et/ou sanitaire, des arrêts de soins sont régulièrement observés. Par ailleurs, la saturation des services fait qu'il est difficile d'anticiper le passage de relais tel le CMPP vers la psychiatrie adulte par exemple. Mais au-delà du manque de fluidité dans le parcours, pour certains professionnels, le *« jeune majeur devient invisible* » et le remettre dans un parcours de droit commun peut être violent pour des jeunes en situation fragile.

Il existe un risque important de perdre de vue des jeunes entre 16 et 18 ans, par exemple entre la sortie d'IME/ITEP et les solutions/placements possibles à envisager après. Pour les équipes des ESMS, une attention particulière est, d'ores et déjà, portée à l'accompagnent du jeune dans la préparation de sa sortie de l'établissement. Il est primordial d'anticiper cette étape afin d'éviter les ruptures de parcours. En outre, la MDPH dispose d'une équipe spécifique pluridisciplinaire où les situations des jeunes de 15-25 ans sont étudiées de façon approfondie afin d'envisager toutes les possibilités d'orientation vers les structures adaptées et avec l'objectif de suivre et d'éviter les perdus de vue.

D'autres types de rupture ont été évoqués. L'équipe mobile autisme relève des situations où les jeunes ont connu un arrêt brutal de la prise en charge entre 18 et 20 ans. L'anticipation et la préparation des relais sont difficiles. Ces ruptures peuvent être à l'origine d'addiction ou de marginalité. La fin de suivi par l'ASE à 18 ans en l'absence de contrat jeune majeur est également source de rupture de parcours. Ces jeunes disparaissent pour réapparaitre des années plus tard dans divers dispositifs et services d'aides.

Certains parmi ces jeunes en rupture s'adresseront aux missions locales, l'enjeu sera de les repérer et d'adapter l'accompagnement. L'intervention des missions locales est plus complexe, les réponses en termes de santé mentale et d'accompagnement à l'emploi sont plus difficiles à mobiliser. Renforcer le travail déjà réalisé autour du jeune avec la MDPH est nécessaire pour proposer des solutions.

3.2.5. La crise : des situations de violence

L'adolescence est une période où les excès de violence sont réguliers. Les MECS, les ESMS sont confrontés quasi quotidiennement aux mécanismes de violence chez les jeunes. Face à ces situations qui peuvent être d'origine variées, les professionnels signalent que les réponses à leur disposition sont soit une hospitalisation en service psychiatrique, soit rester dans l'établissement de vie (MECS, IME ou ITEP). Pour le jeune et les équipes, aucune de ces solutions n'est satisfaisante. Pour les professionnels, des réponses autres que psychiatriques devraient être envisagées. Le besoin d'avoir un établissement d'hébergement, en alternative à l'hospitalisation, ouvert en continu (24 heures sur 24 et sept jours sur sept) qui permettrait d'accueillir temporairement les jeunes en situation d'urgence est exprimé par les professionnels. Ce lieu d'apaisement, détaché des institutions et doté d'éducateurs, de psychologues, d'infirmières, de médecins, permettrait de soulager le jeune ainsi que les parents ou les aidants professionnels (les établissements et les familles d'accueil). Ce type d'accueil pourrait être sollicité en prévention d'une crise afin d'extraire ponctuellement le jeune du collectif.

Il est, actuellement, possible d'orienter un jeune vers un établissement d'accueil temporaire d'urgence en Lozère (Marvejols, La Maison des sources). Par ailleurs, les établissements peuvent être sollicités pour accueillir « rapidement » un jeune mais cela nécessite quelques jours de préparation.

Comme évoqué précédemment, l'équipe mobile pédopsychiatrique n'intervient pas dans les situations de crise, alors que les équipes de MECS ont une attente importante de soutien dans les situations de crise.

Les IME et ITEP, mais également les autres acteurs, ont abordé les risques de rupture de prise en charge des jeunes les week-ends et les vacances scolaires. Un jeune, suivi par des équipes éducatives et/ou sanitaires en semaine, se retrouve dans son milieu familial, en MECS, ou en familles d'accueil les week-ends et vacances scolaires sans possibilités d'accès à des professionnels ressources en cas d'urgence ou de difficultés.

3.2.6. Déscolarisation, difficultés d'insertion et d'emploi

Pour les jeunes ayant une problématique de santé mentale, la déscolarisation engendre souvent une fragilité psychique supplémentaire. Par ailleurs, lorsqu'ils ne sont plus scolarisés, les jeunes doivent construire un projet préprofessionnel et rencontrent de grandes difficultés à se mobiliser sur un projet et ne sont pas prêts pour le milieu semi-professionnel.

Les professionnels rencontrés indiquent une évolution du public accueilli en ITEP ces dernières années. Les ITEP dispensaient des formations professionnelles (CAP) ce qui permettait à certains jeunes une insertion sur le marché du travail. Désormais, les jeunes orientés en ITEP ont des troubles plus marqués et ont plus de difficultés à suivre un apprentissage. Leur orientation professionnelle est compliquée et l'offre en milieu ordinaire, de stage ou d'emploi est très faible et pas toujours adaptée. Pour certains jeunes, l'orientation en IME ou IMPro est proposée mais cette option est parfois difficile à accepter par les parents.

Il est également signalé par les professionnels rencontrés un manque de places en Établissement et service d'aide par le travail ESAT à Aurillac, par ailleurs, les jeunes issus de l'ITEP ne relèvent pas tous de l'ESAT.

3.3. La prévention

3.3.1. Les représentations et la stigmatisation

Les professionnels rencontrés dans les groupes soulignent l'importance des représentations qu'a la population générale de la santé mentale, de la souffrance psychique et des pathologies psychiatriques. Ces représentations, souvent négatives et/ou caricaturées, semblent constituer un frein important pour le repérage des troubles, l'engagement des soins ou encore l'inclusion chez les jeunes.

Un grand nombre de professionnels interrogés pensent que tous les acteurs peuvent contribuer aux changements de ces représentations : population et professionnels. Il semble essentiel, en matière de prévention, de préciser que la santé mentale ne concerne pas uniquement les pathologies psychiatriques.

Pour les enfants, la stigmatisation ne semble pas représenter un frein trop important qui empêcherait les parents d'aller vers le soin. En revanche, chez les adolescents, la crainte du

diagnostic subsiste. À l'adolescence, le jeune est confronté à la problématique de construction de son identité, avec un besoin important de s'identifier à ses pairs, de s'intégrer dans la communauté et d'être comme tout le monde. Il peut refuser la consultation et le suivi pour ne pas être stigmatisé. Les professionnels des Missions locales ont illustré l'intérêt d'être régulièrement en contact avec les jeunes pour faciliter l'orientation vers les psychologues si besoin.

3.3.2. L'information et l'écoute

Des projets portés par l'Éducation Nationale et des opérateurs associatifs se déploient pour travailler le développement des compétences psychosociales [13]. Il est important de renforcer les compétences des jeunes et de leurs parents pour qu'ils puissent faire une démarche de soins quand ils en ont besoin.

Des actions de prévention collectives sont réalisées par l'ANPAA, les Missions locales, APT/OPPELIA, l'Éducation Nationale, etc… pour favoriser l'identification par les jeunes de leurs propres ressources et des ressources présentes dans leur environnement : sportif, amical, scolaire..., dans une logique d'éducation pour la santé[14].

Il semble essentiel, pour les professionnels interrogés, d'informer au maximum les jeunes, quelle que soit leur situation scolaire (décrocheurs ou pas) et de leur communiquer des contacts de personnes ressources vers qui se tourner pour parler et pour identifier un possible mal être. Les jeunes doivent aussi avoir conscience qu'ils sont relais d'information entre eux.

Les jeunes ont besoin de pouvoir être accueillis, écoutés et d'exprimer ce qui les fait souffrir à quelqu'un qui a cette capacité d'écoute, sans que cela ne relève forcément du soin. Cette première étape d'écoute, dans les cas de mal-être lié à l'adolescence, peut éviter que certaines situations ne se dégradent. À titre d'illustration, le suivi d'un jeune sur quelques mois par la Mission locale ou la Maison des adolescents peut suffire pour passer un cap difficile lié à une séparation amoureuse, à une recherche d'emploi complexe, la peur des examens, des problèmes familiaux, le divorce des parents, les tiraillements entre les parents ou la maladie/décès… Il est important d'apprendre aux jeunes à gérer leur stress, leurs angoisses. Les jeunes au collège ou au lycée ont besoin de repères, de soutien, ils ont peu de lieu où ils peuvent se raconter dans un cadre neutre.

3.3.3. L'accompagnement à la parentalité

L'accompagnement à la parentalité doit être amélioré, en particulier pour les familles monoparentales et les familles vulnérables (isolées, précaires). Les parents doivent eux-aussi être mis en compétence pour accompagner leur adolescent. En plus des aides financières, face à l'adolescent qui va mal, les parents sont en attente d'aide dans l'éducation de leur jeune et ils expriment un besoin d'accompagnement pour aller vers les soins psychologiques et psychiatriques, par méconnaissance de ce qui existe.

---

[13] *OMS 1993 : « Capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social.*

[14] L'OMS 1998 : « *L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés* »

Les adolescents

En résumé

Les professionnels éducatifs sont présents sur tout le territoire et bien impliqués dans le suivi et le repérage des problématiques de santé mentale chez les adolescents et les jeunes. Ils se heurtent toutefois au manque de relais médicaux et paramédicaux pour prévenir la crise, voire la prendre en charge. Comme pour les autres groupes populationnels, les psychologues peuvent pallier temporairement à cette absence.
Dans cette période de la vie complexe pour le parcours en santé mentale, l'accompagnement des familles est ressorti comme centrale lors des entretiens avec les professionnels. De même que le besoin de formaliser d'avantage les partenariats inter-structure et de mutualiser les ressources existantes. Ils soulignent aussi unanimement, que le manque de lits d'hospitalisation spécifiques ados / jeunes et l'absence de relais sanitaire les week-ends est un point très négatif du parcours en santé mentale.

Forces

- Existence d'accompagnement d'un psychologue dans les deux Missions Locales du département : elles touchent un grand nombre de jeunes en difficultés sur tout le département.
- Existence de ressources alternatives à la prise en charge proposant une prévention primaire et secondaire en santé mentale pouvant éviter la survenue de crise. Toutefois ces ressources restent fragiles (financement, reconnaissance institutionnelle…).
- Mobilisation de l'équipe professionnelle des ESMS dans la préparation des jeunes à leur sortie de l'établissement.
- Existence au sein de la MDPH d'une équipe spécifique pluridisciplinaire pour accompagner les situations complexes des jeunes de 15-25 ans.

Faiblesses

- Le manque de professionnels médicaux et paramédicaux mobilisables auprès des adolescents dans les établissements est un frein à l'écoute des problématiques de ce public.
- Manque de lisibilité du rôle de la Maison des Adolescents pour certains professionnels médico-sociaux et associatifs.
- Sous-utilisation des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) par les jeunes.
- Le secret professionnel est souvent un frein à une demande de coordination de prise en charge du patient.
- Vision négative du CMP par les jeunes ajoutée à des délais d'accès jugés trop longs.
- Pas d'unité d'hospitalisation adaptée pour les jeunes entre la pédiatrie et la psychiatrie adulte et un CMP fermé le week-end.
- Le repérage des troubles du comportement et des troubles psychiques émergents est moins efficient que chez les enfants : la spécificité des comportements liés à l'adolescence minimise souvent les troubles.
- Errance de diagnostic/suivi des parents et adolescents avec des problématiques de santé mentale.

- Points de vue divergents sur la gestion de la crise suicidaire entre le sanitaire et le médico-social.
- Pour les jeunes en difficulté sur Mauriac, nécessité de se déplacer vers Aurillac.
- Arrêt des thérapies familiales du fait d'une file active trop importante alors que les résultats étaient positifs.
- Les saturations des services de psychiatrie ados et adultes rendent difficile l'anticipation du passage de relais entre les services.
- Des ruptures de parcours sont observées chez les patients au passage de la majorité entre 18 et 20 ans, pendant les week-ends et lors des vacances scolaires.
- Il n'existe pas de solutions satisfaisantes à la gestion des crises violentes.
- Difficulté d'insertion vers l'emploi des publics ayant des handicaps mentaux ou des pathologies psychiatriques lourdes.

Opportunités :

- Développer la coordination et l'articulation entre les différents acteurs (sociaux, médicosociaux, sanitaires, scolaires, familles…).
- Formaliser les partenariats inter-structures et mutualiser les ressources médicales entre les établissements.
- Mettre en place une consultation spécifique des médecins généralistes avec les adolescents orientée sur l'écoute pour améliorer le dépistage de certains troubles et proposer un lieu d'écoute supplémentaire.
- Développer les espaces de parole neutre pour les adolescents ainsi que les centres ressources d'informations anonyme et gratuit.
- Les Missions locales peuvent jouer un rôle important dans le dépistage et l'orientation de jeunes avec des problématiques de santé mentale.
- Proposer aux adolescents et aux jeunes adultes un accompagnement individualisé, souple et évolutif pour garantir une meilleure adhésion.
- Développer la sensibilisation et la formation au dépistage des troubles psychiques émergent à l'adolescence.
- Communiquer d'avantage auprès des parents et des professionnels sur la prise en charge proposée par les services de psychiatrie aux jeunes en difficulté.
- Organiser une prise en charge des adolescents / jeunes en difficulté dans un service spécifique ouvert 7jrs/7.
- Développer les thérapies familiales.
- Développer l'expertise des acteurs de la psychiatrie en clinique de l'adolescent.
- Proposer un établissement d'hébergement, en alternative à l'hospitalisation, ouvert en continu (24h/24h, 7j/7) pour accueillir temporairement les jeunes en situation de crise psychique.
- Développer l'information de la population sur la santé mentale pour améliorer leurs représentations.
- Accompagner les parents en difficulté en particulier les familles monoparentales et les familles vulnérables (isolées, précaires…).
- Existence de projets de développement des compétences psychosociales des jeunes sur le département.

4. Les adultes

Structures présentes dans les entretiens collectifs et individuels (Saint-Flour, Mauriac ou Aurillac) :
UNAFAM
UDAF 15
Action sociale, Conseil départemental Cantal
MDA, Conseil départemental Cantal
CADA Forum Réfugiés
MSD Mauriac, Conseil départemental Cantal
CH Aurillac, Mauriac et St Flour
ANEF 15
CIDFF 15
APT 15
GEM, UDAF 15
Association des psychologues du Cantal
MFR Saint-Flour
ESAT Adapei
Résidence Bos Darnis, ADSEA
Association soleil 365, UDAF
CMPP/Sessad ADSEA
ESAT, FH, SAVS Anjoigny, ADSEA
Cantal Habitat
ACAP Olmet
ANPAA 15
FAM Jacques Mondain Monval
Centre les Bruyères
Samsah Adapei
IME Les Escloses, Sessad Pays de Mauriac, ADSEA
CCAS Saint-Flour
Centre de réadaptation de Maurs
Cabinet libéral de médecin généraliste
AFAPCA

Professions présentes
Représentant usagers
Usager/Parent d'usager
Directeur
Chef de service
Référente appui technique
Assistante sociale
Chargée d'accompagnement
Psychiatre
Psychologue
Animatrice coordinatrice GEM
Directrice des soins
Coordinatrice pôle sanitaire et social
Présidente Association
Psychiatre
Neuropsychologue
Infirmière
Éducateur spécialisé
Déléguée mandataire

4.1. Les ressources abordées par les personnes interviewées

Les ressources abordées par les professionnels pour la prise en charge « Adultes » de la santé mentale sont les acteurs de la psychiatrie (hôpital ou ambulatoire), les professionnels hospitaliers (service d'urgences, services MCO), les professionnels libéraux (médecin généralistes, psychologues, infirmiers), les ESMS (Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Maison d'accueil spécialisée (MAS), Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)…), les acteurs sociaux (assistante sociale de secteur ou d'établissements ou d'association), les associations tutélaires, les associations d'usagers, l'aide à domicile…

Les assistants sociaux de secteur et les mandataires judiciaires sont repérés comme les « derniers » acteurs à pouvoir aller à domicile et être en contact avec les personnes qui vont refuser les soins.

4.1.1. Le service de psychiatrie, le CMP

L'accompagnement de la personne aux soins est primordial et peut être plus ou moins complexe. Dans les situations les plus difficiles, les travailleurs sociaux signalent le besoin d'avoir une expertise et des conseils sur l'accompagnement à mettre en place, en effet, le refus pouvant être une composante de la maladie. L'absence de demande de la part des personnes est une cause d'entrée tardive dans les soins et de perte de chance pour le patient. Les personnes présentant des troubles psychiatriques ont très peur de l'hospitalisation et pour elles une consultation chez un médecin psychiatre est automatiquement associée à une hospitalisation. La possibilité, méconnue par certains professionnels, de solliciter le CMP pour un entretien infirmier plus rapide est une réponse permettant d'une part, de réaliser un bilan et d'autre part, d'initier une prise de contact moins stigmatisante avec le soin psychiatrique. L'infirmier conduit ces entretiens, puis, avec l'avis d'un psychiatre, une prise en charge ou une réorientation est proposée au patient. Cette organisation permet de donner un premier rendez-vous rapide au CMP, de réorienter les demandes pouvant trouver une autre réponse et pour les situations urgentes de proposer un rendez-vous très rapide avec le psychiatre. Les acteurs rencontrés au cours de l'étude ont toutefois le sentiment que le rôle des infirmiers de CMP est encore insuffisamment connu et reconnu du grand public et des professionnels. Un point essentiel dans l'orientation des personnes vers le CMP est la prise en charge financière des soins par l'assurance maladie et donc « gratuite » pour le patient. Le CMP d'Aurillac permet un accueil sans rendez-vous : cette opportunité n'est pas repérée par les acteurs.

Face à la complexité de définir le champ d'intervention de la psychiatrie de secteur, certains professionnels rencontrés estiment que le CMP devrait être un acteur de second recours. Les professionnels de services psychiatriques, les acteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires devraient pouvoir échanger sur les pathologies relevant de la santé mentale afin de faire progresser les connaissances de chacun sur les troubles mais également sur les possibilités de prise en charge.

4.1.2. L'équipe précarité (EMP)

L'équipe mobile précarité, dispositif expérimental, intervient sur les problématiques santé-logement. Elle permet une mise en synergie du sanitaire et du social. La mise en lien et la remobilisation des acteurs autour des personnes a été saluée par les professionnels rencontrés. L'intervention de l'équipe mobile précarité, en apportant entre autre des soins relationnels évite l'orientation de ces personnes vers le secteur psychiatrique. Le déplacement au domicile du patient est une des composantes primordiales de leur intervention.

4.1.3. Centre de réadaptation de Maurs

Le centre de réadaptation de Maurs se compose d'un foyer et propose des ateliers de réadaptation psychosociale et professionnelle. Le centre reçoit des patients pour une année. Les patients sont domiciliés à moins de 3 heures du centre afin de permettre des possibles retours à domicile ou faciliter les ré-hospitalisations. Le mode d'organisation en lien et à proximité du village vacances participe à sensibiliser le grand public à la santé mentale, aux pathologies psychiatriques.

Un point d'attention est soulevé alors que les patients ont un suivi psychiatrique, ils n'ont pas tous un suivi somatique, ils n'ont pas systématiquement de médecin traitant. La proximité du centre avec la MSP de Maurs est particulièrement intéressante pour permettre ce lien et cette prise en charge globale.

Sa situation géographique l'éloigne cependant du Nord du département, le centre répond davantage aux besoins des personnes domiciliées hors du département. L'accompagnement des sorties est important et est confronté aux places disponibles en aval quand nécessaire.

La coopération entre le centre hospitalier d'Aurillac et le centre de Maurs évite le risque de rupture de soins. Le centre de Maurs met également en évidence dans ses accompagnements la nécessité d'associer le patient, la famille et les professionnels pour réussir l'accompagnement et diminuer les risques de rupture de soins.

4.1.4. SAMSAH et SAVS

Il est noté la présence d'un service d'Accompagnement médico-social des personnes handicapées (SAMSAH) départemental et de Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) dans les trois arrondissements.

Le SAMSAH dispose de deux antennes à Saint-Flour et Mauriac et peut proposer des suivis à domicile. Il intervient pour des adultes en situation de handicap avec tous types de handicap : psychique, mental, traumatismes crâniens, maladies dégénératives… L'équipe est composée de conseillers en économie sociale et familiale (CESF), d'ergothérapeutes, d'un médecin coordonnateur et d'un psychiatre qui peut être sollicité soit pour un besoin d'expertise ponctuel soit pour mettre en place un suivi régulier mais son temps d'intervention est considéré comme faible. Le SAMSAH dispose également d'un temps de psychiatre sur Aurillac et sur l'antenne de Saint-Flour. Sur l'antenne de Mauriac, l'intervention de psychiatre, compte tenu des distances, est plus difficilement mobilisable. Les orientations vers le SAMSAH peuvent être faites par la MDPH, les psychologues et les psychiatres. Un manque de coordination SAMSAH/hôpital est souligné, le SAMSAH étant rarement tenu informé d'une sortie d'hospitalisation, ce qui est source de difficultés pour le patient.

Une orientation en SAMSAH peut mettre neuf mois avant d'être effective, laissant le patient dans une situation fragile avec la seule présence de l'assistante sociale.

4.2. Populations spécifiques

4.2.1. Les migrants

Le mauvais état de santé d'une partie des demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile a été souligné lors des rencontres. Ce public est orienté vers les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) d'Aurillac et de Saint-Flour pour une prise en charge des pathologies somatiques. Des grandes difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiques sont relevées : absence de couverture santé, difficultés de mobilité, méconnaissance du système de soins, peur du système de soins. Sont également repérés chez ce public, des symptômes de stress post traumatique en lien avec leur parcours d'exil. Des besoins en interprétariat ont été exposés, ainsi que les dispositifs existant ou en cours de mise en place. Une plateforme téléphonique donnant accès à des interprètes est accessible. Bien qu'utilisée, des réticences d'ordre techniques peuvent encore être rencontrées par des professionnels de santé. Les solutions mises en œuvre pour accéder à l'interprétariat reposent également sur les compétences présentes au sein des hôpitaux.

Le bilan de santé proposé par la PASS, même s'il est surtout somatique, englobe la santé mentale. Plusieurs difficultés dans l'accueil et la prise en charge de ce public ont été avancées. D'une part, certains personnes migrantes vont manifester une défiance envers la prise en charge médicale : rendez-vous non honoré, refus des prises de sang (car ils ne savent pas ce qu'on va faire de leur sang), incompréhension sur la réalisation de plusieurs prélèvements... D'autre part, les équipes, non formées à l'accueil de ces populations, ne vont pas toujours apporter les informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge. Pour pallier ces difficultés, une association prend en charge les personnes migrantes et organise des réunions d'information en présence du médecin et de l'infirmière de la PASS. Par ailleurs, le besoin en interprétariat est très important.

Les professionnels, travaillant auprès des migrants, insistent sur l'importance du suivi de leur santé mentale et soulignent la difficulté de prise en charge de ce public dans le service psychiatrique adulte du centre hospitalier d'Aurillac.

Face à l'augmentation des demandes de prises en charge du psycho traumatisme, le secteur psychiatrique de Saint-Flour envisage d'être formé à cette thématique ainsi qu'en victimologie.

Une « Plateforme départementale de prise en charge du psycho traumatisme pour les migrants, demandeurs d'asile et réfugiés du Cantal » est en cours de mise en place. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé général des personnes migrantes et de la prévention.

Une attention particulière devrait être portée au migrant mineur isolé. D'après les professionnels rencontrés 50 % des jeunes de plus de 15 ans à l'ASE sont des personnes migrantes mineur isolés avec « un passé affreux, présent fait de rien et futur incertain ».

4.2.2. Les personnes en fragilité sociale ayant des troubles psychiques

Cette population en grande précarité est repérée comme ayant des comorbidités psychiatriques et addictives avec des difficultés d'accès aux soins (renoncement aux soins, discontinuités des prises en charge). Les troubles observés, leur marginalité, les difficultés de temporalité liées à la précarité ou à leurs troubles font obstacle à la mise en place et aux suivis de santé somatique et en santé mentale. Cela entraine une dégradation de l'état de santé globale des personnes et accentue leur désinsertion sociale.

Les dispositifs permettant « d'aller vers » ce public (CHRS, PASS, AANPAA, APT/OPPELIA, EMP, accueil de jour…), de faire de la médiation avec le système de santé, de réaliser des accompagnements individuels rapprochés limitent l'isolement des personnes précaires et assurent un lien, même minimal avec le soin. Les professionnels de ces dispositifs manquent parfois de connaissance sur les troubles psychiatriques rencontrés et auraient besoin d'une expertise psychiatrique afin d'adapter leur accompagnement.

L'absence de PASS à Mauriac est regrettée par les professionnels rencontrés, les populations en situation de précarité arrivent aux urgences de Mauriac où la prise en charge n'est pas toujours adaptée à ce public.

4.2.3. Les comorbidités addictions, psychiatrie

La prise en charge des patients avec des troubles psychologiques et présentant une addiction (alcool, stupéfiants) mobilisant différents acteurs (hospitaliers, associatifs, médecine générale) est décrite comme trop cloisonnée. Le manque d'articulation ville/hôpital amène à des retards de prise en charge et à des prises en charge pas toujours optimales.

L'expérience de coopération entre l'ANPAA et le CH de Mauriac apparait positive. En effet, l'évaluation des consommations lors d'une hospitalisation se fait conjointement avec l'ANPAA, le suivi ambulatoire du patient est ainsi facilité.

Les méthodes de prise en charge des addictions peuvent être différentes et des lieux d'échanges pourraient aider à améliorer la prise en charge des patients et ajuster les connaissances des différents professionnels impliqués.

4.2.4. Les adultes victimes de violences

La thématique des adultes victimes de violence a été peu abordée au sein des groupes. Toutefois leur prise en charge mobilise différents acteurs sur le département : justice (procédures judiciaire…), centre hospitalier (médecine légale, prise en charge du psycho-traumatisme, des soins…), police/gendarmerie (dépôt de plainte, enquête,…), associations d'aides aux victimes (CIDFF15, Association Polyvalente d'Actions Judiciaires - Service d'Aide aux Victimes (APAJ15)), l'association ANEF Cantal (pour l'hébergement d'urgences), etc… Ce parcours très compliqué nécessite une prise en charge rapide et un accompagnement le plus fluide possible afin d'éviter d'amplifier le traumatisme. Au niveau des questions liées à la santé mentale, quelques constats ont été présentés par les professionnels :

- une formation insuffisante des forces de l'ordre pour accueillir, prendre en charge les victimes afin de notamment les aider à déposer plainte ;
- l'absence de certaines ressources sur les arrondissements de Mauriac et Saint-Flour (professionnels de santé référents pour la « prise en charge des victimes de violence » et/ou ressources locales d'aide aux victimes…)

La mise en place récente au sein du centre hospitalier d'Aurillac d'un médecin référent "violences" dans le service des urgences est à noter.

4.3. Le parcours de soins, le parcours de vie : ruptures et continuité

Comme évoqué dans le premier chapitre, face à la multiplicité des acteurs impliqués dans l'accompagnement et le soin des personnes, le manque d'articulation entre les acteurs du soin (service de psychiatrie, médecins généralistes, infirmiers libéraux), du médico-social et du social est souligné par l'ensemble des professionnels et associations de patients.

Le 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 médicosocial à un autre. Les informations ne suivent pas le patient. Ainsi, l'importance de mieux préparer les sorties d'hospitalisation en psychiatrie avec les acteurs du domicile et médicosociaux a été soulignée.

4.3.1. Le repérage, l'entrée dans les soins

Selon les professionnels rencontrés le repérage des situations dans l'arrondissement de Mauriac est plus tardif que dans les autres arrondissements. L'isolement des personnes sur ce territoire est plus prononcé, l'absence de professionnels implique des repérages dans des contextes de crises (la famille, l'entourage sont à bout de force) ou par l'intermédiaire d'une décision de justice, donc dans des conditions jugées comme violentes et plus dégradées pour le patient. Pour les personnes les plus éloignées, l'entrée dans les soins nécessite souvent de la part des travailleurs sociaux un accompagnement physique. Cet accompagnement physique est de moins en moins facile à mettre en œuvre.

Le repérage peut être tardif lorsque la personne présentant des troubles psychiques est prise en charge par ses parents. Lorsque ces derniers vieillissent et partent en maison de retraite, la personne se retrouve sans accompagnement et dans une situation qui n'a pas pu être anticipée.

Au-delà de l'acceptation de la maladie, la connaissance de la pathologie et de la prise en charge favorisent l'adhésion des personnes aux soins et la continuité des prises en charge. À l'extrême inverse, les hospitalisations sans consentement, parfois nécessaires, se révèlent traumatisantes pour les patients et les aidants : souvent, cela engendrent une méfiance face aux soins psychiatriques.

4.3.2. La mise en place des soins, le suivi

Les professionnels notent le besoin de donner de la visibilité aux familles, aux aidants sur ce qui existent : les ressources et les prises en charge.

Des prises en charge hors hôpital existent surtout sur les suivis psychologiques et sociaux (cf. paragraphe 1.5.3). L'accompagnement de ces personnes par des professionnels en dehors de la psychiatrie (thérapeutes, sophrologues, acuponcteurs…) permet la mise en place d'une écoute et d'un suivi. Le travail proposé sur l'acceptabilité d'un suivi psychiatrique est nécessaire, cinq à dix séances peuvent permettre d'orienter vers un suivi psychologique ou psychiatrique. Cette organisation va dans le sens de l'intervention de la psychiatrie en deuxième intention. En effet, concernant certaines situations, l'intervention de la psychiatrie n'est pas urgente.
Bien évidemment certaines pathologies, telles les psychoses, nécessitent une intervention psychiatrique plus précoce avec la mise en place rapide d'un traitement médicamenteux et ou de réhabilitation. Par ailleurs, les possibilités d'hospitalisations séquentielles sont repérées comme un élément clé pour éviter les ruptures de soin.

4.3.3. L'accès au logement

L'accès au logement est une thématique qui a été peu abordée par les groupes de professionnels. L'accès au logement, qui est bien souvent une des réponses au projet social qu'élabore la personne, reste difficile et les alternatives au logement de droit commun sont rares.

L'accès de personnes souffrant de troubles psychiques aux structures médicosociales n'a pas été décrit comme difficile, le nombre de places semble suffisant. Les résidents, selon le type de pathologies sont originaires du Cantal voire des départements environnants ou parfois national..

4.3.4. Une offre de réhabilitation psycho-sociale à développer[15]

La réhabilitation psycho-sociale, si elle relève en première instance du domaine du soin en santé mentale, 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.

La réhabilitation psycho-sociale est peu connue par les professionnels rencontrés des différents secteurs. Les possibilités de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques, au travers de la réhabilitation ne sont pas repérées par une partie des professionnels rencontrés.

Les représentants d'usagers rencontrés qui avaient connaissance de dispositifs de réhabilitation psycho-sociale à Lyon, ont souligné l'absence d'offre de réhabilitation psycho-sociale sur le territoire du Cantal, cette situation est un facteur considéré comme aggravant les inégalités sociales de santé. Toutefois, quelques propositions hospitalières ont été évoquées mais elles ne concernent qu'Aurillac et sont peu visibles pour les professionnels et les usagers.

Par ailleurs, afin de renforcer l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique dans le Cantal, quatre places orientées vers le « rétablissement » et l'accompagnement vers le logement autonome ont été mises en place avril 2019 dans le SAMSAH.

Le centre de réadaptation de Maurs travaille ce type de prise en charge avec ses résidents (cf. paragraphe 4.1.3).

4.3.5. Un accès à l'emploi rendu compliqué par un contexte économique local difficile

Reconnaître la personne en situation de handicap psychique en tant qu'acteur économique est un axe de travail à développer et valoriser. L'accès et le maintien dans l'emploi sont primordiaux. Les acteurs concernés et cités par les professionnels rencontrés sont les ESAT, les entreprises d'insertion et le milieu ordinaire. Toutefois, dans un contexte économique difficile, le partenariat avec le milieu ordinaire est compliqué à mettre en place.
Le milieu adapté est également confronté à un besoin de rentabilité économique.
Un des objectifs du Projet Régional de Santé est de requalifier 10 % des places d'ESAT en ESAT transitionnel. C'est-à-dire accompagner des adultes en situation de handicap psychique à intégrer tout type d'entreprise. L'ESAT permet de maintenir une activité professionnelle malgré les conséquences des troubles (hospitalisation, absence, arrêt maladie….).

[15] Le rétablissement est un cheminement singulier de dépassement des effets négatifs de la maladie et de réappropriation du pouvoir d'agir. Il s'agit d'un processus multidimensionnel et complexe, restaurant la possibilité d'avoir une vie satisfaisante malgré les difficultés liées aux troubles psychiques

Les professionnels rencontrés observent une modification de leur population. Par effet de "vases communicants", le public auparavant orienté vers les entreprises d'insertion est maintenant orienté vers les ESAT. Par conséquent les personnes auparavant à leur place à l'ESAT, sont maintenant orientées vers les foyers occupationnels. Cette évolution des typologies de public pris en charge est renforcée par les conditions économiques auxquelles doivent répondre les ESAT et les chantiers/ateliers d'insertion. Pour les professionnels rencontrés, l'« obligation de productivité grandissante » des chantiers voire même des ESAT, s'accommode difficilement des besoins et des capacités des populations présentant de troubles psychiques, d'autant plus lorsque ces personnes vieillissent.

Les ESAT travaillent en partenariat avec la psychiatrie, ils peuvent ainsi accompagner au mieux les résidents. Des multitudes de situations se rencontrent et nécessitent des accompagnements au cas par cas. L'ouverture annoncée de plusieurs foyers de vie laisse penser à certains professionnels qu'un nombre de salariés en ESAT seront orientés vers ces foyers de vie.

L'insertion en milieu ordinaire des personnes présentant des troubles psychiatriques déjà identifiés est d'autant plus compliquée et doit être accompagnée. Par ailleurs, les acteurs de la santé au travail sont de moins en moins nombreux et manquent pour le repérage. D'autant plus que le milieu du travail ordinaire est source de risques psychosociaux plus ou moins importants.

Divers dispositifs d'accompagnement des personnes en insertion ont été évoqués :

- L'ANPAA peut intervenir auprès de structure tel les ESAT ou l'établissement psychiatrique de Maurs afin de faciliter les insertions. En effet, la personne prise en charge pour des problématiques d'addiction suscitera des craintes (risque de diffusion des problématiques d'addiction par exemple) parmi les équipes auxquelles il est nécessaire de répondre.
- Le dispositif départemental « IMPACT 15 » vise à favoriser l'insertion socio-professionnelle des publics en difficulté, en les aidant à retrouver un mieux-être physique et psychique, à devenir acteur et responsable de leur santé et à reprendre confiance en eux. Des pratiques alternatives telles que la sophrologie, la naturopathie, le conseil en image, l'acupuncture, l'art thérapie, etc. sont proposées. Ce dispositif est accessible à tout public adulte orienté par les prescripteurs ayant des problématiques sociales et professionnelles ou étant en recherche d'emploi. Le public cible est varié : victimes de violences conjugales, adultes sans emploi, adultes suivis par le Plan local d'insertion emploi (PLIE), le CIDFF, Cap emploi, Pôle Emploi..., adultes salariés des chantiers d'insertion du département, stagiaires de la formation professionnelle, adultes en grande souffrance psychologique et en difficulté financière orientés par des travailleurs sociaux ou des professionnels d'autres structures. Selon les professionnels présents, l'intérêt d'une telle démarche est d'avoir du temps d'accompagnement des personnes qui permet de faire un repérage entre pathologie psychiatrique et troubles psychologiques. Les bilans de deux années de fonctionnement démontrent, chez les bénéficiaires du dispositif, un fort besoin de prise en charge en santé mentale, pas souvent abordé lors de la mise en place de l'accompagnement : par exemple, un bénéficiaire se plaint de problème de dos et commence des séances de micro-kiné pour finir au bout de trois séances par une prise en charge par un psychologue.

4.3.6. Les GEM (Groupe d'entraide mutuelle)

Pour rappel les GEM sont des lieux de pair-aidance et d'inclusion. L'ouverture d'un GEM à Saint-Flour est très attendue et son absence regrettée à Mauriac. L'inclusion des personnes en situation de handicap psychique est une priorité des professionnels présents, elle est ainsi possible par l'accès à des activités culturelles, sportives, occupationnelles.

4.3.7. La place et les difficultés des aidants naturels

Les relations entre la psychiatrie et les familles (au sens des proches, de l'entourage) sont encore difficiles et complexes, même si aujourd'hui le travail avec les familles s'impose comme incontournable. En effet, l'implication des familles et leur soutien sont pertinents. La famille a, tout d'abord, une connaissance de la situation et une expertise vécue de la maladie qui en font un allié du soignant. 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.

Malgré des progrès, les proches de patients rencontrés ont encore le sentiment d'être peu informés, tenus à l'écart par les soignants alors même qu'elles connaissent bien la maladie et qu'ils sont présents au quotidien auprès des malades. Ils soulignent la difficulté d'avoir des informations sur le suivi de leur proche majeur (pour des raisons de secret professionnel si celui-ci n'a pas donné son accord) mais par contre ils restent sollicités en cas de crise ou pour assurer les tâches pratiques (démarches administratives, vérification de la prise de médicament…).

Le manque d'information et de soutien sont particulièrement mal vécus en début de maladie du proche car la situation représente une source de souffrance pour la famille (douleur, 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, comme solution de répit pour permettre aux proches de se reposer et se ressourcer, a notamment été repéré.

Les projets de vie des patients évoluent, la vie en milieu collectif est moins recherchée ce qui correspond également aux déploiements des politiques d'inclusion. L'orientation des patients se dirige vers un maintien à domicile, mais celui-ci nécessite un étayage de professionnels important. Les établissements doivent envisager leur évolution pour développer les dispositifs d'accompagnements hors les murs. L'enjeu de l'évolution de ces structures pourra être intéressant. Ainsi que le développement des structures mobiles. Les difficultés de recrutement de professionnels qualifiés et l'absence de compétences suffisantes sur le département sont des freins importants aux évolutions attendues.

Que ce soit sur Saint-Flour ou Mauriac, le tissu associatif dans le domaine du social est signalé comme faible par les professionnels, et ne peut donc pas être une réponse mobilisable. Ce manque est principalement relevé dans les accompagnements voulant répondre à l'isolement. L'étayage de bénévoles par des équipes de professionnels demande du temps que les structures n'ont pas.

Les adultes

En résumé

Les liens entre les secteurs social, médico-social et le soin doivent être renforcés sans oublier de placer le public cible au centre de la prise en charge. Différentes manières de développer ces rapports ont été évoquées : faciliter la communication ville / hôpital, mutualisation des compétences entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs du parcours en santé mentale (professionnels et aidants), positionner la psychiatrie en centre ressource expert pour accompagner le suivi proposé par les acteurs médico-sociaux et ainsi réduire la file active aux cas les plus complexes.

Certaines catégories de population n'ont que très peu d'opportunités pour rentrer dans un parcours de prise en charge : migrants, personnes en grande précarité, personnes victimes de violences… De même, selon les professionnels, l'accès et les suivis des soins somatiques sont insuffisants.

Toutefois, des initiatives existent sur le territoire et les acteurs demandent à ce qu'elles soient développées : projets de réhabilitation psychosociale et/ou d'accompagnements du pôle de santé publique du CH d'Aurillac, du centre de réadaptation de Maurs, de l'association DAHLIR, de l'ANEF, du dispositif IMPACT 15, du CIDFF15, de l'UDAF, du Conseil Départemental, de la MSA…

Forces

- Existence de dispositifs d'aide au maintien dans le logement pour les publics avec des problématiques de santé mentale.
- Existence de quelques dispositifs de réhabilitation psychosociale pour les publics avec des problématiques de santé mentale.
- Présence d'un SAMSAH avec 4 places déficience du psychisme.
- Expérimentation d'une plateforme psychotrauma départementale à destination des migrants.
- Existence de dispositif "d'aller vers" les publics en situation de précarité.
- Coopération entre l'antenne du CSAPA ANPAA et l'hôpital de Mauriac positive dans l'accompagnement des populations souffrant d'addictions.
- Mise en place récente au sein du CH d'Aurillac d'un médecin référent "violences" dans le service des urgences.
- L'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des structures médico-sociales n'a pas été décrit comme difficile.

Faiblesses

- Absence de PASS à Mauriac.
- Pas assez de liens entre les secteurs social, médico-social et le soin (psychiatrie, médecins généralistes, infirmiers libéraux…).
- Insuffisance de suivi somatique pour les publics avec des problématiques de santé mentale.
- Manque d'information des structures médico-sociales pour les sorties d'hospitalisation.
- Grandes difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiques des migrants.
- Manque de coordination ville / hôpital sur les questions d'addiction qui provoque des retards de prise en charge.

- Formation insuffisante des forces de l'ordre pour accueillir et prendre en charge les victimes de violence afin de notamment les aider à déposer plainte.
- Sur le nord Cantal, les situations sont repérées tardivement, souvent dans un contexte de crise.
- L'obligation de productivité grandissante des chantiers d'insertion, voire même des ESAT, complexifie l'insertion professionnels des publics avec des problématiques de santé mentale.
- Les acteurs de la santé au travail sont de moins en moins nombreux et manquent pour le repérage.
- Faible tissu associatif local dans le domaine du social pour l'accompagnement des publics en situation de précarité.
- Sentiments des professionnels (santé et médico-social) et des aidants naturels d'être insuffisamment tenus informés, voire mis à l'écart par les professionnels de la psychiatrie.

Opportunités

- Demande des travailleurs sociaux d'avoir une expertise et des conseils sur l'accompagnement à mettre en place auprès des publics suivis avec des problématiques de santé mentale.
- Développer les 1er rendez-vous en CMP avec des infirmiers(ères) en pratique avancée spécialisés en psychiatrie.
- Positionner la psychiatrie comme un centre ressource expert venant en soutien des équipes médico-sociales pour les prises en charge légères et comme un acteur de 1ère ligne soutenu par les équipes médico-sociales pour les prises en charge lourdes.
- Développer les dispositifs de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale probants.
- Améliorer les outils de communication ville / médico-social / psychiatrie pour, par exemple, faciliter les sorties d'hospitalisation et les suivis de traitement.
- Former le secteur psychiatrique à la victimologie et la prise en charge du psychotrauma.
- Permettre aux dispositifs "d'aller vers" les publics en situation de précarité de bénéficier d'une expertise psychiatrique.
- Développer la place du patient dans la prise en charge de sa pathologie dans une logique d'éducation thérapeutique du patient.
- Explorer la dichotomie existante entre le taux d'hospitalisation sans consentement du département plus élevé qu'en région et le retour des professionnels sur leur difficulté à la mobiliser.
- Mieux informer les aidants naturels des ressources existantes et des possibilités de prise en charge.
- Développer les dispositifs d'accompagnement hors les murs.
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ayant une maladie psychique.

L'Unafam fait le constat suivant : sur huit programmes d'ETP dans le Cantal aucun ne concerne les maladies mentales alors que la finalité de l'ETP est de participer à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de

vie et de celle de ses proches[16]. Cet objectif est tout à fait adapté à la pathologie mentale. Des programmes d'ETP en santé mentale ont été développés dans d'autres régions. Quelques exemples entre 2015 et 2016 en région Bretagne : groupe de psycho éducation destiné aux patients atteints de troubles dépressifs récurrents et/ou chroniques et à leurs familles ; ateliers du médicament ; programme en direction de patients souffrant de pathologies schizophréniques et troubles apparentés ; atelier nutrition et activités physiques adaptées qui permet aux patients de psychiatrie de limiter la prise de poids liée au traitement ; un programme s'adressant aux jeunes de moins de 16 ans, ayant été reçu à l'Espace Autisme pour poser ou confirmer un diagnostic de TED, ainsi qu'à leur famille afin de connaître, de comprendre et gérer les troubles autistiques ; programme de psycho éducation destiné aux patients atteints de troubles bipolaires et à leurs familles…(Cf définition page 112).

[16] HAS 2009

5. Les personnes âgées

Rappel des structures interviewées dans les entretiens collectifs et individuels sur le département :

UDAF 15
CH Mauriac
Maia, Conseil Départemental Cantal
CH Condat
Ehpad Pleaux, Ehpad Ally, Ehpad Sallers
MDA, Conseil Départemental Cantal
CH Saint-Flour
Centre les Bruyères
URPS Infirmiers libéraux
UNAFAM
CH Aurillac
MSA ET ARSEPT
Association des psychologues du Cantal
ADMR
Cabinet libéral de médecin généraliste

Professions présentes :
Directrice
Médecin gériatre
Pilote Maia
Déléguée mandataire
Infirmière coordinatrice
Psychologue
Médecin coordinateur
Référente appui technique
Directeur
Responsable de service
Infirmière libérale
Représentants Usager
Aide aux aidants
Psychiatre

5.1. Les ressources abordées par les personnes interviewées

5.1.1. Les EHPAD, les hébergements temporaires, les accueils de jours

Dans le Cantal, le nombre de places en EHPAD est important en regard de la population présente. Les établissements diversifient leur public en vue de maintenir un taux de remplissage souhaité.

Cinq structures disposent d'un PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés), une structure à Aurillac dispose d'une Unité d'hébergement renforcé (UHR).

Bien que l'offre départementale en place d'hébergement temporaire soit supérieure à la moyenne régionale elle est signalée comme insuffisante à Mauriac et à Saint-Flour. Des besoins en hébergement temporaire font jour au détriment des besoins permanents. L'hébergement temporaire peut permettre à la personne âgée d'apprivoiser peu à peu l'EHPAD et constitue une ressource de répit importante pour les aidants. D'après les professionnels, l'hébergement temporaire n'est pas toujours utilisé à bon escient. Cependant, ces structures mettent du temps à se faire connaitre et être utilisées par les professionnels et les aidants.

Le territoire de Saint-Flour n'a pas d'accueil de jour. Une structure dans l'arrondissement de Mauriac et trois dans celui d'Aurillac proposent un accueil de jour. A cela s'ajoute l'accueil de jour spécifique du CH d'Aurillac (cf. paragraphe 5.1.5). Ces structures sont sous-utilisées. Les freins avancés sont liés au reste à charge dû au transport, à l'activité de l'accueil de jour qui ne correspond pas aux attentes des familles et aux difficultés que rencontrent les familles dans l'acceptation de l'aide. D'autre part, les accueils de jour sont adaptés aux malades présentant une maladie neurodégénérative type Alzheimer. Pour des patients qui auront des troubles plus prononcés, une plus grande agressivité, l'accueil de jour ne sera pas possible malgré un besoin important de répit pour les aidants.

5.1.2. Les services d'aide à domicile (SSIAD, SAD…)

Les services d'aide à domicile sont des acteurs essentiels à la prise en charge à domicile des personnes âgées. Toutefois, bien qu'il n'y ait pas de zone blanche sur le département, le secteur est fragilisé par les difficultés de recrutement tous professionnels confondus. Les services de maintien à domicile SAD et SSIAD sont confrontés à la géographie du territoire et à l'isolement des personnes et aux conditions climatiques pouvant être difficile en hivers.

La porte d'entrée du maintien à domicile se fait suite à un repérage du médecin généraliste, d'une assistante sociale ou des professionnels paramédicaux. Les assistantes sociales ont un rôle central et ont une connaissance plus affinée des dispositifs au contraire des médecins généralistes qui, centrés sur le soin, peuvent avoir des difficultés à connaître les dispositifs existants.

Les personnes âgées présentant un trouble psychique ont, pour les personnes interrogées, besoin d'un étayage plus important pour assurer un maintien à domicile adapté : temps de présence plus important, problème de sécurité de la personne âgée, formations spécifiques des professionnels encadrants (gestion des comportements violents par exemple…). Par conséquent, les personnes âgées présentant une démence ou des troubles psychiques ont souvent besoin d'un nombre d'heures d'aide conséquent, ce que les services d'aides présents sur le territoire ne peuvent pas toujours leur proposer, faute de moyens humains suffisant. Pour les professionnels rencontrés, le territoire de Mauriac semble plus en difficulté que Saint-Flour et Aurillac.

Ces professionnels sont des ressources de repérage importantes de par leurs visites régulières chez les personnes et les liens de confiance qu'ils ont pu tisser. Lorsqu'ils repèrent un problème, ils ont pour consigne de le transmettre à leur direction. Ces circuits d'information manquent parfois de formalismes et ne sont pas toujours transmis aux professionnels de santé référents. Et même lorsque c'est le cas, les professionnels de l'aide à domicile n'obtiennent pas souvent de retour d'information suite aux alertes transmises.

Deux structures disposent d'une Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA), l'une dessert les territoires d'Aurillac et Mauriac et l'autre les territoires de Murat et de Saint-Flour. La contrainte du cahier des charges des ESA plafonne la durée de prise en charge à 15 séances par an et par personnes âgées : le bénéfice de ces interventions peut être fragilisé par une absence de continuité pour maintenir les acquis. La présence de cette équipe permet d'assurer une « veille » sur les situations les plus à risque et ainsi repérer des situations qui se dégradent.

Il existe une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants pilotée par l'UDAF.

5.1.3. Les acteurs de prévention

Dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est mise en place dans le Cantal depuis le 20 septembre 2016. L'action de la conférence des financeurs a pour objet de coordonner et apporter des financements complémentaires en matière de prévention de perte d'autonomie des 60 ans et plus sur le département cantalien.

Le bilan 2018 présente 14 actions en lien avec le bien-être, la promotion du lien social, l'entretien de la mémoire, ou encore l'estime de soi, développées sur l'ensemble du département. Ces actions concourent à la prévention des troubles de la santé mentales des personnes âgées, et favorisent un bon équilibre psycho-social.

En 2019, des actions complémentaires sont prévues en direction des EHPAD et des aidants familiaux. Une consultation mémoire existe au centre hospitalier d'Aurillac.

Au-delà des actions de prévention collectives, certains professionnels évoquent l'intérêt de développer « les infirmières ou professionnels référents », le passage à domicile d'un tel professionnel pourrait éviter les hospitalisations en urgence.

5.1.4. Les psychologues en EHPAD

Les EHPAD disposent, pour certains, de temps de psychologues, ce qui représente une ressource professionnelle privilégiée pour les établissements (accompagnement des résidents, des familles et des équipes) mais ces temps restent, bien souvent insuffisants au regard des besoins. Le temps de présence concerne principalement l'accompagnement des personnes âgées mais il serait également nécessaire de mettre en place des temps de formation auprès des équipes. Ils pourraient permettre à l'ensemble du personnel d'avoir la même compréhension, la même appréhension des problématiques liées aux troubles psychiques, ainsi qu'améliorer l'accompagnement des familles pour expliquer et aider à comprendre la pathologie et les prises en charge réalisées.

5.1.5. Les dispositifs départementaux

Le poste vacant de gériatre depuis plusieurs années au Centre hospitalier d'Aurillac ne permet pas de développer les structures initialement prévu sur le territoire : hôpital de jour, plateforme de coordination.

La plateforme de coordination gérontologique à Aurillac fonctionne *a minima* et n'arrive pas, par manque de gériatre, à répondre aux besoins des acteurs du territoire. Et ce alors même que les professionnels expriment le besoin d'une expertise sur l'orientation des personnes âgées.

Il existe également un accueil de jour spécifique au CH d'Aurillac mobilisable sur orientation médicale suite à une consultation mémoire.

La fermeture de l'Unité cognitivo comportementale (UCC) au CH d'Aurillac, par manque de gériatre également, ne permet pas de proposer une prise en charge adaptée aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Les équipes orientent ces patients vers la psychiatrie qui n'apporte pas non plus de réponse adéquate. A titre d'illustration, une hospitalisation sous contrainte a dû être prononcée pour un patient qui aurait pu être pris en charge dans un service UCC. L'UCC recevait des personnes âgées avec des troubles du comportement aigu ou cognitif. Cela permettait une stabilisation thérapeutique du patient et cette pause offrait un répit à l'aidant. Le retour au domicile ou à l'EHPAD se préparait alors progressivement.

Le dispositif MAIA permet la mise en place d'une coordination des acteurs autour des cas complexes. Les plus souvent, d'après les professionnels rencontrés, les situations vont concerner des patients avec des troubles neurodégénératifs type Alzheimer qui cumulent d'autres difficultés (isolement, refus d'aide, professionnel en difficulté). Le gestionnaire de cas complexe intervient dans toutes les dimensions de l'accompagnement (médical, social, médicosocial).

Ce dispositif permet également l'organisation de concertations au niveau des territoires. À Mauriac, le thème de la santé mentale a été retenu. Les acteurs participant à ce travail souhaitaient mieux repérer les ressources pour mieux orienter les situations où il n'y a pas de diagnostic et pas de prise en charge spécifique.

Des Contrats locaux de santé (CLS) existent pour les arrondissements de Saint-Flour et Aurillac, ces deux contrats possèdent une fiche action sur la coordination du parcours personne âgée, ainsi que sur la santé mentale. Les coordinatrices des deux contrats locaux de santé réunissent régulièrement l'ensemble des acteurs de la filière pour travailler sur les forces et les faiblesses du territoire en matière de parcours de santé globale de la personne âgées. Un CLS existait sur l'arrondissement de Mauriac jusqu'à fin 2018 : les acteurs de Mauriac ont précisé l'importance qu'avait le CLS pour le parcours de la personne âgée. Cette instance a favorisé l'interconnaissance des acteurs et la diffusion d'une culture commune. De plus, elle a permis une réflexion sur la construction d'une filière gériatrique sur le Nord Cantal. L'arrêt du CLS a été, pour les personnes rencontrées, préjudiciable au maintien de cette dynamique territoriale autour de la personne âgée.

5.2. Les populations spécifiques

Il a déjà été évoqué la nécessité d'évolution des établissements médico sociaux. Concernant les personnes âgées, de nombreux établissements accompagnaient leurs résidents jusqu'à leur fin de vie. Les besoins ayant évolué, la demande de proposer un autre lieu de prise en charge commence à faire jour. Aujourd'hui, il y a deux options : les établissements d'accueil de personnes handicapées qui disposent d'un agrément « personne handicapée âgée » et des EHPAD qui vont ouvrir leur porte à ces personnes.

Dans ce deuxième cas, les prises en charge en EHPAD restent complexes, les équipes ne se sentant pas suffisamment formées à la prise en charge de ce nouveau public.

L'approche du handicap psychique ne va pas de soi et un accompagnement des équipes est indispensable.

Par ailleurs, le coût des hébergements en établissement est un facteur, bien connu, d'entrée tardive de la personne âgée en établissement, les familles s'occupant le plus longtemps possible de leur personne âgée. Toutefois, le maintien à domicile d'une personne âgée démente est complexe et épuisant. Certaines familles peuvent être amenées à nier l'existence de troubles pour ne pas avoir à faire ce choix

5.2.1. Les personnes handicapées psychiques vieillissantes

De plus en plus de personnes handicapées psychiques vieillissantes dépassent l'âge limite d'accueil en foyer de vie. Cette problématique questionne les acteurs du territoire : faut-il développer des places spécifiques en EHPAD ou permettre le maintien de ces personnes en foyer de vie ?

<u>En EHPAD</u>

Les personnes handicapées psychiques vieillissantes sont, d'après les personnes rencontrées, bien souvent identifiées et suivies. En effet, les infirmiers des CMP se déplacent en EHPAD, poursuivent les prises en charge des personnes âgées et sont en appui des équipes. D'après les professionnels présents, certaines équipes d'EHPAD

souhaiteraient aller plus loin et bénéficier des professionnels du CMP pour de l'analyse de pratique. Souvent ce sont des personnes jeunes (60 ans) comparativement à l'âge moyen d'entrée en EHPAD (87 ans), ce qui pose des problèmes d'adaptation. Toutefois, ce constat est à nuancer par la diversité des situations.

Enfin, il semble, toujours d'après les personnes interrogées, qu'en de rares cas, l'entrée en EHPAD signe l'arrêt du suivi par un psychiatre, ou par le CMP.

En foyer de vie ou à domicile

Certains FAM ont des places spécifiées et accueillent des personnes handicapées vieillissantes. Ces établissements sont alors confrontés à de nouvelles problématiques liées au vieillissement. Ces places offrent une alternative à l'EHPAD aux personnes handicapées qui ont vécu de nombreuses années en établissement.

D'autres situations complexes peuvent être rencontrées, comme les personnes avec un handicap psychique dont le maintien à domicile était possible grâce à la présence des parents. Les parents vieillissent et n'anticipent pas toujours le relais de prise en charge qui sera nécessaire. Dans ces situations, le foyer occupationnel ou l'EHPAD ne sont pas adaptés mais l'orientation MDPH sera difficile à faire. Dans ces situations extrêmes, le RAPT est mobilisé (cf. paragraphe 1.3.6).

5.2.2. Les personnes âgées avec des troubles cognitifs diagnostiqués

Lorsque les troubles sont identifiés et qu'un diagnostic est posé telles les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson, les prises en charge sont souvent lourdes et peuvent manquer de coordination mais les structures ou dispositifs de prises en charge existent. Ils notent également la nécessité de faire évoluer les places en EHPAD pour s'adapter toujours mieux aux troubles cognitifs débutants fréquents chez les personnes âgées du quatrième âge. De la même manière que des propositions sont faites pour augmenter les connaissances sur la psychiatrie, il apparait nécessaire d'ouvrir les EHPAD sur la cité et de déstigmatiser les représentations négatives qui peuvent parfois être véhiculées sur cette institution. Ces orientations prennent du temps mais sont nécessaire au maintien des personnes âgées dans une dynamique sociale protectrice de leur santé mentale. Encore trop souvent, l'entrée en EHPAD se fait suite à une hospitalisation donc dans une relative « urgence » dommageable à la santé mentale des personnes âgées.

Des actions d'inclusion sont en cours avec, par exemple, la possibilité pour des personnes extérieures à l'EHPAD de bénéficier de leur restaurant, des échanges intergénérationnels, ou bien encore la construction de nouveaux EHPAD dans des quartiers dynamiques.

En amont de l'EHPAD, le maintien à domicile de ces publics repose sur la présence d'aidants qu'il est nécessaire de soutenir pour leur permettre d'accompagner au mieux leur proches. Les accueils de jour, les hébergements temporaires sont alors indispensables mais encore peu reconnus par la population.

5.2.3. Les personnes âgées avec des troubles cognitifs non pris en charge

Un certain nombre de troubles cognitifs sont moins bien identifiés (dépression, démence) soit par difficulté à poser un diagnostic soit par difficulté pour accéder à ce diagnostic. Les professionnels interrogés font part de la difficulté à mobiliser le service de psychiatrie sur les

problématiques de démence et donc sur les prises en charge les plus adaptées. Lors des rencontres avec les professionnels, le champ d'intervention de la psychiatrie et les définitions des démences ont été abordés. Le manque de consensus génère des interrogations de part et d'autre.

Pour les personnes âgées qui vont développer des troubles, la prise en charge est plus difficile à mettre en place : ces personnes posent particulièrement des problèmes la nuit et dans la relation aux intervenants à domicile. De même, elles mettent à mal les représentations des aidants naturels pour qui il est parfois difficile d'accepter qu'un proche perde des facultés mentales.

5.3. Parcours de soin, parcours de vie : ruptures et continuité

Les ruptures dans les parcours de soin et de vie des personnes âgées ayant des troubles psychiques et des démences tiennent avant tout, selon les professionnels rencontrés, aux difficultés pour établir un diagnostic pluridisciplinaire (gériatre, psychiatre, neurologue). Or ces ressources sont de moins en moins accessibles dans le département du Cantal. À cela s'ajoute la difficulté pour les équipes à joindre les médecins traitants.

Selon les professionnels rencontrés, le dépistage et la mise en place de soins devraient être réalisés par une équipe pluridisciplinaire de géronto-psychiatrie.

Les personnes âgées sont encore moins mobiles que les personnes plus jeunes. Pour les professionnels interrogés, il faut développer des dispositifs mobiles pour répondre aux besoins des personnes âgées et faciliter le travail des équipes.

5.3.1. La mise en place des soins, le suivi

Il n'y a pas de filière géronto-psychiatrique définie dans le Cantal, les professionnels rencontrés énoncent l'impression d'un désintérêt de la psychiatrie pour la personne âgée, les acteurs de la psychiatrie adressent au secteur de la gériatrie qui est une ressource absente.

Les professionnels rencontrés n'ont pas évoqué de rupture dans la continuité des soins chez les personnes âgées avec des troubles psychiatriques si la personne âgée ne change pas de secteur psychiatrique. Le maintien à domicile de ce public atteint de troubles mentaux est rendue difficile par manque de structures d'étayage. La formation des professionnels de l'aide à domicile est essentielle mais difficile à mettre en œuvre : souvent les formations / sensibilisation s'arrêtent au niveau des directeurs de service et non les aides à domicile pour des questions de logistique.

La coordination des acteurs autour d'une personne à domicile est un sujet travaillé depuis plusieurs années. Malgré ce constat, la coordination et la transmission d'informations ne sont pas toujours simples.

Les personnes interrogées notent des difficultés récurrentes dans le parcours de soins de la personne âgée quel que soit le territoire. La présence d'acteurs divers donne l'impression, aux professionnels interrogés, de la présence d'un "millefeuille" de prises en charge sans réelle coordination : l'information des dispositifs existants en direction des professionnels de santé n'est pas toujours aisée à faire. Les médecins généralistes, acteurs identifiés comme centraux dans le parcours santé de la personne âgée, de par leur charge de travail, sont difficiles à mobiliser et à informer : Les professionnels indiquent leur intérêt pour une plateforme de coordination pour les médecins libéraux et les professionnels du domicile.

La situation est différente en ce qui concerne « le dépistage » des troubles de santé mentale qui peuvent être rencontrés chez les personnes âgées. Les professionnels rencontrés indiquent un manque de structuration des acteurs pour permettre et facilité l'accès à un diagnostic et la mise en place de soins adaptés. Les professionnels rencontrés souhaitent le renforcement de la filière gériatrique.

Sur les questions de santé mentale, la dépression et l'anxiété chez la personne âgée sont sous-estimées et donc mal prises en charge : le grand âge rendant plus difficile l'appréhension de ces pathologies. Les intervenants auprès des personnes âgées à domicile ne sont pas suffisamment sensibilisées (aidant, familles) ou formées (aide à domicile, Médecins généralistes…) à ces problématiques. Les prises en charge thérapeutiques sont également à adapter en fonction de l'âge et la variété d'offres (médicamenteuse ou non) n'est pas toujours connue des médecins généralistes. Une réponse proposée par les professionnels présents serait de développer des secteurs psychologiques autour d'EHPAD avec également la nécessité de pouvoir intervenir auprès des personnes âgées à domicile que ce soit pour le repérage ou l'orientation rapide vers des services spécialisés en prévention de la survenue d'une crise.

Il convient également de distinguer les besoins des personnes âgées en début de troubles psychiques et lorsque les troubles deviennent plus envahissants.

L'urgence peut être liée à la situation de la personne âgée ainsi qu'à l'épuisement de l'aidant : selon les professionnels interrogés, mieux vaut une unité de vie que l'hospitalisation. Eviter l'hospitalisation de la personne âgée est donc un objectif partagé par tous. Mais, pour les professionnels rencontrés, les équipes des établissements ou à domicile manquent de relais.

Le service de gérontopsychiatrie fonctionnant a minima, faute de gériatres, (cf. paragraphe 5.1.5) les personnes âgées avec des problématiques de santé mentale sont orientées vers des hospitalisations longues en psychiatrie. Par exemple, au Centre Hospitalier de Saint-Flour, les personnes âgées présentant des troubles cognitifs vont être hospitalisées dans le secteur fermé de psychiatrie, ce qui n'est satisfaisant pour personne. Toutefois cela donne du temps à la recherche d'une réponse médico-sociale. Cette situation peut être responsable d'un renforcement de l'isolement du patient : une évolution du service vers la prise en charge spécifique de patients âgés, tout en maintenant la sécurité nécessaire serait positive.

Pour les personnes hospitalisées sur une longue durée (en attente d'une stabilisation pour permettre par exemple une entrée en EHPAD), le service de psychiatrie peut être perçu comme un environnement sécurisant avec une présence de professionnels plus importante qu'en EHPAD. Les patients présentant des troubles psychiques ont un sentiment de sécurité plus élevé quand ils sont hébergés dans de petites structures avec un taux d'encadrement adapté. Toutefois, pour les ESMS qui pourraient théoriquement accueillir ce type de situation, une orientation MDPH est nécessaire et donc un diagnostic, ce qui est compliqué à obtenir.

5.3.2. Le parcours de vie

5.3.2.1. L'entrée et le maintien en EHPAD

Dans le Cantal, le taux d'équipement en place d'EHPAD est important. Bien que l'accès à ces établissements en soit facilité, quelques territoires restent en tension. Au-delà des places, le manque de moyens dans ces structures, et donc de temps à consacrer aux personnes âgées, a été évoqué par les professionnels soignants : par exemple, des personnes handicapées psychiques ayant vécu en établissement et arrivant en EHPAD nécessitent un accompagnement important or, la plupart du temps, les moyens humains disponibles ne le permettent pas.

En effet, les représentations négatives autour du malade mental, 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. L'intégration des personnes handicapées psychiques vieillissantes au sein d'un EHPAD est évoquée comme une piste à développer par les professionnels. Pour eux, il serait intéressant de mener un travail sur les représentations en lien avec la santé mentale avec les familles et les résidents pour faciliter l'intégration de ces publics.

Toutefois, selon les secteurs géographiques, les personnes âgées ayant des troubles psychiques sont acceptées plus ou moins facilement. Des EHPAD ont passé convention avec le secteur psychiatrie en vue d'accueillir des résidents de ce secteur. Ce partenariat entre la psychiatrie et les EHPAD a permis de lever les réticences et de faciliter l'entrée et le maintien des personnes âgées suivies en psychiatrie dans ces établissements. La possibilité de l'établissement de psychiatrie pour faire ré-hospitaliser un résident (et donc la possibilité d'hospitalisation en séquentiel pour des personnes âgées) sont des leviers facilitants.

5.3.2.2. La personne âgée à domicile

Au grand âge, ce seront les aidants naturels, l'équipe de soins primaires ainsi que les services d'aide à domicile qui sont en première ligne de l'état de santé de la personne âgée. Les professionnels rencontrés soulignent le manque de formation des professionnels de l'aide à domicile en santé mentale, que ce soit pour les signes de repérage, pour l'accompagnement ou pour l'orientation de ces personnes. Les personnes âgées qui sont particulièrement concernées par les problématiques d'isolement et de mobilité, auront plus difficilement accès aux professionnels.

Les aidants naturels ont une place particulièrement importante dans la prise en charge des personnes âgées. Les aidants présents au focus groupes soulignent leur manque de connaissances des structures et services existants et la difficulté à s'adresser à l'interlocuteur adapté. Les accueils de jour (absence à Saint-Flour) offrent un répit aux familles qui les utilisent mais restent sous-utilisés. Plusieurs raisons sont avancées : sentiment de culpabilité, coûts liés aux transports, organisation…

Les organismes tutélaires sont également des acteurs importants dans la prise en charge des personnes en difficultés. Souvent sollicités sur les choix à faire, ils expriment les difficultés à être intégrés dans les acteurs de la prise en charge des personnes âgées. Ils sont souvent bien identifiés par les acteurs du domicile et reçoivent des alertes sur des changements de comportement ou de situation. Toutefois, ils restent démunis quant aux

ressources mobilisables dans ces cas-là. La liberté de choix des personnes et la nécessité de la placer au centre de sa prise en charge n'est pas toujours, selon les professionnels, aisée à respecter.

Le rôle des différents professionnels de santé libéraux intervenant au domicile de personnes âgées n'a pas été évoqué mais mériterait d'être exploré.

5.3.3. Les déterminants de la santé

Les ressources sociales ayant pour objectif la rupture de l'isolement de la personne âgée sont très importantes pour ce public. Plusieurs réseaux existent dans le Cantal, les arrondissements de Saint-Flour et Mauriac semblent moins bien couverts par ce type de ressources.

L'hospitalisation de la personne âgée est déterminante dans son parcours de soins. Elle peut être la cause de rupture de parcours mais à l'inverse peut être le début ou la création de lien dans un parcours de refus de soins ou de prise en charge. Elle peut en effet, permettre la mise en place de bilans propices au démarrage d'un nouveau projet de vie : sous réserve de disponibilité en professionnels soignants.

Les personnes âgées

En résumé

L'offre de prise en charge des personnes âgées est importante et variée. Que ce soit sur le handicap psychique, la pathologie mentale d'une personne vieillissante, ou les maladies mentales associées à l'âge, des dispositifs existent et prennent en charge les patients. Néanmoins, ces constats sont à relativiser :

- au regard difficultés de recrutements de professionnels qualifiés et de l'absence de compétences suffisantes sur le département,
- ainsi que des faiblesses de repérage et/ou du diagnostic de la dépression et de la démence.

Ces deux points sont des freins important aux évolutions attendues du milieu sanitaire et médico-social dans les années à venir.

Pour ce faire, les professionnels attendent une clarification des missions de la psychiatrie et de la gériatrie départementale, la mise en place d'une plateforme de coordination des acteurs associée à une montée en compétences des professionnels de l'hébergement et du domicile dans le repérage et l'alerte de situations à risque.

Enfin, cette mise en réseau ne pourra pas être complète sans un travail auprès des aidants naturels.

Forces

- Nombre de places importantes en EHPAD.
- Les professionnels de l'aide à domicile sont une ressource importante de repérage des troubles.
- Développement d'actions de prévention primaire en santé mentale dans le cadre de la conférence des financeurs pour la santé et l'autonomie.
- Existence de temps de psychologue dans les EHPAD.
- Intervention des infirmiers des CMP en EHPAD.
- Expérimentation d'ouverture des EHPAD vers l'extérieur (repas partagés, activités intergénérationnelles…).
- Peu de ruptures de soins lors de changement de parcours chez des personnes âgées avec des troubles psychiatriques déjà suivis.
- Conventionnement de certains EHPAD avec la psychiatrie pour accueillir des personnes âgées avec des troubles psychiatriques déjà suivis.

Faiblesses

- Le secteur médico-social intervenant auprès des personnes âgées est également fragilisé par des difficultés de recrutement tous professionnels confondus.
- La géographie du territoire complexifie l'"aller vers" des professionnels et augmente l'isolement des personnes âgées.
- Mauriac est plus en difficulté que les 2 autres arrondissements.
- Les remontées d'informations des professionnels de l'aide à domicile ne sont pas toujours exploitées.
- La gériatrie et la géronto-psychiatrie sont insuffisantes sur tout le département.

- Désintérêt, ressenti par les professionnels interrogés, de la psychiatrie pour la personne âgée.
- Pas assez de structures d'étayage pour accompagner les professionnels dans le maintien des personnes âgées avec des problématiques de santé mentale à domicile.
- Le grand nombre de modalités de prises en charge possible pour la personne âgée donne l'impression d'un "millefeuille" manquant de coordination.
- Pas assez de dépistage des problématiques de santé mentale chez la personne âgée (dépression, anxiété, démence…).
- Manque de compétences dans certains EHPAD pour prendre en charge des personnes âgées avec des problématiques de santé mentale.
- Pas assez d'accompagnement des aidants naturels (pour eux-mêmes et pour la personne accompagnée).
- Manque de liens entre les organismes tutélaires et les structures sanitaires et médico-sociales.

Opportunités

- Mettre en place des professionnels de santé référents pour la personne en complémentarité des médecins généralistes pour prévenir les hospitalisations d'urgence (infirmière du dispositif ASALEE par exemple).
- Développer des formations en santé mentale (prévention et prise en charge) pour les professionnels des EHPAD et de l'aide à domicile et accompagner les équipes avec des référents techniques spécialisés (analyse de la pratique par exemple).
- Faire évoluer les places en EHPAD pour s'adapter aux publics.
- Ouvrir les EHPAD sur la cité pour maintenir les compétences psychosociales des personnes âgées.
- Le dépistage et la mise en place de soins doivent être accompagnés par une équipe pluridisciplinaire de géronto psychiatrie.
- Demande de mise en place d'une plateforme de coordination santé mentale pour les médecins libéraux et les professionnels du domicile facilitant la communication entre eux, ainsi que la connaissance des acteurs mobilisables.
- Explorer d'avantage la place des professionnels libéraux dans l'accompagnement des personnes âgées avec des problématiques de santé mentale.

Axes recommandations

Eléments transversaux

1/ Représentations sur les troubles psychiques, stigmatisation des patients

Destigmatiser les troubles psychiques, faire évoluer les représentations sur les troubles psychiques, sur les prises en charge (la psychiatrie), sur le rétablissement possible et sur l'insertion sociale.
Idée d'action : Déployer la Semaine d'Information en Santé Mentale sur le Cantal

Améliorer les connaissances sur les troubles psychiques, les ressources, les types de prises en charge. Diffusion d'une culture commune.
Idée d'action : Mettre en place des Conseils Locaux de Santé Mentale

2/ Suite au repérage, proposer un premier accueil

Proposer un premier accueil et une première prise en charge pluridisciplinaire paramédicale, éducative et sociale.

3/ Diminuer les risques de rupture de parcours de soins pour les personnes présentant des troubles psychiques.

Développer le lien entre médecins généralistes et la psychiatrie pour faciliter le suivi et accélérer les prises en charge lors de situations pré-crises.
Idée d'action : Partage d'informations → médecins généralistes en première ligne avec psychiatre en soutien.

Améliorer le partenariat entre le soin, le social, les acteurs de la ville et de l'hôpital, (interconnaissance, culture commune, communication, coordination, concertation…).
Idées d'action : Animer des lieux de rencontre, des lieux d'échanges de pratiques… Organiser régulièrement, sur un territoire donné, des réunions pluri-structures et pluri-professionnels.

Articuler les interventions autour des patients.
Idée d'action : Développer l'éducation thérapeutique du patient.

Articuler les actions des professionnels intervenant autour des patients.
Idées d'action : Mettre en place un référent de parcours en amont et en aval du premier accueil. Mesurer l'intérêt d'installation de psychologues dans les MSP

Développer les réponses mobiles.
Idées d'action : Renforcer l'existant (équipe mobile précarité, équipes mobiles de psychiatrie, équipes mobiles éducatives) et combler les manques (équipe mobile de gérontopsychiatrie).

Développer des outils de communication.
Idées d'actions : Pour les professionnels (Mon SISRA / Mes Patients) et en direction des patients (DMP, documents d'informations…)

S'appuyer sur les dispositifs territoriaux pour développer la filière santé mentale
Idées d'action : GHT, CLS, MAIA…

4/ Améliorer l'accès aux soins somatiques

Accompagner le déploiement d'infirmier en pratique avancée spécialisés en santé mentale sur le département.
Idées d'action : En hospitalier pas uniquement dans les services de psychiatrie et en libéral sur le modèle des infirmières ASALEE.

Accompagner les publics avec des problématiques en santé mentale dans l'accès à leurs droits et aux soins.
Idées d'action : Bilan de santé, Médiation Santé et plateforme Pfidass.

5/ Développer l'articulation entre les professionnels concernés par la gestion de crise

Mettre en place un lieu d'échange autour de situations pour travailler sur la pré et la post-crise.
Idées d'action : Interconnaissance de chacun. Rédaction de protocole. Développer la télé-expertise professionnels de santé / psychiatrie.

Renforcer les compétences des professionnels d'intervention à l'accompagnement des publics (patients et aidants) lors de crises et les informer sur les dispositifs existant d'orientation post-crise.
Idées d'action : Sensibilisation des équipes de gendarmerie, des urgences, du SDIS…

Développer un réseau de prévention de la crise suicidaire
Idées d'action : En prévention primaire (veille), secondaire (alerte, diagnostic) et tertiaire (tentative de suicide et risque de récidive).

6/ Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des patients

Développer les pratiques de réhabilitation psycho-sociale, de pair-aidance et informer les professionnels de leurs existences.
Idées d'action : Impliquer les patients experts et s'appuyer sur des actions probantes.

Les enfants

Renforcer, officialiser les rencontres entre les professionnels intervenant auprès d'un enfant. Mettre en place des référents de parcours (en amont des soins et au cours des soins) pour tous les enfants suivis par plusieurs professionnels.
Idées d'action : Développer la méthodologie du dispositif RAPT et les PAG , et l'élargir à d'autres publics. Retravailler les partenariats entre le secteur médico-social et la pédopsychiatrie. Optimiser les dispositifs existants comme le DITEP et l'équipe mobile de pédopsychiatrie.

Améliorer la reconnaissance de la place des parents.
Idées d'action : Développer les formations, les actions de soutien à la parentalité pour les parents vulnérables (avec des problématiques de santé mentale) ou pour les parents d'enfants ayant des problématiques de santé mentale.

Développer des formations sur les compétences psychosociales et la remédiation cognitive.
Idées d'actions : Formation à la gestion de crise pour les assistantes familiales, les équipes éducatives...

Renforcer la prise en charge après le dépistage / orientation.
Idées d'actions : Développer et mieux informer de l'existence de la première consultation en pédopsychiatrie.

Les adolescents, jeunes adultes

Renforcer et développer les lieux d'écoute à destination des adolescents et jeunes adultes et faciliter l'accès à ceux existant (*Maison des Adolescents, CJC...*).
Idées d'action : Proposer une consultation spécifique des médecins généralistes pour les adolescents.

Améliorer la reconnaissance de la place des parents.
Idées d'action : Intégrer les questions de santé mentale et parentalité dans le futur schéma enfance / famille du département.

Articuler la prise en charge entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.
Idées d'action : Organiser une équipe de psychiatrie "jeunes 16-25 ans".

Répondre au besoin de lits d'hospitalisation spécifiques aux adolescents.
Idées d'action : Organiser un service de psychiatrie "ados/jeunes" ouvert 7jrs/7 24h/24.

Construire des réponses pluridisciplinaires pour la gestion des crises violentes chez les adolescents. Anticiper la difficulté d'accès des ados les plus éloignés géographiquement.
Idées d'action : S'appuyer sur le GHT et les antennes existantes (Maison des Adolescents, CJC, missions locales,…) pour faire monter en compétences les professionnels concernés sur santé mentale et adolescence. Organiser un appui de ces services par la psychiatrie (télémédecine).

Renforcer les réponses individualisées aux enfants en établissement (IME, ITEP, MECS, famille d'accueil)
Idées d'action : Inclusion scolaire à temps partiel, complète, hébergement en internat, quelques jours par semaine, hébergement temporaire en alternative à l'hospitalisation…

Développer les actions de prévention autour des compétences psychosociales.
Idées d'action : Expérimentation Alliance porté par l'Education Nationale, actions de préventions des addictions portées par l'association ANPAA…

Les adultes

Améliorer le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques.
Idée d'action : Inciter les MSP à développer des projets de santé mentale. Valoriser le rôle des infirmiers des ESMS dans le suivi somatique, développer une prévention adaptée (santé bucco-dentaire, alimentation, substances psychoactives, gynécologiques…).

Développer l'articulation entre la psychiatrie, l'addictologie et l'accès à la prévention et aux soins en addictologie dans les territoires ruraux.
Idée d'action : Formaliser un partenariat Psychiatrie, Addictologie et CSAPA en s'appuyant sur le travail mené au CH de Mauriac.

Développer les possibilités d'accompagnement physique du patient vers le soin somatique.

Développer des expérimentations de téléconsultations.

Développer, élargir les dispositifs d'accompagnement des publics fragiles vers les soins (« aller vers » et accompagnement individuel).
Idées d'action : Equipe mobile précarité, Pôle de Santé Publique du CH d'Aurillac, Dispositif IMPACT 15…

Aider les travailleurs sociaux dans l'accompagnement des personnes avec des problématiques de santé mentale.
Idées d'action : Formation des travailleurs sociaux, mise à disposition d'un conseil technique.

Réduire la saturation des services de psychiatrie.
Idée d'action : Positionner la psychiatrie comme un centre ressource expert venant en soutien des équipes médico-sociales pour les prises en charge légères et comme un acteur de 1ère ligne soutenu par les équipes médico-sociales pour les prises en charge lourdes.

Mieux informer les aidants naturels des ressources existantes et des possibilités de prise en charge.

Les personnes âgées

Réaliser des diagnostics pluridisciplinaires (gérontologie, neurologie et psychiatrique) pour les personnes âgées ayant des troubles du comportement. Dans un contexte de ressources complexes.
Idée d'action : Mettre en place des professionnels de santé référents pour la personne en complémentarité des médecins généralistes pour prévenir les hospitalisations d'urgence (infirmière du dispositif ASALEE par exemple). Mise en place d'une plateforme de coordination santé mentale pour les médecins libéraux et les professionnels du domicile facilitant la communication entre eux, ainsi que la connaissance des acteurs mobilisables.

Articuler la prise en charge en fonction des pathologies (pathologies psychiatriques, démences, troubles neurodégénératifs, comorbidités).

Former des professionnels d'EHPAD ou du domicile dans l'accueil de personnes âgées ayant des troubles psychiques.

Renforcer le partenariat entre la psychiatrie et les EHPAD.
Idées d'action : Soutien des équipes, suivi des patients (évaluation de la nécessité de suivi), possibilité d'hospitalisation séquentielle du patient.

Répondre au besoin d'une unité cognitivo-comportementale (UCC).
Idée d'action : Promouvoir le territoire pour l'installation de professionnels de santé (l'UCC d'Aurillac ayant fermée faute de gériatres).

Accompagner à l'entrée en établissement les publics avec des problématiques de santé mentale.

Permettre l'accès des personnes âgées à des ressources permettant d'apaiser les souffrances psychiques dues au vieillissement.
Idée d'action : Organiser des temps de psychologue en EHPAD.

Clarifier et articuler les ressources mobilisables dans la prise en charge de la personne âgée
Idées d'action : Déploiement de la méthodologie des prises en charge Maia à d'autres publics. S'appuyer sur l'exemple des réseaux polyvalents de soins pour faciliter les prises en charge multiples

Annexe

ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES - FAM / SAMSAH / MAS
Compétence CNSA

Foyer d'Accueil Médicalisé (sections soins)	Adresse	Organisme gestionnaire	Capacité	Handicap
FAM La Devèze	15230 Paulhenc	Association Les Bruyères	42	Annexé au foyer occupationnel 58 lits- Adultes des 2 sexes - + de 60 ans (déficience intellectuelle) 10 places dédiées au PHV
FAM Riom-ès-Montagnes	15400 Riom ès Montagnes	AGN - NAFSEP	36	Sclérosés en plaque (tous types de déficience)
FAM "Bos Darnis"	15310 ST Illide	ADSEA	43	10 places Déficience du psychisme, 25 places déficience intellectuelle avec troubles associés, 8 places PHV de plus de 55 ans
FAM de l'ARCH	15000 AURILLAC	Association ARCH	16	Déficience motrice avec troubles associés : (10 Hébergement complet - 1 Accueil temporaire) Déficience motrice sans TA: (5 AJ)
FAM Pierrefort	15230 Pierrefort	Association Villebouvet	30	Cérébrolésés (30 places dont 5 hébergements temporaires)
FAM St-Flour annexé au foyer d'hébergement "Les Orgues"	15101 SAINT-FLOUR	ADAPEI	8	Personnes handicapées vieillissantes de plus de 55 ans
FAM Autisme	Annexe à la MAS d'Aron	ADAPEI	8	8 places autisme ou troubles envahissants
TOTAL FAM			183	

SAMSAH	15000 AURILLAC	ADAPEI	39	Prises en charge permanentes et ponctuelles Prestation en milieu ordinaire (tous types de déficiences) dont 4 places déficience du psychisme
TOTAL GENERAL			222	

Maison d'Accueil Spécialisé	Adresse	Organisme gestionnaire	Capacité	Handicap
MAS d'Aron	15000 Aurillac	ADAPEI	86	52 places - Retard Mental profond et sévère avec troubles associés : 22 places Polyhandicap: 18 places Autistes : 12 places 42 Hébergement Complet 4 Accueil Temporaire 6 Accueil de jour
Annexe MAS Aron "La Feuilleraie"	15250 Crandelles	ADAPEI		34 places: 9 place poly , 17 places retard mental profond, 8 places autisme
MAS ILOTOPIE	15002 AURILLAC	CH AURILLAC	30	Toutes déficiences dont 5 places déficience du psychisme
MAS - Accueil temporaire et de jour	15400 Riom-ès-Montagnes	AGN - NAFSEP	8	Sclérose en plaque
TOTAL GENERAL			124	

Equipe Mobile Autisme Enfants/adultes	15000 AURILLAC	ADAPEI	20	

ARS-DT15 Mise à jour le 25/09/2019

ETABLISSEMENTS POUR ADULTES - ESAT
COMPETENCE ETAT

Établissement et le Service Aide par le Travail	Commune	Organisme gestionnaire	Capacité	HANDICAP
ESAT d' Anjoigny	15310 St-Cernin	ADSEA	55	Retard moyen et profond - 50 places en déficiences intellectuelles (SAI) avec troubles associés et 5 places en déficience du psychisme
ESAT d'Olmet	15800 Vic-sur-Cère	Association ACAP OLMET	52	Handicap : maladie mentale et troubles associés
ESAT Conthe	15000 Aurillac	ADAPEI	80	Déficience intellectuelle - Troubles mentaux légers, moyens et profonds
ESAT de Pont de Julien	15000 Aurillac	ADAPEI	80	Toutes déficiences - troubles légers, moyens et profonds
ESAT l'ARCHE	15000 Aurillac	Association ARCH	43	Retard mental léger et profond - Troubles moteurs
ESAT de La Redonde	15200 Mauriac	ADAPEI	48	Retard mental léger, moyen et profond
ESAT de Montplain	15100 StFlour	ADAPEI	50	Age en fonction de leurs possibilités puis de la retraite au regard de la législation Handicap : mental, déficience intellectuelle, troubles du comportement
ESAT Hors Murs Aurillac	15000 Aurillac	ADAPEI	15	Handicap mental léger à moyen - troubles du comportement légers à modérés - troubles cognitifs
TOTAL GENERAL			**423**	

Etablissements et services
Secteur PH relevant du Conseil départemental 15

25/09/2019

Places autorisées	Noms	Association	Modifications / Observations	A venir
8 Foyers de vie : 374 places				
o **St Illide** : 22 places Tous types de déficiences	Bos Darnis	ADSEA	22 places dont 2 accueil temporaire	
o **Paulhenc** : 52 places DI	La devèze	LES BRUYERES	DI avec troubles associés	
o **Laroquebrou** : 42 places Déficiences visuelles avec troubles associés	Hilaire Maleysson	HANDI-AIDE	OK	
o **Ytrac** : 98 places Déficiences du psychisme	Château d'Espinassol	ASCL'AAH	52 places d'hébergement 30 places accueil éclaté 12 places familles d'accueil 4 places accueil temporaire	
o **Mauriac** : 40 places Déficiences du psychisme		ADAPEI		ouverture novembre 2019
o **Le rouget** : 40 places Déficiences visuelles avec troubles associés		HANDI-AIDE		ouverture décembre 2019
o **Boisset** : 40 places Déficiences du psychisme		St-NICOLAS		ouverture début 2020
o **Vezac** : 40 places Déficience du psychisme	Louradou	OLMET		ouverture début 2020
4 SAVS : 90 places + 1 SAMSAH : 39 places				
o **Paulhenc** : 15 places retard mental moyen	SAVS Les Bruyères	LES BRUYERES		
o **St-Cernin** : 15 places retard mental profond ou sévère	SAVS Anjoigny	ADSEA		
o **Aurillac** : 50 places retard mental profond ou sévère	SAVS ADAPEI	ADAPEI		
o **Aurillac** : 10 places Tous types de déficiences	SAVS ARCH	ARCH'		
o **Aurillac** : 39 places SAMSAH dont 4 handicap psychique	SAMSAH ADAPEI	ADAPEI		
7 Foyers d'hébergement : 298 places				
o **Mauriac** : 34 places Retard mental profond ou sévère	L'Oiselet	ADAPEI	DI avec troubles associés	
o **Saint-Flour** : 35 places Tous types de déficiences	Les Orgues	ADAPEI	DI avec troubles associés	
o **Aurillac** : 82 places retard mental profond ou severe	Tronquières	ADAPEI	DI avec troubles associés	
o **Vic sur Cere** : 43 places DI	Foyer d'Olmet	OLMET	Déficiences du psychisme	
o **Aurillac** : 39 places DI	Aron	ADAPEI	DI avec troubles associés	
o **Saint -Cernin** : 47 places retard mental profond ou sévère	Anjoigny	ADSEA	DI avec troubles associés (40 places hébergement en foyer) Déficience du psychisme (5 places hébergement éclatées) Tout type de déficiences PH (2 places accueil temporaire)	
o **Aurillac** : 18 places tous types de déficiences	Arch	ARCH'	Déficiences motrices avec troubles associés	
8 accueils de jour (adossés à un foyer d'hébergement ou de vie) : 73 places				
o **Aurillac** : Accueil de jour de 22 places tous types de déficiences	Accueil de jour Les Olympiades	ADAPEI	Accueil de personnes qui travaillent à l'ESAT	
o **Mauriac** : Accueil de jour de 5 places DI avec troubles associés	Accueil de jour L'Oiselet	ADAPEI	Accueil de personnes qui travaillent à l'ESAT	
o **Saint-Flour** : Accueil de jour de 5 places DI avec troubles associés	Accueil de jour Les Orgues	ADAPEI	Accueil de personnes qui travaillent à l'ESAT	
o **Saint-Cernin** : Accueil de jour de 10 places DI avec troubles associés	SAJMT Anjoigny	ADSEA	Accueil de personnes qui travaillent à l'ESAT	
o **Vic sur Cere** : Accueil de jour de 5 places Déficiences du psychisme	Accueil de jour Olmet	OLMET	Accueil de personnes qui travaillent à l'ESAT	
o **Ytrac** : Accueil de jour de 6 places Déficiences du psychisme	Accueil de jour Château d'Espinassol	ASCL'AAH	accueil de personnes extérieures au foyer	
o **St-Illide** : atelier occupationnel de 20 places Tout type de déficiences	Atelier occupationnel	ADSEA	accueil de personnes extérieures au foyer ou au FAM	

Définition

Education thérapeutique du patient (ETP)

Organisation **mondiale de la santé (OMS)** : « l'éducation thérapeutique a pour objectif de **former le malade pour** qu'il puisse acquérir **un savoir-faire adéquat**, afin d'arriver à un **équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie**. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants » (OMS, janvier 1999).

Finalités (2009 - HAS)

L'éducation thérapeutique du patient participe à l'**amélioration de la santé** du patient (biologique, clinique) et à l'**amélioration de sa qualité de vie** et de **celle de ses proches**.
Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutiques sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluations des effets.

Les compétences d'auto-soins :

- soulager les symptômes ;
- prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure ;
- adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement ;
- réaliser des gestes techniques et des soins ;
- mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.) ;
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- et **impliquer son entourag**e dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Les compétences d'adaptation :

- se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- prendre des décisions et résoudre un problème ;
- se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- s'observer, s'évaluer et se renforcer.

SIGLES

AAH : Allocation adulte handicapé
ACT : Appartements de coordination thérapeutique
AEMO : Équipe action éducative en milieu ouvert
AESH : Accompagnant des élèves en situation de handicap
AFAPCA : Association
ALD : Affection longue durée
ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
APAJ15 : Association polyvalente d'actions judiciaires - service d'aide aux victimes
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASH : Adaptation scolaire et scolarisation des élèves en situation de handicap
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIDFF 15 : *Centre d'information sur les droits des femmes et des familles* 15
CJC : Consultations jeunes consommateurs
CMP : Centre médico-psychologique
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Dahlir : Dispositif d'accompagnement du handicap vers des loisirs intégrés et régulier
EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMP : Équipe précarité
EMPP : Équipe mobile précarité psychiatrique
EPCI : Établissement public de coopération intercommunal
ESAT : Établissement et service d'aide par le travail
ESMS : Établissements et services médico-sociaux
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
GHT : Groupe hospitalier de territoire
IME : Instituts médico-éducatifs
ITEP : Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques
LHSS : Lits halte soins santé
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MDA : Maison départementale de l'autonomie
MDA : Maison des adolescents
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MECS : Maisons d'enfants à caractère social
MPA : Maison pour apprendre
MSA : Mutuelle sociale agricole
MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelle
OMS : Organisation mondiale de la santé
PAEJ : Point accueil écoute jeune
PAG : Plan d'accompagnement global
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PFS : Placements familiaux spécialisés
PHV : Personne handicapée vieillissante
PMI : Protection maternelle et infantile
RAPT : Réponse accompagnée pour tous
RASED : Réseau d'aides spécialisés aux élèves en difficulté
RSA : Revenu de solidarité active
SAD : Service d'aide à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social des personnes handicapées
SAS : Service d'accompagnement spécialisé
SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale
SDT ou SDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non
SDRE : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPI : Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
UCC : Unité cognitivo comportementale
UDAF : Union départementale des associations familiales
UHR : Unité d'hébergement renforcé
ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire
UMAS : Unité mobile d'accueil d'enfant à besoin spécifiques
UMD : Unité médicale