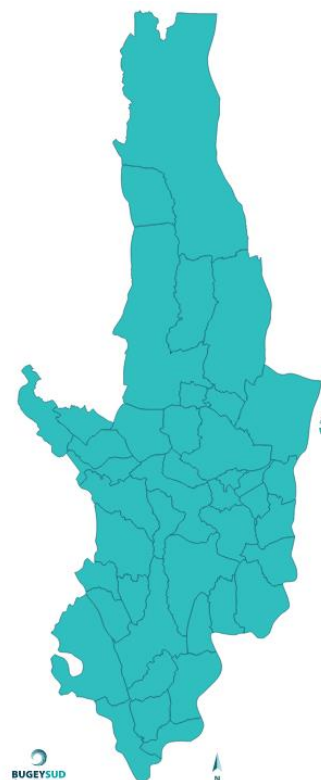




Diagnostic local de santé mentale

Territoire Bugey-Sud (01)

*Réalisé dans le cadre du développement du
Conseil Local de Santé Mentale Bugey-Sud*



1^{er} semestre 2023

Auteure

Marina PEUVERGNE – médiatrice de réseaux en santé mentale, coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale Bugey Sud - service de la Coordination santé mentale de l'Ain – Centre psychothérapeutique de l'Ain

Contributeurs

Ingrid BORGEY-JACOB – chargée de mission Politique de la ville – Communauté de communes Bugey-Sud

Charlotte COLLOD – chargée de mission santé publique – Agence régionale de santé délégation 01

Sonia CORTEL – responsable de de la Coordination santé mentale de l'Ain – Centre psychothérapeutique de l'Ain

Cécile DURUPT – Cadre de santé de proximité CMP CATTP CMPIJ de Belley

Amandine PEJOAN – directrice du CCAS de Belley

Cécile PERON – directrice opérationnelle de la CPTS Bugey-Sud

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes ayant contribué à la démarche diagnostic, que ce soit pour avoir relayé les outils d'enquête (questionnaires), avoir accordé de leur temps pour les entretiens et/ou les questionnaires, nous avoir partagé certains documents venant alimenter le diagnostic.

Nous remercions les membres du comité de pilotage du CLSM Bugey-Sud pour leur confiance dans la réalisation de ce travail, nécessaire à l'élaboration d'une feuille de route s'articulant autour d'axes stratégiques venant répondre aux besoins et priorités locaux.

Table des matières

Glossaire	4
Contexte de mise en place d'un conseil local de santé mentale dans le Bugey-Sud	6
Qu'est-ce qu'un conseil local de santé mentale ?.....	6
Emergence du CLSM dans le Bugey-Sud	7
Mise en œuvre du projet sur le territoire	7
Diagnostic de santé mentale sur le territoire Bugey-Sud	9
Santé mentale : de quoi parle-t-on ?	9
Prévention et promotion de la santé	12
Les déterminants de la santé mentale	13
Données de santé mentale à Bugey-Sud.....	15
Troubles psychiques et neurologiques.....	15
Principaux facteurs de risque d'apparition des problèmes de santé mentale.....	18
Déresse psychologique	20
Ressources locales et besoins exprimés.....	24
Accès et recours aux services de soutien et d'accompagnement pour la santé mentale	31
Continuité des soins en santé mentale	40
Espaces publics et environnement ambiant	41
Synthèse des données	43
Perspectives pour le CLSM de Bugey-Sud	45
ANNEXES	46
Annexe 1 – Tableau synthétique des éléments populationnels et thématiques du rapport de la CTG.	47
Annexe 2 – Questionnaire grand public.....	48
Annexe 3 – Questionnaire professionnels	48
Annexe 4 : Structures et dispositifs rencontrés dans le cadre des entretiens.....	48

Glossaire

ADSEA – Association de sauvegarde de l’Enfant à l’Adulte 01

APAJH – Association pour Adultes et Jeunes Handicapés

ARS – Agence Régionale de Santé

AuRA – Auvergne Rhône-Alpes

AVEMA – Aide aux Victimes et Médiation dans l’Ain

CAF – Caisse d’Allocation familiales

CATTP – Centre d’Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CCAS – Centre Communal d’Action Sociale

CCBS – Communauté de Communes Bugéy-Sud

CCOMS – Centre Collaborateur de l’Organisation Mondiale de la Santé

CEDA’Ain - Centre d’évaluation et de diagnostic de l’Autisme

CH – Centre Hospitalier

CIDFF – Centre d’information sur les Droits des Femmes et des Familles

CIO – Centre d’Information et d’Orientation

CJC – Consultation Jeunes Consommateurs

CLIC – Centre Local d’Information et de Coordination

CLAS – Contrat Local d’Accompagnement à la Scolarité

CLSM – Conseil Local de Santé Mentale

CMP – Centre Médico-Psychologique

COFIL – Comité de Pilotage

COTECH – Comité Technique

COSM01 – Coordination Santé Mentale de l’Ain

CPA – Centre Psychothérapique de l’Ain

CPAM – Caisse Primaire d’Assurance Maladie

CPEF – Centre de Planification et d’Education Familiale

CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSAPA – Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP - Catégorie Socio-Professionnelle

CTG – Convention Territoriale Globale

DAC – Dispositif d’Appui à la Coordination

DTSM – Diagnostic Territorial de Santé Mentale

EHPAD – Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EN – Education Nationale

ESA – Equipé Spécialisée Alzheimer

ESAT – Etablissement et Service d’Aide par le Travail

FAM – Foyer d’Accueil Médicalisé

GT – Groupe de Travail

IME – Institut Médico-Educatif

MCO – Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG – Médecin Généraliste

MILDECA – Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

MSA – Mutualité Sociale Agricole

PA – Personnes âgées

PASS – Permanence d’Accès aux Soins de Santé

PCO – Plateforme de Coordination et d’Orientation

PEDT – Projet Educatif de Territoire

PMI – Protection Maternelle Infantile

PMR – Personnes à Mobilité Réduite

PSSM – Premiers Secours en Santé Mentale

PTSM – Projet Territorial de Santé Mentale

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

QPV – Quartier Politique de la Ville

RDV – Rendez-Vous

SESSAD – Service d’Education Spéciale et de Soins à Domicile

SIAO – Service Intégré d’Accueil et d’Orientation

SSIAD – Services de Soins Infirmiers à Domicile

TDAH – Trouble de l’Attention avec ou sans Hyperactivité

TND – Troubles du neuro-développement

UNAFAM – Union Nationale de Familles et d’Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Contexte de mise en place d'un conseil local de santé mentale dans le Bugey-Sud

Qu'est-ce qu'un conseil local de santé mentale ?

Le développement des **Conseils Locaux de Santé Mentale** (CLSM) donne suite à plusieurs incitations historiques, notamment de la Circulaire du 15 janvier 1974, du Rapport Couty en 2009, du Rapport du Haut Conseil de Santé Publique (2011), du Plan de Santé Mentale (2011-2015), du Discours de la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, en 2013, du Rapport Robiliard en décembre 2013, et enfin du Rapport Devictor en 2014.

C'est finalement dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et suite à l'instruction de la DGS et de la CGET du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des CLSM dans le cadre des contrats de ville, que s'inscrivent pleinement le développement des CLSM.

Les CLSM sont définis comme des « **espaces de concertation et de coordination** entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Ils [ont] pour objectif de **définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées**. [Ils permettent] une **approche locale et participative** concernant la prévention et le parcours de soins, associent les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définissent des objectifs stratégiques et opérationnels » (« Les conseils Locaux de Santé Mentale – Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM »).

Ces éléments traduisent la nécessité de développer des CLSM sur les territoires, et notamment dans l'Ain où seul deux CLSM sont actifs à ce jour. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Projet Territorial de Santé Mentale de l'Ain (PTSM01) soutient une action qui est de développer les CLSM sur le territoire de l'Ain.

La **démarche partenariale** qu'enclenchent les CLSM leur permet de fonctionner de façon optimale. Ils sont garants de la **promotion et de la prévention en santé mentale**, luttent contre la stigmatisation en santé mentale, favorisent l'insertion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers, et permettent l'accès aux soins psychiatriques et la continuité des soins. Enfin, ils font office d'observatoire en santé mentale sur le ou les territoires qu'ils couvrent (Figure 1).

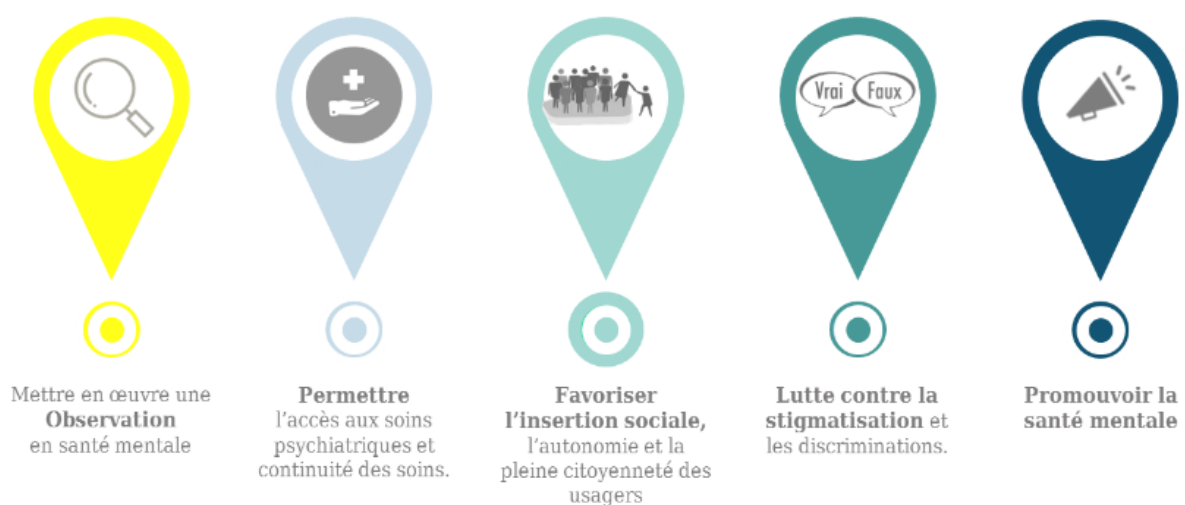


Figure 1 : Schéma des objectifs stratégiques des CLSM

Emergence du CLSM dans le Bugey-Sud

Le projet d'installation d'un CLSM sur le territoire de Bugey-Sud a émergé d'un constat post-covid des professionnels libéraux, et dû au contexte géopolitique actuel. La CPTS a alors procédé à un recueil des motifs de consultations de la patientèle des professionnels libéraux, et le besoin de développer un lieu d'écoute a été identifié. Le CCAS et la CPTS ont alors répondu à un Appel à Manifestation d'Intérêt de l'ARS pour mettre en place un lieu d'écoute sur le territoire, avec une attention particulière public jeune et en situation de précarité. En parallèle de ce projet, la ville de Belley a souhaité soutenir politiquement la mise en place d'actions autour de la santé mentale. La volonté de mettre en place un CLSM sur le territoire s'est alors traduite par des rendez-vous avec l'ARS et le CPA, qui ont manifesté leur soutien dans ce projet de territoire.

Mise en œuvre du projet sur le territoire

Les personnes impliquées et engagées à développer un CLSM se sont réunies lors d'une première réunion de cadrage en octobre 2022. Etaient réunis :

- La directrice opérationnelle de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Bugey-Sud
- La directrice du Centre communal d'action sociale (CCAS) de Belley
- La chargée de mission santé publique de la délégation de l'Ain de l'Agence régionale de santé (ARS)
- La responsable de la Coordination santé mentale de l'Ain (COSM01), accompagnée de la coordinatrice du CLSM d'Oyonnax-Bellignat et candidate à la coordination du CLSM Bugey-Sud

Etait excusé le service Politique de la Ville de la Communauté de communes Bugey-Sud (CCBS).

Cette réunion a permis aux différents membres impliqués dans le développement du CLSM de se rencontrer, d'aborder des points essentiels à la mise en place du CLSM sur le territoire, à savoir :

- Le cadre de développement et de fonctionnement d'un CLSM
- Les attendus au niveau de l'ARS, notamment l'engagement écrit des collectivités à s'impliquer dans la démarche
- La fonction d'un coordinateur CLSM
- Les points fonctionnels et budgétaires du CLSM
- Echanges quant à la réponse à l'appel à projet de l'ARS, qui a été déposé par la COSM01 en octobre 2022

La réponse à l'appel à projet ayant été favorable (réponse en novembre 2022), le développement du CLSM a débuté en décembre 2022, via la mise en place d'un diagnostic territorial de santé mentale, dont a été missionnée la coordinatrice du CLSM.

Ce CLSM couvrira le territoire de la CCBS, à savoir 42 communes (Cf figure 2). La CCBS a manifesté son intention de rejoindre la dynamique en tant que co-porteur du CLSM en janvier 2023.



Figure 2 : Territoire couvert par le CLSM

Dans le cadre du lancement du CLSM, la mise en place d'une démarche diagnostic est pertinente. Elle est un instrument de connaissance mais aussi de changement. Elle est une étape nécessaire à la mise en place d'une dynamique territoriale en santé mentale, puis d'interventions. Elle est une aide à l'élaboration des politiques à mettre en œuvre, et à la définition des axes stratégiques à déployer au sein du CLSM.

Diagnostic de santé mentale sur le territoire Bugey-Sud

Notre démarche diagnostic répond à l'objectif de « mettre en œuvre une observation en santé mentale ». Elle vise plus particulièrement à :

- Mettre en lumière certaines données chiffrées concernant la prévalence des troubles mentaux et neurologiques sur le territoire
- Identifier les principaux facteurs de risque d'apparition des problèmes de santé mentale
- Identifier des facteurs explicatifs de la détresse psychologique sur le territoire
- Identifier les ressources territoriales existantes
- Considérer les attentes et les demandes des professionnels du territoire
- Identifier ce qui facilite et freine l'accès et le recours aux services de soutien et d'accompagnement en lien avec la santé mentale ; ce qui facilite la continuité des soins
- S'approcher des représentations sociales de la santé mentale des professionnels du territoire

Plusieurs stratégies ont été mises en place pour obtenir ces informations :

- 1) Envoi d'un questionnaire auprès des professionnels, élus et bénévoles du territoire visant à nous approcher de leurs représentations de la santé mentale. 74 personnes ont répondu au questionnaire. Celui-ci a été largement diffusé par mail.
- 2) Diffusion d'un questionnaire auprès des habitants de Bugey-Sud pour identifier les facteurs facilitant ou restreignant l'accès aux soins biopsychosociaux en santé mentale. 104 répondants. Le questionnaire a été partagé à la ville de Belley et à la CCBS qui ont relayé sur certaines plateformes dédiées aux habitants.
- 3) Des entretiens auprès des professionnels et associations du territoire pour identifier leurs attentes et problématiques, mais aussi pour valoriser les ressources. 45 personnes représentant une structure ont été rencontrées ; parmi eux, quelques professionnels libéraux.
- 4) Enfin, plusieurs recherches documentaires ont été réalisées dans le but d'étayer les données recueillies via les questionnaires et entretiens, mais aussi pour éviter de reproduire des études qui auraient déjà été réalisées auparavant.

Répondre à ces objectifs, tous articulés autour du champ « santé mentale » demande au préalable de nous mettre au clair sur ce qu'inclut la notion de « santé mentale ».

Santé mentale : de quoi parle-t-on ?

Cette présentation s'appuie sur la définition de la santé mentale élaborée dans le cadre du Diagnostic Territorial de Santé Mentale (DTSM), communément admise par les personnes qui ont participé à son élaboration.

La santé mentale est une composante importante de notre santé. **Elle est la recherche permanente d'un équilibre entre toutes les dimensions de notre vie** : émotionnelle, psychique, physique, sociale, spirituelle, économique (Psycom, 2020). Notre santé mentale est influencée par nos conditions de vie (logement, activité, ressources, etc.), les événements marquants de notre vie (rencontres, deuils, séparations, etc.), la société dans laquelle nous vivons et nos valeurs personnelles (Pégon, 2019).

La santé mentale recouvre trois dimensions¹ :

¹ Il est précisé dans le rapport La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie, publié par le Centre d'analyse stratégique le 17 Novembre 2009, qu'une telle distinction fut établie lors de la première conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la santé des 52 États membres de la région Européenne de l'OMS.

- **Les troubles mentaux et neurologiques**, qui peuvent être caractérisés par un diagnostic médical basé sur des manuels de référence (CIM-11, DSM-V). Ils correspondent à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées, répondant à des troubles de durées variables, plus ou moins sévères et handicapants. Se manifestant sous différentes formes, ils se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec soi-même comme avec autrui.

Sont classées dans cette catégorie :

- Les *maladies psychiques* (troubles anxieux, phobies, TOC, dépression, troubles bipolaires, troubles addictifs, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité...);
 - Les *maladies neurodéveloppementales* qui se caractérisent par une perturbation du développement cognitif et affectif qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire ou professionnel, social et familial. Elles regroupent : les troubles du langage (dyslexie, dysphasie), les troubles déficitaires de l'attention (TDA/H), les troubles de la coordination et du traitement visuo-spatial (dyspraxie), les troubles du développement intellectuel, les troubles du spectre de l'autisme, le syndrome de Down, les troubles des apprentissages, les troubles de la communication ;
 - Les *maladies neurodégénératives* (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone).
- **La souffrance psychique ou détresse psychologique**, que l'OMS définit comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. C'est la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. »

Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la santé mentale (souffrance extrême, incapacitante, invalidante, aliénante). Elle peut se manifester par des états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, ou encore les troubles dépressifs. La souffrance professionnelle, le stress, les troubles psychosomatiques, font partie des formes de mal-être incluses dans cette notion. Lorsque cette détresse psychologique est liée à une causalité sociale, elle est appelée **souffrance psychosociale (ou souffrance psychique d'origine sociale)**. La clinique psychosociale considère toutes les situations qui engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail, perte de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation. La « clinique psychosociale » est à la croisée de la psychiatrie et du social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des objets sociaux (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique

n'est plus pertinente : nous nous trouvons dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des « objets sociaux » et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

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

La santé mentale n'est donc pas **que** l'absence de troubles mentaux. En effet, une personne peut vivre avec des troubles psychiques (pour plus de précisions: <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/>) et ressentir un bien-être mental global, avoir des relations sociales satisfaisantes, une activité épanouissante, une bonne estime personnelle. La santé mentale est un état de bien-être pour l'individu, et une ressource collective pour la communauté.

La santé mentale s'appréhende aujourd'hui comme **un continuum** (figure 3) allant d'un pôle « positif » (santé mentale positive, bien-être) à un pôle « négatif » (mal-être / souffrance psychique / troubles psychiques / handicap psychique) (Centre d'analyse stratégique, 2009). La figure 2 ci-dessous représente le modèle du double continuum de la santé mentale et de la maladie mentale.

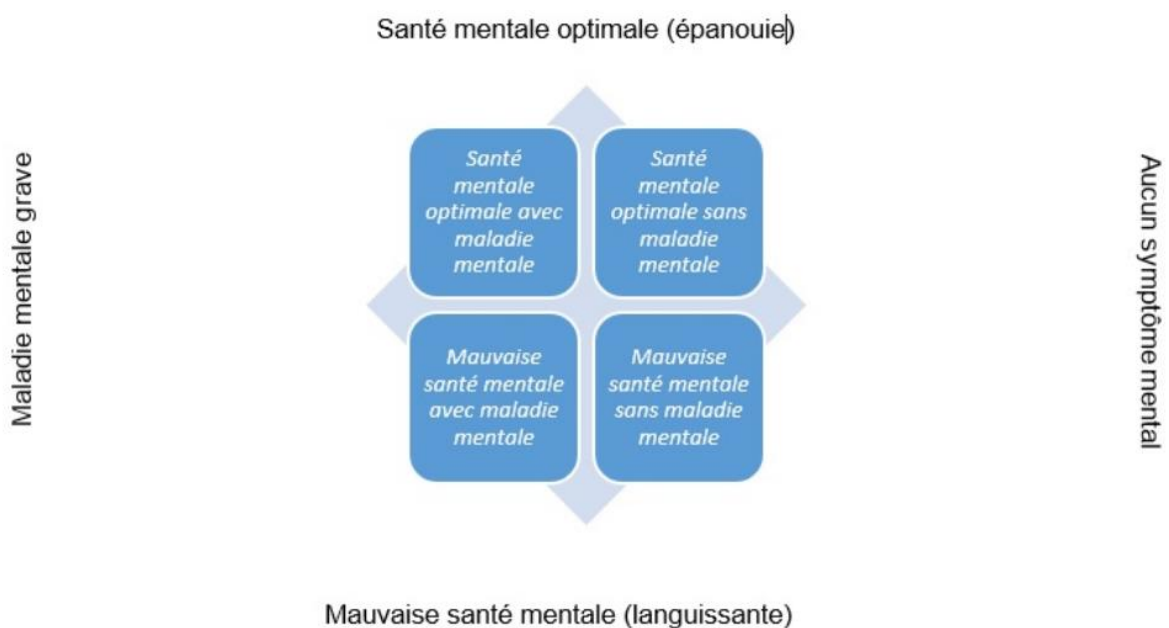


Figure 3 : Adaptation conceptuelle du modèle du double continuum de la santé mentale selon Keyes. Schéma réalisé par l'Association Canadienne de la santé mentale, Ontario².

Cette conception considère que la santé mentale est une ressource susceptible de s'épuiser à force d'expositions répétées à des paramètres socio-environnementaux sources de fortes tensions (stresseurs), et si les ressources individuelles et collectives sont insuffisantes pour faire face à ces stresseurs.

Elle pousse aussi à agir dans une logique de **prévention et de promotion de la santé** (Santé publique France, 2017), sur la réduction de ces paramètres et sur l'augmentation de la capacité des individus et des collectivités à y faire face.

Prévention et promotion de la santé

La **prévention** décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes, à réduire la gravité des maladies, des accidents et des handicaps, ou à maintenir et à améliorer la santé. Selon l'OMS, elle est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Il existe trois principaux types de prévention :

- La *prévention primaire* qui consiste à réduire les causes et les facteurs de risque (individuels, environnementaux, sociétaux) avant l'apparition du comportement problème. Elle vise à diminuer l'incidence du comportement problème.
- La *prévention secondaire* fait référence aux interventions de détection du comportement problème à un stade asymptomatique de leur développement, afin de stopper ou de retarder leur progression. Elle vise à diminuer la prévalence du comportement problème.
- La *prévention tertiaire* fait référence à la réhabilitation des personnes concernées ou aux interventions thérapeutiques mises en place une fois que le comportement problème s'est manifesté. Elle vise à réduire la survenue de complications/aggravations et vise la réadaptation biopsychosociale de l'individu.

Enfin, la prévention peut être :

- *Universelle*, c'est-à-dire destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé
- *Sélective*, c'est-à-dire auprès de sous-groupes de population spécifique
- *Ciblée*, c'est-à-dire en fonction de sous-groupe ET en fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques bien identifiés chez ce sous-groupe

La **promotion de la santé** « est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (charte d'Ottawa, 1986). Elle consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé.

Ses principes :

- Renforcer l'action communautaire
- Développer les aptitudes personnelles
- Conférer les moyens
- Créer des milieux favorables
- Réorienter les services de santé

² <https://eps-canada.ca/programmes/enseignez-la-resilience/la-litteracie-de-la-sante-mentale>

La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. En santé mentale, elle vise à mettre en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle. Elle est un outil de prévention.

Les déterminants de la santé mentale

Nombreux sont les déterminants de la santé mentale. Nous vous proposons ici deux grilles de lectures de ces déterminants, complémentaires.

En premier lieu, on peut identifier (Minds lab, 2019) :

- **Les facteurs individuels**, spécifiques à l'individu, qui incluent la santé physique, les compétences émotionnelles et sociales, les facteurs génétiques, le genre
- **Les facteurs économiques et sociaux**, qui indiquent le positionnement économique et social de l'individu au sein de sa communauté. Ils incluent la situation économique (niveau d'éducation, revenu, emploi, conditions de travail, dettes), les proches, la vie sociale (famille, amis, communauté, collègues), les expériences négatives dans les premières années de la vie
- **Les facteurs sociétaux**, qui renvoient aux *infrastructures et à l'environnement de vie* (sécurité, absence de violence, accès à l'eau et sanitaires, logement, sentiment de confiance dans le quartier, environnement urbain, espaces verts) ; *aux politiques sociales et économiques* mises en place vis-à-vis d'une problématique (par exemple perte d'emploi, problème de santé, gestion de la parentalité)... il s'agit des politiques influençant l'auto-détermination de l'individu, soit son sentiment de contrôle sur sa propre destinée ; *à la culture* (valeurs et attitudes partagées dans une société, croyances, préjugés, discriminations, application des droits humains)

En second lieu, nous vous proposons de vous rapprocher de la figure 4, qui propose une grille de lecture où le comportement est l'interaction entre la personne et son environnement. Ce modèle dit « écologique » considère l'individu dans *ses* environnements (et non *son* environnement). Chacun évolue et est affecté d'une façon particulière par ces environnements. Il convient de les distinguer afin de mieux repérer les ressources, compétences ou problématiques –de santé mentale dans notre cas-, selon le contexte qui les génère.

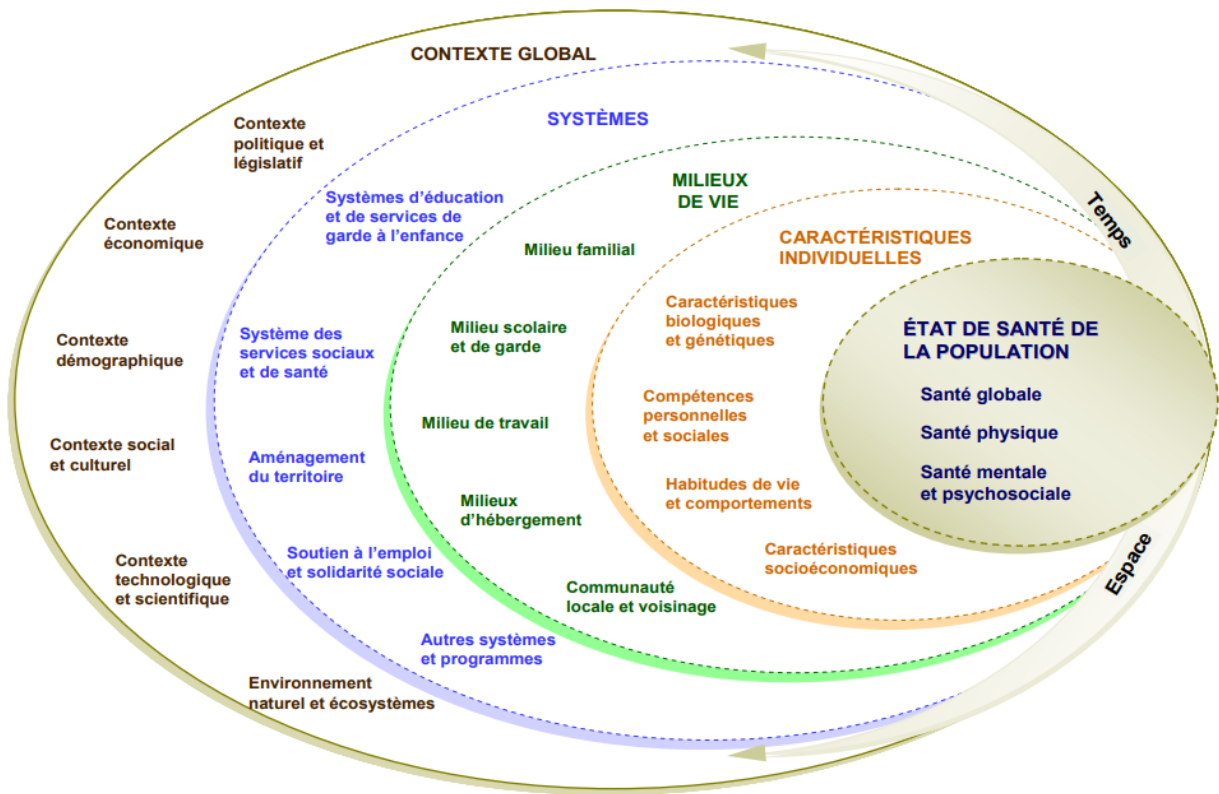


Figure 4 : Modèle écologique de Bronfenbrenner (source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec).

Ce modèle reprend alors les déterminants de la santé (internes et externes à l'individu). Il nous montre que la santé mentale est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales, politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et ses milieux constituent un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque favorise et soutient la santé mentale (Comité de santé mentale du Québec, 1989).

Ces conditions interagissent et s'influencent mutuellement. Elles influencent la santé soit directement, soit par leur effet sur un comportement ou une décision qui aura des retombées sur la santé des individus ou d'une population (Direction de la surveillance de l'état de santé du Québec & Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010).

Il nous montre également que la santé mentale est biopsychosociale. C'est-à-dire qu'elle résulte de l'interaction du biologique (caractéristiques biologiques et génétiques), psychologique (aspects cognitifs, affectifs et relationnels) et du social (relation entre l'individu et son environnement), et nous offre la possibilité d'agir à différents niveaux (individuel, familial, communautaire, structurel, populationnel). Elle est un état d'équilibre psychique à un moment donné, et elle s'apprécie au regard des éléments suivants : bien-être subjectif, exercice des capacités mentales, qualité des relations avec le milieu.

Données de santé mentale à Bugey-Sud

Nous nous sommes rapprochés de plusieurs structures pour obtenir des données concernant la santé mentale au niveau local.

Troubles psychiques et neurologiques

Concernant les **troubles psychiques**, le Centre Médico-Psychologique (CMP) adultes a une file active d'un peu moins de 600 patients (fin 2022, début 2023). Il suit principalement des personnes souffrant de pathologies psychiatriques : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles névrotiques (anxiété, panique, phobie), troubles de la personnalité, retard mental. Ces personnes peuvent souffrir de plusieurs pathologies à la fois, par exemple de troubles addictifs, de symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement (par exemples somnolence, désorientation, amnésie, étourdissements, troubles de l'odorat et du goût, hallucinations, nervosité, agitation, irritabilité, tristesse, suractivité...).

Le CMP enfants-adolescents a une file active d'environ 200 jeunes âgés de moins de 17 ans (fin 2022, début 2023). Les principales pathologies prises en charge sont les troubles du comportement et de troubles émotionnels, de troubles névrotiques, de troubles de l'humeur et de troubles du développement psychologique.

La figure 5 illustre le rayonnement du CMP adultes et du CMP enfants-adolescents (en vert foncé) :

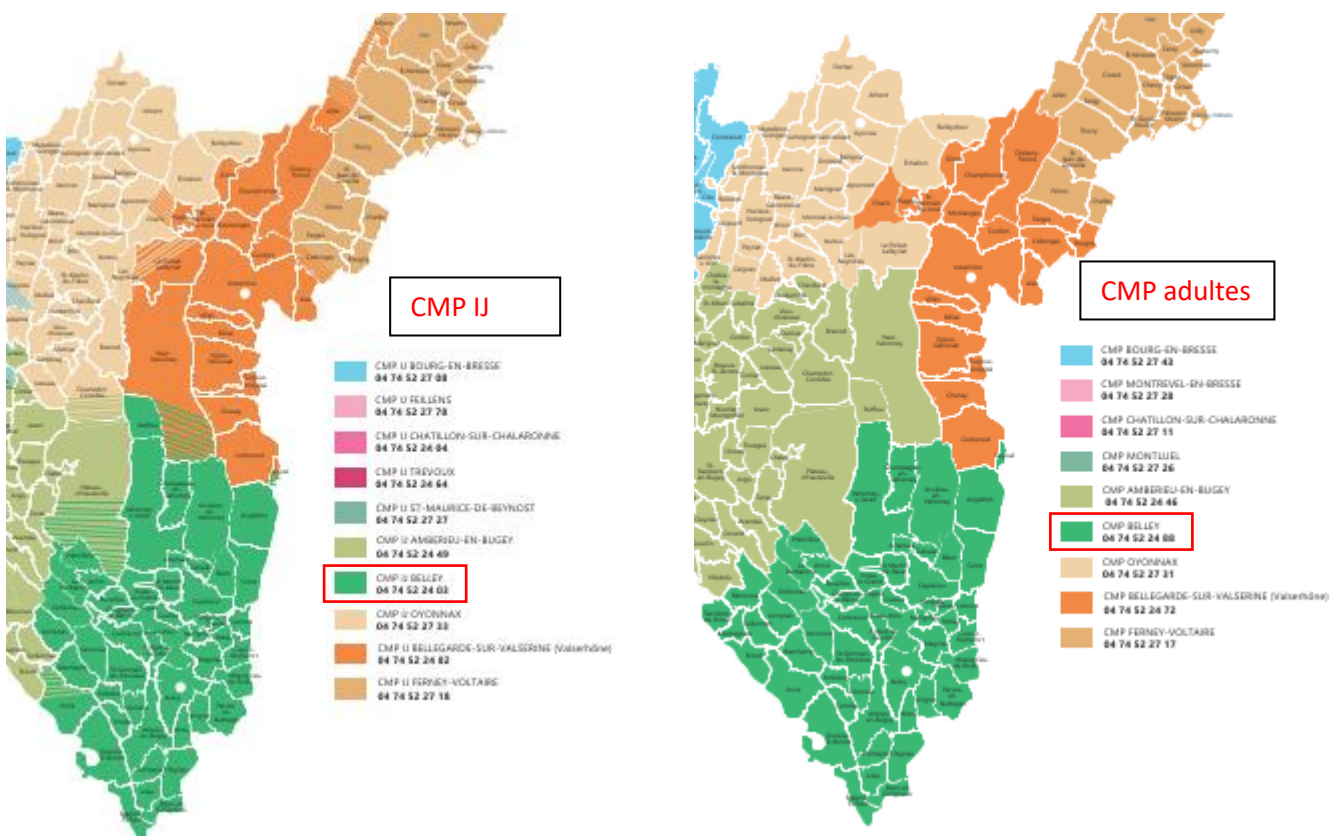
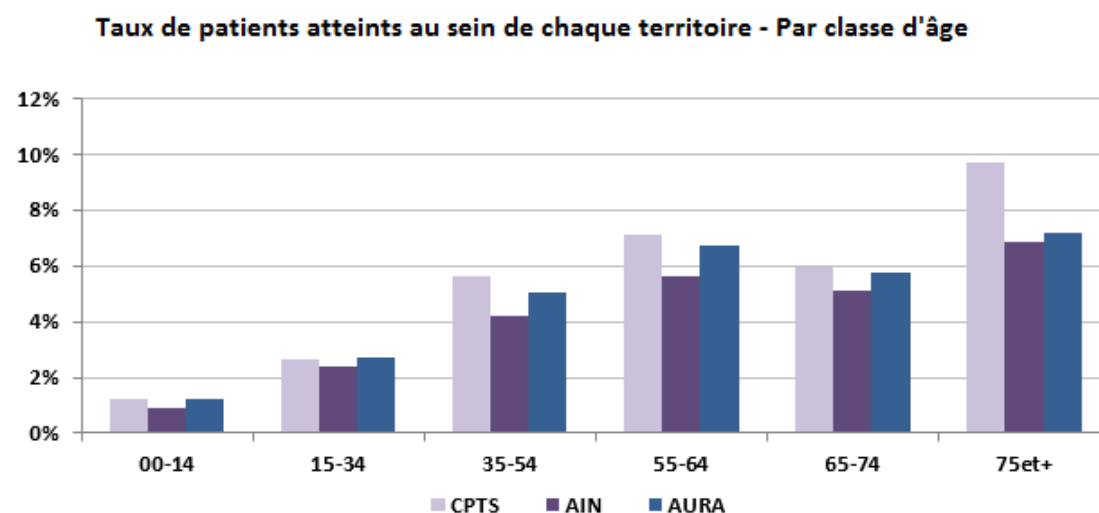


Figure 5 : Rayonnement du CMP adultes et du CMP enfants-adolescents

Nous pouvons croiser ces données avec celles de l'assurance maladie (qui datent de 2020) qui met en avant que 5% de la population Bugey-Sud a reçu un diagnostic d'une pathologie psychiatrique (contre 3,7% dans le département de l'Ain). Parmi celles-ci, 91% des plus de 16 ans sont suivies par un médecin traitant. Le tableau 1 ci-dessous présente le taux de personnes concernées par classe d'âge. La colonne

« CPTS » est celle qui se rapproche le plus du territoire du CLSM, bien que la CPTS couvre 22 communes de plus que le CLSM et qu'elle ne couvre pas 2 communes du CLSM (Parves et Nattages).

Tableau 1 : Taux de personnes concernées par une maladie psychiatrique par classe d'âge (2020)



Proportionnellement, nous remarquons que les personnes de plus de 75 ans sont les plus touchées par la maladie, suivies des personnes âgées entre 55 et 64 ans, puis les personnes entre 65 et 74 ans. Ajoutons que la répartition par sexe est quasiment égale.

Parmi les personnes diagnostiquées, 56% souffrent de troubles névrotiques et de l'humeur, 25% souffrent de troubles addictifs dont 10% liés à l'utilisation de l'alcool, et 18% de troubles psychotiques (un patient peut être comptabilisé plusieurs fois s'il est atteint de plusieurs pathologies simultanément).

Focus sur la santé mentale périnatale

Le CPEF et la PMI observent que les prises en charge dans le cadre de la périnatalité deviennent de plus en plus spécifiques notamment en ce qui concerne la dépression post-partum. Cette pathologie concerne 10 à 20% des femmes dans la période du post-partum. Ces professionnels disent être en difficulté concernant la prise en charge de ces problématiques et l'orientation des personnes souffrantes vers les structures adaptées, d'autant plus que les services spécialisés sont éloignés du territoire et souvent saturés. Une piste de réflexion est en cours, notamment concernant la rédaction d'un protocole de prise en charge pluri-professionnel.

A noter que « les troubles psychiques autour de la naissance peuvent avoir un impact important sur la mère et l'enfant³ : ils peuvent affecter le fonctionnement de toute la famille et donc le développement de l'enfant au cours de ses premières années de vie. Une étude réalisée au Royaume-Uni montre que 58% des participants ont souffert d'humeur dépressive ou de dépression. 55% ont connu le stress et 35% la solitude. Parmi les personnes interrogées, 21% n'avaient aucune expérience des problèmes de santé mentale avant l'arrivée de leur bébé. La différence entre les difficultés rapportées par les hommes et par les femmes est frappante. Les femmes interrogées ont principalement fait état de pleurs (59%), de dépression (63%), d'une faible estime de soi (57%) et de pensées suicidaires (27%). Les hommes ont particulièrement souffert du stress (34%). Plus que les femmes, ils ont également eu des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme en raison de l'instabilité de leur bien-être mental lorsqu'ils sont devenus pères.

³ https://www.vakbladvroeg.nl/wp-content/uploads/2022/12/2022_Vakblad-Vroeg_PATH_FRA_low.pdf

Toujours au Royaume-Uni, seules 10% des femmes concernées reçoivent une aide. Cela s'explique en partie par le fait qu'il existe peu de structures, voire aucune, pour préparer les femmes enceintes et les jeunes mères à cette situation, et encore moins pour les soutenir en cas de symptômes. De plus, les services de santé existants ont tendance à être surchargés et, au mieux, à prêter une plus grande attention aux troubles les plus sévères. De plus, les mères et leur entourage méconnaissent souvent les signes d'alerte. Notamment en raison du manque de sensibilisation et de connaissances dans la société. Les représentations idéalisées de la parentalité jouent également un rôle à cet égard. Cela peut conduire à la fois au sentiment d'être une mauvaise mère et à la crainte que l'enfant leur soit retiré. Parmi les obstacles à la recherche d'aide, citons le sentiment de honte (45%), la crainte de passer pour un « mauvais parent » (43%) et la peur d'être un fardeau pour la famille et les amis (38%)».

Eléments relatifs aux décès

Les données recueillies par le site BALISES nous informe sur la période 2013-2017 que 32% porteuses d'un ou plusieurs troubles psychiques sont décédées suite à la pathologie sur le territoire Bugey-Sud.

Aucun décès n'a été recensé concernant les pathologies liées à l'alcool.

Suicide

Les données montrent que 2% des hommes et 0,6% des femmes sont décédées par suicide en 2016 dans le département de l'Ain⁴, ce qui correspond à 80 décès en 2016. On observe donc une surmortalité par suicide des hommes. La pendaison est le premier mode opératoire.

Le nombre de séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide en 2019 est de 12,9% chez les femmes et de 8% chez les hommes dans le département de l'Ain, ce qui correspond à un total de 591 séjours sexes confondus. Le nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en 2019 dans l'Ain concerne 307 femmes et 224 hommes.

Plus précisément concernant les tentatives de suicide et le suicide : parmi les jeunes âgés de 10 à 24 ans, 24,2% femmes et 6,9% hommes de l'Ain ont été hospitalisés en MCO entre 2017 et 2019. A propos des personnes âgées de 45 à 64 ans, cela concerne 13,3% de femmes et 6,9% d'hommes. Chez les plus de 65 ans, nous sommes à 6,2% de femmes et 4,9% d'hommes.

Ces données sont à croiser avec les spécificités territoriales. Dans le Bugey-Sud, nous retrouvons principalement une population âgée, isolée, socialement défavorisée (31% de la population est âgée de plus de 65 ans et à la retraite, 5% de cadres, 13% de professions intermédiaires, une part de personnes vivant seules élevée, 13%⁵ sans activité professionnelle, et une part importante de la population avec de bas revenus) avec des indicateurs de santé mentale défavorables (taux élevé de mortalité par suicide, de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, une prévalence de la dépression élevée, un fort taux de recours aux psychotropes).

Enfin, certains bénévoles d'associations caritatives nous ont informé de la grande détresse psychologique de leurs bénéficiaires, dont certains qui ont des idées suicidaires ou qui ont fait des tentatives de suicide en début d'année 2023.

A propos des **troubles neuro-développementaux**, ceux-ci « se caractérisent par une perturbation du développement cognitif et affectif qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire ou professionnel, social et familial. Ils regroupent : les troubles du

⁴ Inserm-CépiDc 2000-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes 2021

⁵ Données de la Convention Territoriale Globale (CTG) réalisé en 2020

langage (dyslexie, dysphasie), les troubles déficitaires de l'attention (TDA/H), les troubles de la coordination et du traitement visuo-spatial (dyspraxie), les troubles du développement intellectuel, les troubles du spectre de l'autisme »⁶.

L'association des PEP01 intervient sur le territoire, notamment avec son dispositif Dinamo Parcours et la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour les enfants de moins de 7 ans avec suspicion de troubles neuro-développementaux. 29 dossiers PCO ont été validés (sans diagnostic) pour une prise en charge en 2022, et 7 dossier en 2023 (donnée datant de mai 2023). La PCO est une plateforme plutôt bien repérée en cas de suspicion de TND, en lien avec les médecins et la CPTS.

Enfin, concernant les **troubles neurodégénératifs**, la CPAM a recensé en 2020 2,7% de la population Bugey-Sud ayant une maladie neurologique ou dégénérative (pour 2,2% dans le département de l'Ain). 81,1% sont suivies par un médecin traitant. Les personnes les plus concernées par ces troubles sont en moyenne âgées de 70 ans. Les principales pathologies diagnostiquées sont les démences (maladie d'Alzheimer) à 44%, l'épilepsie (18%) et la maladie de Parkinson (16%).

Rappelons que ces données concernent uniquement les personnes prises en charge par les structures et dispositifs de soins. Elles ne sont donc pas représentatives de l'état de santé mentale de l'ensemble de la population sur le territoire Bugey-Sud, mais peuvent indiquer une tendance des problèmes les plus courants. Identifier les facteurs de risque favorables au développement et/ou au maintien des problèmes de santé mentale donne des pistes de réflexion pour agir en prévention et ainsi préserver la santé mentale de la population.

Principaux facteurs de risque d'apparition des problèmes de santé mentale

La littérature s'est intéressée aux facteurs de risque facilitant le développement des problèmes de santé mentale. Nous présentons ici les facteurs propres aux pathologies principalement identifiées sur le territoire.

Facteurs de risque concernant les troubles psychiques

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une partie du développement des troubles psychiques et mentaux. Nous avons choisi de les présenter sous forme de tableau. Pour chaque trouble psychique, les facteurs de risques (individuels –génétique, psychologique, neuro-développementaux-, environnementaux) sont présentés en face.

Attention : un facteur de risque ne déclenche pas à lui seul une pathologie. C'est la combinaison d'une multitude de facteurs de risque qui peut augmenter les probabilités d'apparition de troubles psychiques, et ce n'est pas systématique. Une personne peut présenter plusieurs facteurs de risque sans pour autant développer de troubles psychiques.

⁶ Projet de santé CPTS Bugey-Sud, 2020

Tableau 2 : Facteurs de risque favorables au développement des troubles psychiques

	Facteurs de risque favorables au développement des troubles psychiques
Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité)	<p>Evènements de vie traumatiques (décès, séparation des parents durant l'enfance/traumatismes affectifs ou sexuels, divorce, perte d'emploi, départ à la retraite, problèmes financiers, conflits familiaux ou professionnels, violence infantile, violence conjugale/psychologique/physique/sexuelle), stress chronique, isolement social</p> <p>Personnalité</p> <p>Vulnérabilité psychologique (capacité à faire face aux problèmes), estime de soi, difficulté à gérer ses émotions</p> <p>Bouleversements physiologiques (accouchement, infection, changements hormonaux)</p> <p>Problèmes de santé physique (maladie cardiovasculaire)</p> <p>Abus d'alcool, drogues ou médicaments, tabagisme</p> <p>Solitude</p> <p>Manque de services sociaux, manque d'accompagnement social</p> <p>Temps passé sur les écrans</p> <p>Antécédents familiaux</p> <p>Prédisposition génétique</p> <p>La recherche en épigénétique montre une interaction entre les gènes et l'environnement est déterminante dans la compréhension du mode de survenue de la dépression⁷</p>
Troubles psychotiques (psychose hallucinatoire chronique, épisodes psychotiques brefs...)	<p>Troubles précoces du développement</p> <p>Traumatismes infantiles</p> <p>Stress sur une fragilité psychique (vivre en milieu urbain, avoir suivi un parcours d'immigration) notamment au cours de l'enfance et de l'adolescence</p> <p>Consommation de substances répétée (cannabis), plus marquée chez les jeunes (moment de développement du cerveau)</p> <p>Qualité du sommeil, nutrition</p> <p>Prédisposition génétique, plasticité neuronale</p> <p>Las facteurs psychologiques et environnementaux vont renforcer l'apparition des troubles en particulier si la personne a une prédisposition génétique</p>
Troubles névrotiques ou anxieux (anxiétés, phobies, panique)	<p>Evènements traumatisants</p> <p>Stress familial, social, professionnel</p> <p>Consommation d'alcool et de drogues</p> <p>Prise de certains médicaments</p> <p>Existence d'autres problèmes médicaux ou psychiatriques⁸</p> <p>Prédisposition génétique</p> <p>Antécédents familiaux</p>
Troubles addictifs	<p>Age (jeune), sexe (masculin)</p> <p>Fragilité psychique (anxiété, tendance dépressive, baisse estime de soi, impulsivité, difficulté à résoudre des problèmes)</p> <p>Perturbations neurobiologiques (activité des neurotransmetteurs)</p> <p>Variations génétiques</p>

⁷ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression#:~:text=La%20pr%C3%A9sence%20d'une%20maladie,la%20survenue%20d'une%20d%C3%A9pression.>

⁸ <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>

	Niveau d'éducation, classe socio-économique basse Absence d'activité Disponibilité – accessibilité des produits Valorisation des produits (ex publicités) Potentiel addictif de la substance et pratique Effets ressentis lors de la première expérimentation Stress Contexte social, familial et amical ⁹ Présence de troubles psychiques Maturité cérébrale
Troubles neuro-développementaux	Facteurs génétiques et développementaux Exposition du fœtus à l'alcool, aux toxiques Vulnérabilité socio-économique élevée (sans domicile fixe, parent isolé, seuil de pauvreté, faible niveau scolaire parental) Vulnérabilité psychoaffective (violences conjugales/familiales, maltraitances, négligences, difficultés psychologique ou psychiatriques dans le milieu familial) ¹⁰

Ces facteurs viennent expliquer l'apparition des troubles mentaux et neurologiques. La stigmatisation et la non-observance thérapeutique sont des éléments communs à l'ensemble de ces troubles pouvant expliquer la difficulté à se rétablir de ses troubles. Nous reviendrons sur ces éléments plus tard dans le document.

Ces facteurs de risque, au-delà de participer au développement d'un ou de plusieurs troubles psychiques, peuvent aussi expliquer une part de la détresse psychologique.

Détresse psychologique

La détresse psychologique est « non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la santé mentale » (voir plus-haut). Elle peut parfois entraîner des troubles psychiques, ou y être associée.

Les facteurs de risque identifiés sont à croiser avec les observations locales. En effet, un rapport rédigé par la Convention Territoriale Globale (CTG) en 2020 met en évidence les facteurs de risque observés sur le territoire pouvant causer de la souffrance psychique. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les violences intrafamiliales et conjugales, les relations parents-enfants compliquées, le peu de mixité sociale et genrée dans l'espace public. Mais aussi des problématiques de décrochage scolaire, de mobilité, d'un nombre important de familles monoparentales (annexe 1).

En complément de ce rapport, le CPEF et la PMI partagent le constat d'une augmentation du nombre de troubles en santé mentale concernant les femmes qui viennent d'accoucher, et plus particulièrement des dépressions post-partum.

D'autre part, plusieurs professionnels libéraux, entre-autres, ont constaté que de nombreuses personnes sont en grande souffrance psychosociale, qu'ils se sentent de moins en moins bien, en particulier les jeunes et les personnes en situation de précarité. Cette souffrance est notamment exprimée par de l'anxiété, des angoisses. Cette souffrance s'exprime de diverses façons : isolement,

⁹ <https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>

¹⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

déscolarisation chez les adolescents, désinvestissement, perte de sens, troubles des conduites alimentaires et scarifications chez les jeunes, troubles du sommeil, comportements d'addiction (en particulier aux écrans, mais aussi à l'alcool, au tabac, aux produits psychoactifs, aux jeux de hasard), stress chronique.

Les acteurs en lien avec les parents observent également certains d'entre eux en difficulté dans leur exercice de la parentalité.

Nous faisons donc le choix ici de proposer un focus sur les propos dont les professionnels du territoire nous ont fait part, traduisant une certaine préoccupation à ces sujets au niveau local et sur lesquels il semblerait opportun d'agir.

Focus sur la violence conjugale et lien avec la santé mentale

Les violences sont un facteur de risque de développer des troubles de santé mentale, et peuvent être à l'origine d'une détresse psychologique.

Elles sont définies par l'OMS comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (2002). Elle est à distinguer de l'agressivité (tendance liées à une pulsion visant à nuire à autrui ou détruire un objet) et de l'agression (acte ou passage à l'acte dont le but est la destruction totale ou partielle d'un objet, ou l'atteinte de l'intégrité physique ou psychique d'une personne ou d'un groupe entier).

La violence résulte finalement d'une interaction entre une multitude de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels, environnementaux.

Sur notre territoire, de nombreux professionnels nous ont fait part d'une présence importante de violences conjugales. Celles-ci sont une des trois formes des violences familiales qui désignent les différents abus exercés par un membre de la famille ayant en particulier un rôle conjugal ou d'autorité sur un autre.

La violence conjugale englobe tous les actes d'agression qui sont de nature à provoquer des souffrances physiques et/ou psychologiques dans le but d'intimider, de punir, d'humilier ou de maintenir dans des rôles stéréotypés. Elle définit tout comportement exercé par un partenaire intime qui provoque des dommages physiques, psychologiques ou sexuels à quelqu'un faisant partie de cette relation. Elle peut s'exprimer par des actes d'agression physique, des violences psychologiques, les rapports sexuels forcés sous la contrainte ou la menace, les comportements autoritaires ou répressifs.

Plus spécifiquement concernant les violences sexuelles, celles-ci sont associées à un risque supérieur de développer des troubles psychiatriques, tels qu'un trouble de stress post-traumatique, un trouble dépressif, un trouble anxieux, un trouble de l'usage de substance ou encore des conduites d'automutilation¹¹.

Dans Bugey-Sud, les violences conjugales sont un enjeu observé et rapporté par la CTG. Le tribunal de Bourg-en-Bresse a traité 947 situations Aindinoises en 2022 –chiffre en augmentation : 887 situations en 2021, 687 en 2020). En 2018, 167 plaintes ont été recensée à la gendarmerie de Belley dont 97 pour violences conjugales. En 2022, 360 situations de violences conjugales ont été portées à la connaissance

¹¹ Violences sexuelles au sein des services de psychiatrie : la nécessaire prise de conscience derrière les tabous. Accessible ici : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448723001282>

de l'AVEMA sur la compagnie de Belley (inclut les COB de Belley, Culoz, Ambérieu, et les BTA de Lagnieu et Hauteville).

Focus sur le décrochage scolaire et lien avec la santé mentale

Le décrochage scolaire a été abordé par le personnel de l'éducation nationale interviewé. D'un point de vue clinique, le décrochage peut être expliqué par une souffrance psychique de façon générale, mais plus précisément par du harcèlement scolaire / cyber harcèlement¹². Les violences, le mal-être familial et les tendances dépressives sont également des facteurs explicatifs. Le décrochage scolaire s'observe davantage chez les élèves défavorisés¹³. En définitive, les recherches sont en accord sur le fait qu'avoir un problème de santé mentale favorise le décrochage scolaire, en particulier les troubles anxieux et dépressifs, ainsi que les difficultés familiales.

Focus sur les addictions et lien avec la santé mentale

Le CSAPA d'Addiction France présent à Belley a recensé les motifs de consultation de leurs 222 usagers (74% d'hommes, 26% de femmes) en 2021. Concernant le produit principalement consommé, 71% viennent consulter pour des problématiques d'alcool, 9% pour du tabac, 7% pour du cannabis, 4% pour de la cyberaddiction. Rappelons que ces chiffres ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population de la CCBS.

La résidence sociale de Belley semble accueillir plusieurs personnes ayant des conduites à risque en lien avec des produits.

Au collège, les problématiques d'addictions ont été évoquées par les professionnels interviewés. Il s'agit notamment d'un temps important passé sur les écrans, les réseaux sociaux, mais ce constat ne semble pas être le plus préoccupant.

Les études existantes au sujet des addictions et de leurs liens avec la santé mentale mettent en évidence une association entre pathologies addictives et psychiatriques¹⁴. Le fait de présenter un de ces troubles augmente la probabilité de présenter un trouble de l'autre catégorie. Un trouble peut aggraver l'autre. La fréquence de l'association des deux troubles est considérable et les facteurs de vulnérabilités multipliés. Par exemple, la dépendance à des substances psychoactives est plus élevée chez les personnes concernées par un trouble psychique, et inversement (la consommation excessive d'alcool renforce le développement des troubles anxieux ou dépressifs par exemple) ; les personnes en situation de précarité seraient les plus touchées ; une prévalence importante des troubles de stress post-traumatique, TDAH et de troubles psychotiques chez les individus présentant un trouble de l'usage.

Ces comorbidités semblent parfois difficiles à repérer et à prendre en charge au regard du champ d'expertise de chaque professionnel.

Focus sur les inégalités sociales de santé mentale

L'accès à une bonne santé mentale dépend du statut socio-économique¹⁵. Il est donc inégal. Les personnes en errance, les migrants, les personnes vivant avec un revenu faible, les personnes isolées,

¹² <https://www.inicea.fr/actualites/souffrances-psychologiques-chez-les-adolescents-quel-mal-etre-se-cache-derriere-un>

¹³ https://www.violence-ecole.ulaval.ca/fichiers/site_chaire_cbeaumont/modules/document_section_fichier/fichier_ff053eb2b53a_b_laya.pdf

¹⁴ Fédération Addictions_Guide repère Addictions et troubles psychiatriques_2019

¹⁵ <https://fr.in-mind.org/fr/article/inegalites-sociales-de-sante-mentale-lapport-de-la-psychologie-sociale>

les personnes âgées, les femmes... ont davantage de difficulté à s'intégrer dans la société. La crise sanitaire a d'ailleurs renforcé ces inégalités socio-économiques (position sociale d'un individu au sein de la société en fonction de ses ressources économiques, sociales, culturelles et humaines).

Les études menées à ce sujet montrent que les personnes ayant un statut socio-économique plus faible développent plus de troubles de santé mentale que ceux ayant un statut plus élevé, et ceci à tous les âges de la vie.

Trois principales théories peuvent expliquer les inégalités de santé mentale :

1. La théorie de la sélection sociale qui postule que le fait d'être en mauvaise santé mentale conduit à un statut socio-économique plus faible (principe de discrimination)
2. La théorie de la causalité sociale qui part du principe qu'une situation socio-économique défavorable dégrade la santé mentale. Ici, le statut socio-économique serait une cause de l'état de santé mentale des individus

Ces théories seraient valables selon les troubles de santé mentale étudiés. En effet, pour les troubles bipolaires ou schizophrénies, la théorie de la sélection sociale serait plus adaptée. Alors que pour les troubles anxieux ou dépressifs, la théorie de la causalité sociale expliquerait mieux ces inégalités.

3. La perception de son statut socio-économique au sein de la hiérarchie sociale, et le manque d'argent impactent la santé mentale. Le manque d'argent génère une insatisfaction des besoins physiques et psychologiques, et donc une diminution du bien-être. Être chroniquement confronté au manque d'argent donne le sentiment de ne pas pouvoir contrôler sa vie (la personne est limitée dans ses choix, ses possibilités), ce qui génère du stress et augmente le risque de développer des troubles de santé mentale.
Cette perception de son statut socio-économique (+/- élevé) se définit à travers des processus de comparaison de ses possessions à celles des personnes de l'entourage de l'individu. Cette expérience subjective du statut socio-économique influence la santé mentale.

La parentalité : un sujet de préoccupation

La question de la parentalité a été abordée par plusieurs professionnels interviewés. Mais qu'est-ce que la parentalité ?

Cette notion complexe peut être abordée à la fois sous l'angle de la psychologie, de la sociologie, et de l'anthropologie. En 1993, Didier Houzel, professeur de psychiatrie de l'enfant, met en place un groupe de travail à la demande du ministère chargé de la famille et de la solidarité sur la parentalité (Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2013). Ce GT a défini trois axes de la parentalité :

- « **L'exercice de la parentalité** englobe tous les droits et devoirs d'un parent (distinct du géniteur) envers un enfant. On peut exercer la parentalité, c'est-à-dire offrir à un enfant ce qui a trait aux devoirs des parents, sans pour autant être reconnu de la filiation de cet enfant.
- **L'expérience subjective de la parentalité** est l'axe de la dimension psychique. Il questionne le processus maturatif et les principes en jeu lorsque l'on devient parent et prend en compte la dimension affective et sentimentale de la parentalité.
- **La pratique de la parentalité** relève des tâches et soins quotidiens apportés à un enfant par un parent ou un autre adulte en situation parentale. La pratique de la parentalité est ancrée dans un contexte culturel qui va l'orienter et la normaliser.

A partir de ces trois axes, Catherine Sellenet propose la définition suivante de la parentalité : « Ensemble des droits et devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie. ».

Cette définition introduit la diversité des formes familiales et l'idée qu'un adulte puisse être en position parentale sans être géniteur de l'enfant (comme par exemple les beaux-parents, les couples homoparentaux...) ».

Une autre définition semblable à celle-ci a été proposée en 2011. La parentalité est définie comme « l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant » (« Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité issu du comité national du 10 novembre 2011 », 2011). Cette définition fait l'objet d'un consensus.

Pourtant, elle est loin d'être la réalité vécue par tous les parents, comme l'attestent les mesures de protection de l'enfance, les placements familiaux, les accidents de parcours... (Tamian, 2019). Cette affirmation est illustrée par les professionnels du territoire qui ont pu mettre en avant plusieurs points.

Pour accompagner les personnes en souffrance psychosociale, et agir en prévention, plusieurs dispositifs, structures et initiatives sont présentes sur le territoire.

Ressources locales et besoins exprimés

La santé mentale est la résultante d'un ensemble de facteurs à la fois biologiques, psychologiques et sociaux.

Plusieurs structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives, associatives existent et participent à entretenir une santé mentale positive. Elles agissent sur les déterminants de la santé mentale et participent à réduire les facteurs de risque d'apparition ou de développement d'un problème de santé mentale ; et accompagnent les personnes en souffrance à se rétablir.

Nous proposons ci-dessous un recensement non-exhaustif des dispositifs et structures ressources du territoire. Un travail d'affinage de l'ensemble des ressources doit se faire sur la durée.

Structures ressources

Concernant la prise en charge médicale **pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale**, nous pouvons mentionner la présence du Centre médico-psychologue (CMP) pour enfants et adolescents et adultes. L'accès au CMP enfants-adolescents est restreint étant donné le nombre important de personnes sur liste d'attente, pour diverses raisons. Celui-ci peut aussi accueillir les mères avec un problème de santé mentale en période de périnatalité. Le CMP adultes est davantage accessible pour une prise en charge inférieure à 2 semaines. Cinq équipes mobiles portées par le CPA peuvent intervenir sur le territoire : l'équipe mobile pédopsychiatrie, l'équipe mobile psychiatrie

adultes secteur Sud, l'équipe mobile psycho-gérontologique, l'équipe mobile santé mentale précarité et l'équipe mobile d'appui au médico-social. Belley compte également un Centre thérapeutique d'Activité à Temps Partiel (CATTP) adultes et enfants.

La clinique de Chanay (MGEN) est aussi un lieu ressource, notamment pour les adolescents (11 à 18 ans) en souffrance psychique. Cette clinique est équipée d'un hôpital de jour, de soins de suite en santé mentale et conduites alimentaires. Elle assure une double mission de soins et d'études, ce qui permet la prise en charge médicale de l'adolescent tout en limitant la rupture scolaire. Elle accompagne également des jeunes avec un profil TND, dont TSA de haut-niveau.

Pour poursuivre, un lieu d'écoute a ouvert ses portes au premier trimestre 2023. Accessible sur rendez-vous, une psychologue est présente à 90% et les consultations sont prises en charge par l'ARS. Ce lieu est notamment dédié aux personnes en détresse psychologique, et particulièrement des personnes en situation de précarité, quel que soit leur âge. A visée non thérapeutique, le lieu d'écoute propose un suivi à court ou à moyen terme, et a pour ambition de proposer des temps collectifs à visée communautaire en prévention et promotion de la santé mentale.

D'autre part, nous comptons 9 ergothérapeutes et 6 psychomotriciens exerçant en structure sont recensés¹⁶ à Belley (IME, ESAT, SESSAD, EHPAD). Nous avons recensé des structures d'accompagnement **pour les personnes vivant avec un handicap mental et/ou psychique** : ADAPEI (ESAT et Service Habitat Ordinaire), ODYNEO (ESAT), ORSAC (FAM).

Des structures ressources autour des maladies neurodégénératives sont aussi présentes : France Alzheimer, Mutualité de l'Ain (Equipe spécialisée Alzheimer ESA, SSIAD) ; des ressources **pour les proches aidants** (APAJH, France Alzheimer, CLIC). L'UNAFAM, structure pour soutenir les **aidants de proches vivant avec un trouble psychique** est présente sur le département, et mériterait d'être implantée au niveau local.

Citons également la présence de services d'accompagnement **pour les personnes victimes de violences** : l'AVEMA est représentée sur le territoire par la présence d'un travailleur social en gendarmerie et au centre social Escale ; le CIDFF assure une permanence juridique une fois par mois au centre social ; le CPEF est basé à l'hôpital. La CAF a des travailleurs sociaux formés aux violences conjugales. Dans certains cas, elle peut proposer une prise en charge de quelques séances auprès d'un psychologue. Le CCAS peut également être ressource pour les personnes. Un appartement d'urgence est présent, financé par l'ADSEA. Il peut servir au-delà des situations de violences conjugales (pour toute urgence). Un service départemental porté par l'association CAPSO « Rebond » accompagne les **auteurs de violences conjugales** afin de prévenir la récidive.

Les personnes souffrant **d'addictions** peuvent également être accompagnées par des structures telles que le CSAPA Addictions France, les CJC, Alcool écoute joie et santé, le Pélican, le SSR Espérance.

Sans oublier la présence de structures telles que la CPAM et la MSA pour accompagner les personnes dans leurs démarches.

Au-delà des ressources locales dédiées à la prise en charge des personnes ayant un problème de santé mentale, **d'autres structures et services ne relevant pas du secteur médical peuvent venir soutenir la santé mentale de la population**. Si l'on reprend le modèle socio-écologique présenté plus-haut, il s'agit principalement des services d'aide sociale, des logements disponibles et adaptés aux situations des individus, des services culturels, d'aide à l'insertion sociale et professionnelle, éducatifs, de garde ; mais aussi les politiques portées et mises en œuvre sur le territoire. Nous pouvons par exemple citer les

¹⁶ Annuaire.sante.fr

services de garde (crèches, multi-accueil, jardin d'enfants, lieu d'accueil enfants-parents, assistants maternels), **les services de scolarité** (écoles, collèges, lycées), **de vie sociale** (comme le centre social Escale, Ain'terlude, le foyer rural de Ceyzérieu, la Maison Marguerite (colocation entre personnes âgées), les espaces de jeux, de rencontres, toutes les associations sportives et culturelles), **d'accompagnement aux droits** (Conseil Départemental et ses services, CCAS de Belley, la présence d'un appartement d'urgence (115), l'accueil de jour Hirond'elles, les points Cyber), des services d'aide à **l'insertion professionnelle** (Mission locale jeunes, Pôle emploi, Brigades Natures), les espaces **culturels** (cinéma, médiathèque, salle de spectacle), les associations caritatives...

Un grand nombre des structures citées prennent en compte dans leur accompagnement et leur politique, avec les moyens qu'elles ont, le champ du handicap. Le CLSM pourrait être un dispositif support afin de renforcer les moyens d'agir des structures à proposer un environnement favorable à l'inclusion dans la cité, et à la pleine citoyenneté des personnes vivant avec un handicap psychique.

Dispositifs ressources et politiques locales favorables à la santé mentale

Au-delà des structures, il existe des dispositifs ressources pour les personnes et les professionnels du territoire (qui ont besoin de soutien dans leur pratique quand ils font face à une personne qui semble être en difficulté psychique). Ces dispositifs n'accueillent pas « physiquement » les personnes, mais ont la capacité de les orienter, de les soutenir et les accompagner à distance. C'est par exemple le cas de la communauté 360 portée par les PEPO1 et fortement soutenue par la MDPH, assurant une permanence téléphonique en semaine de 8h à 20h (en dehors de ces horaires, le numéro national prend le relais et transfère la demande à l'équipe locale) **pour les personnes en situation de handicap (quel qu'il soit), leurs aidants et les professionnels**. Ses objectifs sont d'apporter une solution locale et accessible aux problématiques de la personne, de rechercher et de coordonner les partenaires s'il n'y a pas de solution immédiate à apporter, et enfin d'assurer le rôle d'observatoire sur le département.

D'autre part, la CPTS Bugey-Sud, dans le cadre de son projet de santé (2020-2025), porte un axe « Soutenir le parcours de santé des personnes atteintes de **troubles neuro-développementaux** notamment pour les enfants âgés de plus de 6 ans ». Plusieurs actions sont alors en cours, notamment :

- Affiner l'état des lieux des besoins en soin du territoire
- Améliorer et sensibiliser la connaissance des médecins traitants sur les troubles neuro-développementaux
- Renforcer la collaboration interprofessionnelle
- Définir et promouvoir un parcours de soin
- Ateliers et réunions d'information dédiés aux parents

Le Centre d'évaluation et de diagnostic de l'Autisme du CPA (CEDA'Ain) est une ressource départementale pour l'autisme, ainsi que le CATTP et l'hôpital de jour de Château-Gaillard qui bénéficie d'une unité d'enseignement.

La CPTS, entre-autres, est aussi relais en facilitant la prise de RDV auprès de médecins du territoire sur des plages dédiées aux **soins non programmés**.

Nous pouvons également citer le CLSM Bugey-Sud. Bien qu'en cours de développement, le CLSM a pour objectif d'œuvrer en faveur de la **déstigmatisation en santé mentale, de faciliter l'accès et la continuité des soins en santé, et d'agir pour l'inclusion des personnes vivant avec un problème de santé mentale**. De par ses actions de coordination, d'élaboration d'une culture commune en santé mentale sur le territoire, le CLSM participe à promouvoir une bonne santé mentale et à optimiser l'accompagnement des personnes dans le besoin. La promotion de la santé mentale est un objectif

partagé avec le lieu d'écoute cité précédemment, ressource clé pour la santé mentale. Ces objectifs sont d'autant plus pertinents puisqu'une des attentes formulées par les professionnels du territoire est d'agir en ce sens (promotion de la santé mentale positive).

Le centre hospitalier Bugey-Sud travaille en lien avec le CH Alpes-Isère (Grenoble) concernant la **prévention du suicide** à travers le déploiement du dispositif Vigilans qui a pour objectif de réduire la récurrence des tentatives de suicide. Ce dispositif est notamment porté par le service des Urgences. D'autre part, la psychiatrie de liaisons au CHBS et l'orientation systématique au CMP en post-hospitalisation sont des ressources en prévention du suicide.

D'autres dispositifs ressources pour les professionnels et les usagers sont présents sur le territoire. Nous pouvons citer le Dispositif d'Appui à la Coordination – DAC (porté par Ain'Appui) qui a pour missions d'accompagner les personnes en situation complexe, de soutenir les professionnels faisant face à des usagers en situation complexe, de participer à la **coordination territoriale dans une logique d'amélioration des parcours**. Sur notre territoire, le DAC anime un groupe d'échanges et de coordination pour les professionnels depuis 2021 autour du lien entre le sanitaire et le social. Un tour d'actualité est en général réalisé, suivi d'échanges autour de situations dites complexes. L'idée du groupe est que les professionnels partagent leur lecture de la situation.

Nous pouvons aussi nommer le CLIC (porté par le Conseil départemental). Il s'agit d'un dispositif de **coordination gérontologique**. Le CLIC assure un accueil personnalisé et gratuit des personnes âgées et de leur famille, des personnes en situation de handicap de plus de 60 ans, de professionnels concernés par le vieillissement dans le cadre de leur fonction. Il a pour rôle d'informer, de coordonner, d'écouter, de soutenir et d'orienter les personnes de plus de 60 ans et leur entourage par des actions d'aide à domicile, de solutions d'accueil et d'hébergement, d'aide aux aidants, d'accompagnement dans les démarches. Le CLIC propose également un temps de coordination entre professionnels pour échanger et travailler conjointement sur des problématiques rencontrées par les usagers. Le CLIC propose des permanences sur l'ensemble du territoire Bugey-Sud.

Concernant le **harcèlement scolaire**, nous pouvons par exemple citer le collège Henri Dunant (Culoz) et le collège du Valromey (Artemare) qui mettent en place le programme national pHARe visant à prévenir le harcèlement et le cyber harcèlement ; ce programme se traduit notamment par la mise en place d'actions tout au long de l'année scolaire (formation d'élèves ambassadeurs, sensibilisation des familles et du personnel, équipe d'adultes ressource, protocole...). Le CIO et la mission locale ont également une mission de lutte contre le décrochage scolaire.

D'autre part, la ville de Belley met en place des politiques concernant la petite enfance, la jeunesse, l'animation de la vie sociale, les affaires scolaires, le logement, qui sont des **déterminants de la santé mentale**. Un groupe de réflexion porté par la ville de Belley, la CCBS, l'ORSAC et le CD est également en cours autour des **violences conjugales** et plus précisément le logement temporaire. Certaines communes ont des initiatives qui mettent à disposition des logements temporaires pour soutenir les victimes de violence dans leurs démarches. D'autre part, un logement temporaire existe sur le territoire de Belley : il s'agit d'une ressource pour les personnes ayant eu un accident ponctuel dans leur parcours de vie.

Le Projet éducatif de territoire (PEDT) 2023-2026 de Belley, en cours de rédaction, s'articule autour des pré-objectifs suivants :

- Renforcer l'accompagnement à la scolarité, à partir du dispositif existant Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS)
- Engager et formaliser une démarche éducative du parcours de l'enfant de 0 à 17 ans

- Contribuer à l'Agir pour les jeunes

A savoir qu'il existe d'autres PEDT sur le territoire, comme à Brégnier-Cordon, Artemare, en Valromey...

La mise en place de la CTG en lien avec la CAF, qui vise à répondre aux besoins du territoire via la mise en place d'un plan d'actions en direction des enfants, des jeunes, des parents, des familles est une politique favorable au bien-être de la population.

La CCBS œuvre également au service d'une amélioration du **cadre de vie** en agissant autour de plusieurs thématiques (figure 6).



Figure 6 : Schéma illustrant les politiques menées par la CCBS

Nous pouvons par exemple citer la politique de la ville qui porte un **service de médiation** qui intervient dans les quartiers dits prioritaires. Un autre exemple : les politiques de **mobilité** mises en place pour répondre aux fortes attentes à ce sujet sur le territoire. Le territoire semble autonome dans ses déplacements internes, notamment pour accéder aux structures liées à l'emploi, les études, l'alimentation, la santé. En revanche, l'offre semble insuffisante pour accéder aux loisirs et aux soins spécialisés situés en Savoie (Aix-les-Bains et Chambéry), malgré la présence de navettes.

Des actions telles que la révision du transport à la demande, des horaires des transports publics ; des réflexions autour de la mobilité durable (mise à disposition de vélos), de la mobilité solidaire, ainsi qu'un projet de voie verte sont en cours de réflexion, afin d'offrir des alternatives aux personnes dans le besoin, en particulier les jeunes et les personnes isolées.

Pour poursuivre, la ville de Belley et la CCBS ont récemment répondu à un appel à projets de la MILDECA pour œuvrer en **prévention des conduites à risque** sur le territoire. Concrètement, des actions pour les professionnels, les élus, les parents et les enfants autour des compétences psychosociales, de l'addictologie et du numérique seront mises en place en 2023-2024.

Dans cette partie, nous avons fait le choix de présenter les ressources locales portées à notre connaissance (non-exhaustif). Bien qu'elles aient le mérite d'exister, certains services gagneraient à être renforcés, notamment les services étant en contact avec le public (postes de médiateurs, d'éducateurs, d'animateurs, de professionnels du soin), compte-tenu des demandes et des besoins observés.

D'autres ressources, départementales, régionales et nationales existent pour soutenir la santé mentale. A titre d'exemples, nous pouvons évoquer le site web *Notre santé mentale de l'Ain*, site départemental d'information et d'orientation en santé mentale qui dans sa démarche, associe un nombre important d'acteurs en santé mentale (professionnels, usagers) inscrite dans le cadre du Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM) de l'Ain. Nous pouvons également mentionner les nombreuses lignes d'écoute pour soutenir la santé mentale de la population¹⁷, et les politiques nationales en faveur de la prévention des addictions, de lutte contre les violences intrafamiliales, de renforcement des moyens financiers pour développer des structures recevant du public en souffrance (par exemple les maisons des adolescents), la dispensation des formations de secouristes en santé mentale (PSSM)...¹⁸

Professionnels libéraux

Les médecins généralistes sont les professionnels étant les premiers en contact avec les usagers dans l'accès et la continuité des soins. Ils sont en première ligne quand il s'agit de consulter pour un problème de santé et ce sont ceux qui sont le plus consultés en cas de détresse psychologique. Ils sont en général perçus comme médecins de confiance. Ils ont un rôle à jouer en santé mentale, tant en termes de dépistage, d'orientation, d'accès aux soins que de prévention et de traitement des situations de crise, et d'organisation des parcours¹⁹. De façon générale, les médecins généralistes détectent et traitent principalement des troubles de santé mentale tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles du sommeil et les troubles addictifs.

Selon l'article L.4130-1 du code de la santé publique, « la loi place le médecin généraliste de premiers recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité *d'orienter ses patients, selon leurs besoins, et de s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients*. Elle confère donc au médecin généraliste un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé ».

La coordination est d'autant plus nécessaire avec les spécialistes en santé mentale. Les médecins généralistes semblent régulièrement avoir besoin d'avis, de conseils spécialisés ou d'un adressage²⁰, et de renforcer les échanges réciproques avec les spécialistes de santé mentale. Assurant la prise en charge globale de la personne, le médecin généraliste peut parfois avoir recours à d'autres professionnels pour être soutenu dans l'accompagnement global et optimal de la personne. Les médecins semblent avoir besoin de communiquer efficacement avec leurs confrères du champ psychiatrique, de mieux connaître leur champ d'intervention. La coordination permettrait d'optimiser la continuité des soins psychiques et somatiques, et de limiter les prescriptions croisées de psychotropes et les interactions médicamenteuses.

¹⁷ <https://www.psycom.org/sorienter/les-lignes-decoute/>

¹⁸ Pour en connaître les détails, se référer aux feuilles de routes du Gouvernement concernant spécifiquement chacune de ces thématiques

¹⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm_01.pdf

²⁰ P. Soula, 2022. Thèse « Améliorer le lien entre médecine générale et psychiatrie ? Enquête auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France »,

Sur notre territoire, les médecins généralistes sont principalement consultés pour des troubles anxieux et dépressifs quand le principal motif de consultation est la santé mentale, ce qui reste cohérent avec les données nationales. Toutefois, dans l'hypothèse d'un travail en coordination, il sera important de questionner plus finement les types de prise en charge en santé mentale (anxiété, dépression légère ; troubles psychiques sévères et accompagnement des familles ; situations de crise psychique), et où le besoin se situe le plus.

Dans le cadre de leur rôle d'orientation, les médecins généralistes peuvent depuis 2022 orienter leurs patients auprès de psychologues libéraux adhérant au dispositif « Mon Psy ». Ce dispositif permet de bénéficier, aux frais de l'Assurance maladie et de la mutuelle complémentaire, de 8 séances par an. Toutefois, ce dispositif reste très décrié par les psychologues libéraux cliniciens. Aucun psychologue libéral ne semble être partenaire du dispositif, après consultation de l'annuaire sur « monparcourspsy.sante.gouv.fr/annuaire ».

En revanche, plusieurs psychologues libéraux sont présents sur le territoire (nous n'avons toutefois pas réussi à les quantifier). Nous pouvons aussi compter plus de 600 infirmiers libéraux dans un rayon de 30km de Belley (54 infirmiers libéraux dans un rayon de 10 km de Belley). Il n'y a pas de psychiatres libéraux sur le territoire, bien qu'un psychiatre exerce en CMP et au CH Bugey-Sud.

Besoins exprimés par les professionnels

Nous avons rencontré 45 acteurs intervenant sur le territoire (un représentant par structure/dispositif).

La diversité des ressources locales est valorisée par les professionnels du territoire. Un réseau partenarial existe, et il semblerait que celui-ci mériterait d'être renforcé afin que les professionnels apprennent à mieux se connaître (les missions et les limites d'intervention de chacun), d'agir en coordination afin d'accompagner au mieux les usagers, et de se concerter pour penser collectivement à des solutions qui tendraient à répondre à certaines problématiques qu'ils observent dans l'exercice de leurs fonctions. Dans l'optique de proposer un service coordonné qualitatif autour de la continuité des soins.

Plus précisément, les professionnels souhaitent renforcer le travail partenarial entre les secteurs social, sanitaire, médico-social et associations, en partageant des moments d'échanges, de réflexion commune ; et ainsi créer un tissu partenarial local plus fin.

Certaines structures semblent manquer de visibilité, que ce soit auprès d'autres professionnels ou auprès de la population en général.

D'autre part, plusieurs professionnels se sentent démunis quand on leur parle de « santé mentale ». Un besoin en formation/sensibilisation serait apprécié, notamment pour savoir comment réagir face à une crise, mieux soutenir, accompagner, orienter. Un besoin d'étaillage, de soutien dans sa pratique a aussi été partagé.

Des professionnels ont alerté quant au manque de certaines structures ressources au niveau local (les habitants doivent se déplacer en Savoie, à Bourg-en-Bresse ou dans le Rhône), notamment pour la jeunesse. Une maison des adolescents ou un Point accueil écoute jeunes serait apprécié. Ces deux structures n'ayant pas les mêmes objectifs, il semble important, dans un deuxième temps, de venir affiner les problématiques autour de la jeunesse afin de s'orienter vers l'installation de la structure la mieux adaptée aux besoins des jeunes. D'autres professionnels estiment que des appartements dédiés aux personnes en entrée et/ou sortie de crise psychique seraient nécessaires pour un suivi rapproché de type « soins intensifs », et ainsi limiter le risque de rechute et de décompensation psychique.

D'autres se questionnent sur la prise en charge des personnes vivant en territoire rural. Comment les accompagner, les prendre en charge ?

Enfin, les professionnels ont partagé le besoin de développer des activités en prévention et promotion de la santé mentale, plus précisément comment prévenir la souffrance psychique, alerter sur les facteurs à risque pour la santé mentale, renforcer les ressources de la personne (résilience).

Les besoins des professionnels ayant été répertoriés, nous vous proposons maintenant de nous intéresser aux recours aux services de santé mentale sur le territoire.

Accès et recours aux services de soutien et d'accompagnement pour la santé mentale

Bien que plusieurs structures et initiatives existent pour prendre soin de la population, tout le monde ne recourt pas systématiquement aux services de soutien et d'accompagnement pour la santé mentale.

Les facteurs explicatifs du recours/non-recours aux structures d'accompagnement en santé mentale des habitants : données recueillies auprès des habitants

Pour répondre à ce constat, nous avons construit un questionnaire (annexe 2) en nous appuyant sur le modèle explicatif d'Andersen et Newman qui prend en compte les déterminants de l'accès aux services de santé (figure 7).

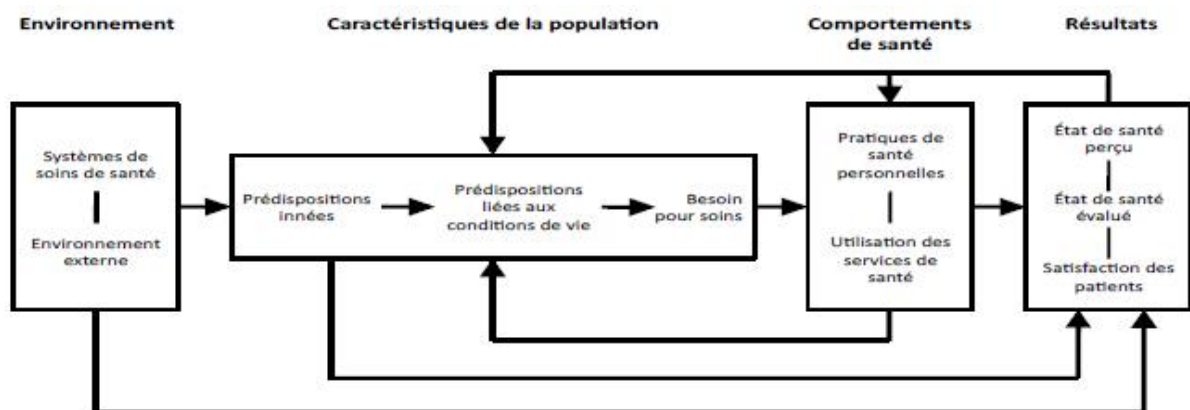


Figure 7 : Modèle explicatif des déterminants de l'accès aux services de santé

Ce modèle questionne les déterminants sociétaux, systémiques, sociaux et individuels (facteurs prédisposants, facilitateurs, et les besoins) dans l'accès aux services de santé. Ce modèle vient questionner la possibilité d'accéder aux soins et l'accès effectif à ces services. Il est tout à fait traductible dans le cadre d'élaboration de politiques publiques de santé.

La variable « pratiques de santé personnelles » est directement liée aux croyances relatives à la santé des individus. Nous nous sommes appuyés sur le modèle des croyances relatives à la santé, proposé par le psychologue Rosenstock (figure 8).

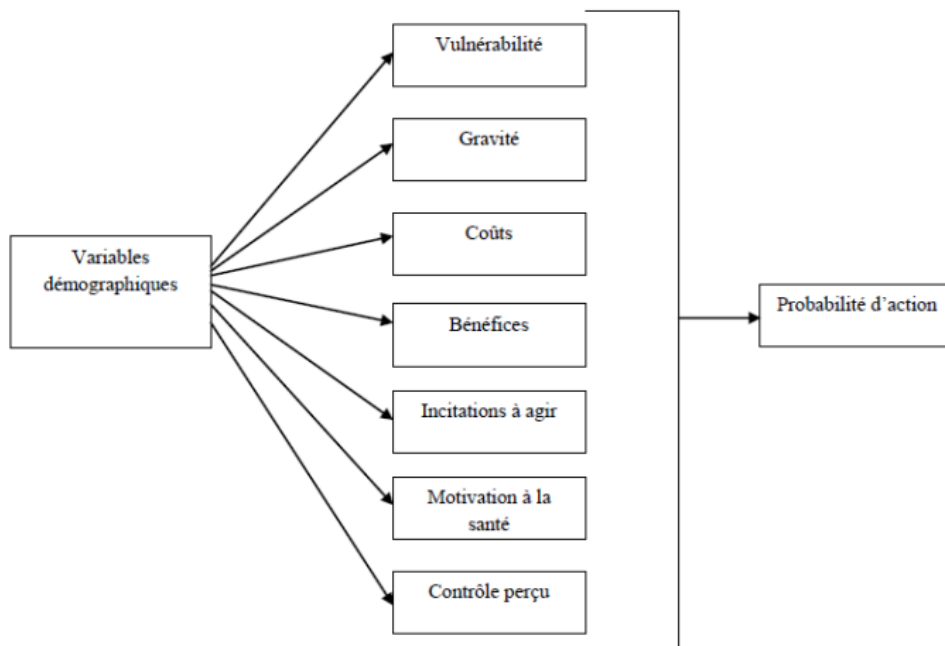


Figure 8 : Modèle des croyances relatives à la santé, Rosenstock, 1966.

Ce modèle explique et aide à prédire les comportements de santé, dont les comportements d'utilisation des services de santé.

Notre questionnaire s'intéresse donc à ces différentes variables. Nous l'avons diffusé auprès des habitants des 42 communes du territoire pour questionner l'accès aux soins en santé mentale.

Analyse des questionnaires

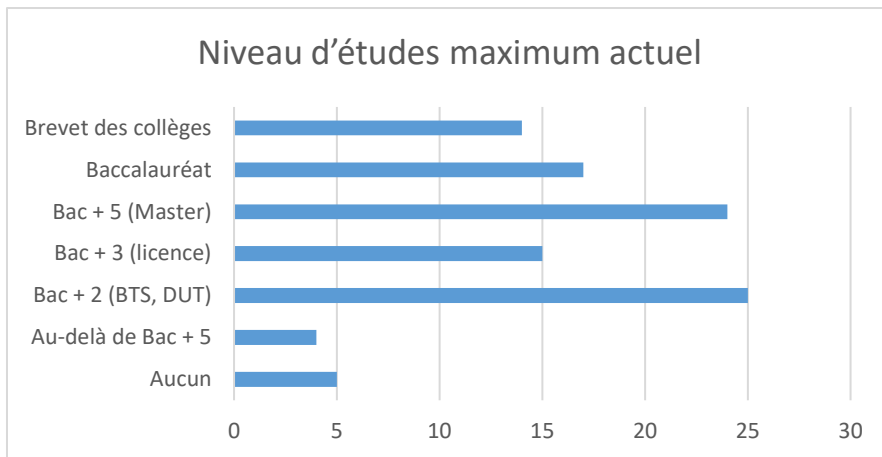
104 personnes ont répondu au questionnaire. 21 sont des hommes, 83 sont des femmes. La moyenne d'âge est de 60,2 ans.

Parmi les répondants, 6 résident en dehors de la communauté de communes Bugey-Sud.

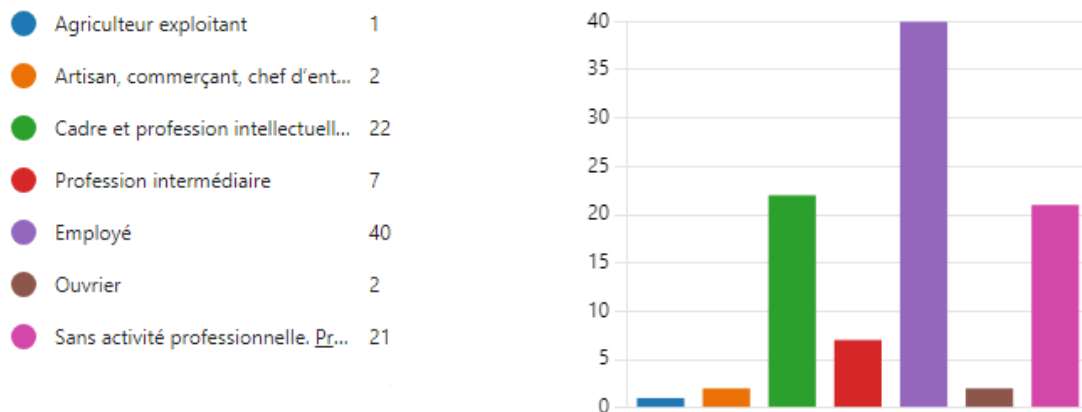
Statut familial : 28 célibataires, 67 en couple/mariés/pacsés, 27 avec enfants à charge, 3 veufs. 64 répondants déclarent vivre avec leur conjoint, 20 seuls, 43 avec leurs enfants, 3 avec leurs parents.

Concernant le niveau de revenus des répondants, 32% perçoivent leurs revenus mensuels comme étant bons, 41% comme ni faibles, ni bons, 27% comme faibles. 23% déclarent bénéficier d'aides de l'Etat. Cela traduit l'écart entre le perçu (et comment le vivent les individus) et l'objectif (au regard des critères définis par les organismes d'aides financières).

Le graphique ci-dessous présente les niveaux d'études maximum des participants.



Ci-dessous un graphique présentant la répartition des répondants par statut professionnel. Parmi les personnes sans activité professionnelle, celles-ci sont à la retraite (12), en apprentissage (1), en invalidité (2), accident du travail (1), RSA (2), chômage (1).



18 répondants déclarent être concernés par un ou plusieurs problèmes de santé mentale (2 par une maladie neurologique, 11 par une maladie psychique, 17 par une souffrance psychique d'origine sociale).

Enfin, des questions relatives à la maîtrise de la langue française et à l'appartenance religieuse ont été posées. Toutefois, le nombre de personnes concernées étant assez faible, ces données ne sont pas pertinentes à exploiter (elles auraient pu l'être pour questionner les liens entre confession religieuse et croyances relatives à la santé mentale par exemple).

Le questionnaire est divisé en plusieurs sous-parties :

- Evaluation des connaissances du système de santé
- Evaluation des connaissances et des croyances en santé mentale
- Evaluation du soutien social perçu
- Evaluation des besoins et des pratiques
- Accessibilité aux services de santé mentale
- Recueil de données sociodémographiques et de santé (présentées plus haut)

Tableau 3 : Données obtenues au questionnaire

Catégorie et items évalués	Réponses
Connaissances du système de santé	
Connaissance du système de santé	45% bonne connaissance 31% ne se positionnent pas 24% faible connaissance
Connaissance des structures et des professionnels disponibles près de chez vous pour vous accompagner en cas de problème de santé mentale	18% bonne connaissance 27% ne se positionnent pas 55% faible connaissance
Métiers de la santé mentale connus	Psychologue, psychiatre, médecin généraliste, neuropsychologue, psychothérapeute, psychanalyste, orthophoniste, pédopsychiatre, gériatre, neurologue, infirmier, assistant social, réflexologue, art-thérapeute, éducateur, ergothérapeute, psychomotricien, sophrologue, « médecines alternatives », neurochirurgien, , psychomotricien, aide médico-psychologique, « aucun »
Connaissances et des croyances en santé mentale	
Estime avoir à sa connaissance les informations nécessaires pour prendre soin de sa santé mentale	34% est d'accord 32% ne se positionnent pas 31% n'est pas d'accord
Croyance en la probabilité d'être concerné par un problème de santé mentale au cours de sa vie	39% forte probabilité 50% ni faible, ni forte 11% faible probabilité
Croyance en la gravité d'avoir un problème de santé mentale	72% gravité élevée 26% ni grave, ni pas grave 2% faible gravité
Croyance en l'efficacité des prises en charge médicamenteuses	38% croient en l'efficacité des PEC médicamenteuses 43% ne se positionnent pas 19% ne croient pas en l'efficacité des PEC médicamenteuses
Croyance en l'efficacité des prises en charge psychologiques	77% croient en l'efficacité des PEC psychologiques 16% ne se positionnent pas 7% ne croient pas en l'efficacité des PEC psychologiques
Croyance en sa capacité à aller consulter un professionnel de santé mentale en cas de problème de santé mentale	81% s'en croient capable 14% ne se positionnent pas 5% ne s'en sentent pas capable
Croyance en sa capacité à convaincre un proche semblant avoir un problème de santé mentale d'aller consulter un professionnel de santé mentale	76% s'en croient capable 22% ne se positionnent pas 2% ne s'en croient pas capable
Soutien social perçu	
Croyance en le fait que le lieu principalement occupé en semaine aide le répondant à prendre soin de sa santé mentale	40% en accord 39% ne se prononcent pas 21% en désaccord *Lieux principalement occupés : travail, domicile
Appréciation de la façon dont les proches du répondant le soutiennent quand celui-ci en a besoin	64% bonne appréciation 23% ne se prononcent pas

	13% mauvaise appréciation
Croyance quant à l'apport d'un soutien par un proche dans une démarche d'accès aux soins en santé mentale	80% en accord 16% nsp 4% en désaccord
Besoins et pratiques	
A déjà bénéficié d'un accompagnement en santé mentale ces 12 derniers mois	24% oui : <i>Professionnels rencontrés</i> (par ordre décroissant de citation): psychologue, psychiatre, sage-femme, somatopathe, kinésologue, infirmier, psychanalyste <i>Type d'accompagnement</i> : en cabinet, en structure (CMP), à l'hôpital <i>Type de soins bénéficiés</i> : entretiens/psychothérapie, test psychologique, prise de sang, médicaments, médiation équine, médecine chinoise, sophrologie, hypnose 76% non : les répondants estiment être en bonne santé mentale et ne pas avoir besoin de consulter un professionnel ; auto-thérapie ; manque de temps ; coût financier ; en détresse psychologique mais pas suffisamment pour juger utile de consulter ; méconnaissance des services proposés ; manque de professionnels disponibles ; absence de diagnostic ; freins psychologiques (difficulté à accepter avoir besoin d'aide) ; délais d'attente ; éviter le jugement/regard de l'autre
A participé à au moins un évènement en lien avec la santé mentale ces 12 derniers mois (conférence, atelier, groupe d'échanges...)	17% oui : <i>Thématiques</i> : séparation, santé au travail / burn-out, enfants handicapés, gestion du stress, autisme, aidant <i>Modalités</i> : conférence, formation (PSSM, ESPT), groupe de parole, webinaires et podcasts 83% non : les principales raisons (par ordre décroissant) : par méconnaissance d'évènements qui peuvent avoir lieu ; manque de temps ; ne se sent pas concerné ; non intéressé ; manque de moyen pour se déplacer
Accessibilité aux services de santé mentale	
Facilité à se rendre auprès d'un professionnel de santé mentale	72% oui 28% non : motifs : manque de temps, coût financier, délais d'attente, peu de professionnels disponibles, pas de moyen de locomotion, distance trop importante du domicile, manque d'information
Ouvert à la téléconsultation	41% oui 26% nsp 33% non

Ces données mettent donc en évidence certains facteurs explicatifs du non-recours aux soins bio-psycho-sociaux en santé mentale, tels qu'une connaissance parfois insuffisante concernant les offres

disponibles en matière de santé mentale sur le territoire, du manque d'information à propos des différentes modalités thérapeutiques pertinentes, de la présence limitée des services de santé mentale sur les territoires ruraux et isolés (renforcer l'aller-vers pour lever les freins liés au manque de moyen de locomotion, de temps, aux délais d'attente, au coût financier. La présence d'un professionnel de santé mentale en plein cœur de la cité faciliterait le contact et l'ouverture à une potentielle prise en charge en santé mentale).

Une des limites de cette étude peut être la non-réponse des personnes n'étant pas à l'aise avec la langue française. Les données de ce questionnaire peuvent être complétées par celles recueillies dans le cadre des entretiens avec les professionnels. En effet, ces derniers nous partagent qu'il s'avère coûteux psychologiquement pour les habitants, notamment pour les personnes en situation de grande précarité, de faire la démarche d'aller vers les structures de soutien psychologique et social (faible recours). De plus, des études²¹ ont montré que le non-recours est souvent expliqué de façon individuelle, mais d'autres raisons telles qu'avoir conscience de son trouble et un niveau scolaire élevé influence la probabilité de recourir aux soins. La structure qui porte le service, et le service lui-même influencent le recours aux soins, au même titre que les représentations sociales de la santé mentale.

Approche des représentations sociales de la santé mentale des professionnels de Bugéy-Sud

En effet, les représentations sociales, les préjugés et les attitudes qui y sont associés sont des freins au recours aux services de santé mentale. En effet, les termes de « santé mentale » peuvent faire appel à des représentations plus ou moins semblables selon le rapport que nous entretenons à nous-même, aux autres et plus globalement au contexte dans lequel nous nous inscrivons. La santé mentale étant un « objet social », des représentations sociales se construisent et sont partagées par un ensemble de personnes. En santé mentale, les représentations les plus courantes à propos de la dimension « troubles psychiques » se rattachent aux notions de danger, de peur, d'exclusion, d'imprévisibilité, d'irresponsabilité²². Elles peuvent différer selon les groupes d'appartenance et les groupes de référence des individus. Par exemple, une personne concernée par un problème de santé mentale, un professionnel de santé et un individu à priori non-concerné peuvent avoir des représentations de la santé mentale différentes.

Nous avons donc diffusé un second questionnaire (annexe 3), cette fois-ci auprès des professionnels et élus du territoire pour nous approcher de leurs représentations de la santé mentale, en nous appuyant sur la théorie des représentations sociales qui repose sur le postulat selon lequel « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne »²³. Elles sont une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »²². Elles régissent notre relation au monde et aux autres et orientent nos conduites et nos communications sociales.

Les représentations sociales sont donc pertinentes à étudier pour comprendre les attitudes et les conduites potentiellement discriminantes vis-à-vis des personnes concernées par un problème de santé mentale, ainsi que les différences interindividuelles et inter-groupales dans ces attitudes et comportements ; elles peuvent aussi expliquer le (non)-recours aux services de soins par exemple...

²¹ Dupuis, E. 2016. Mémoire : Non-recours aux soins et troubles dépressifs.

²² Caria, A & al. (2012). Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? La santé de l'Homme, n° 419, pp. 25-27

²³ <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm>

Analyse des questionnaires

Cette analyse tend à se rapprocher de l'étude des représentations sociales. Elle n'est pas exhaustive et pourrait être davantage approfondie et codifiée.

76 personnes ont répondu au questionnaire (15 hommes, 89 femmes). Nous avons demandé aux répondants leur ancienneté en tant que professionnel, mais il semblerait que la question n'ait pas été interprétée de la même façon par tous (certains répondants semblent avoir donné leur âge). De ce fait, nous n'analyserons pas cette question.

609 mots ont été recueillis. Parmi ceux-ci, plusieurs mots ont pu être rassemblés dans une même catégorie. Ainsi, le tableau ci-dessous illustre le nombre de mots rattachés aux différentes catégories identifiées.

Tableau 4 : Nombre de mots rattachés à chaque catégorie, par ordre décroissant

Catégorie de mots identifiées	Nombre de mots rattachés à la catégorie
Détresse psychologique. Cette catégorie renvoie aux mots ou expressions faisant référence à la définition de la détresse psychologique. Elle inclut aussi la souffrance au travail	77
Accès aux soins et recours aux soins. Cette catégorie contient les mots faisant référence à ce qui peut freiner et/ou faciliter l'accès et le recours aux soins en santé mentale	65
Troubles psychiques. Cette catégorie fait référence aux mots renvoyant à la définition des troubles psychiques telle que définie plus-haut dans ce document	60
Santé mentale positive. Renvoie aux éléments de définition de cette dimension de la santé mentale	53
Structure / dispositif. Mots qui renvoient à des dispositifs ou structures ressources	50
Outil clinique. Cette catégorie renvoie aux outils des professionnels du soin pour accompagner un individu à se rétablir de ses troubles, à aller vers un mieux-être. Cela inclut les différentes approches thérapeutiques et la notion de diagnostic	31
Réseau. Cette catégorie renvoie aux notions de travail partenarial, de coordination pour fluidifier les parcours de vie et de soins, les prises en charge.	28
Soutien. Fait référence à l'accompagnement, à l'aide proposée	28
Discipline. Cette catégorie renvoie aux champs disciplinaires étudiés (psychologie, psychiatrie notamment)	21
Profession. Renvoie aux titres des professionnels (psychologue, psychiatre par exemple)	21
Etayage – outillage. Renvoie aux notions de formations, compétences, de compréhension	18
Temporalité.	17

Fait référence au post-covid, aux délais de prise en charge	
Référentiel théorique. Renvoie aux mots faisant référence à des théories	17
Imaginaire collectif. Renvoie à des préjugés, stéréotypes, idées largement véhiculées dans la société autour de la santé mentale et à l'importance de les déconstruire	17
Posture. Renvoie à la posture « bienveillante, adéquate »	16
Lien social – isolement.	14
Interprétation. Renvoie aux impressions, perceptions des répondants quant aux usagers (besoins, fragilité)	13
Interrelationnel. Renvoie à la notion de collectif, de gestion des émotions	9
Neuropsychologie. Renvoie aux propos liés au système nerveux et aux fonctions cognitives et exécutives	8
Population. Fait référence à des catégories d'âge (enfant, adolescent par exemple)	6
Travail. Renvoie à l'insertion, à l'emploi. La notion de burn-out et de souffrance au travail se retrouve dans la catégorie « détresse psychologique »	5
Difficultés (tout type)	4
Prévention. Notion de prévention	3
Epuisement. Fatigue, tension	2
Perte. Renvoi à la notion de perte de sens, perte de repères	2
Biologique. Mots qui renvoient à l'anatomie (cerveau)	1
Précarité. Éléments définissant la précarité économique. La précarité sociale (isolement) est référencée dans la catégorie « lien social – isolement »	1

Une grande majorité des mots énoncés par chaque participant appartiennent à une même catégorie que d'autres mots énoncés par d'autres participants. En ce sens, nous avons affaire à des répondants qui partagent des représentations sociales de la santé mentale similaires (cf le haut du tableau : ces catégories constituent le « noyau central » des représentations sociales de la santé mentale des répondants). Toutefois, certains mots ont été évoqués à la marge (cf le bas du tableau), ces mots ne font donc pas partie du « noyau central » des représentations sociales chez nos répondants mais du « noyau périphérique ».

Les catégories de mots ont été classées par ordre décroissant. Nous observons une diminution de la fréquence d'évocation des mots, par catégorie. Cela indique que certains termes sont davantage saillants que d'autres, et plus évocateurs, spontanés chez les répondants.

Le premier mot cité par chacun des répondants à la question « quels sont les mots qui viennent à l'esprit de mon réseau professionnel lorsqu'on leur dit « santé mentale » ? » renvoie d'abord à la

catégorie « structure – dispositif », puis à la catégorie « accès aux soins et recours aux soins ». Concernant la question « Personnellement, les mots qui me viennent à l'esprit lorsqu'on me dit « santé mentale » sont », le premier mot évoqué par chaque participant est d'abord associé à la catégorie « santé mentale positive », puis « détresse psychologique » et « accès aux soins et recours aux soins ».

Cette analyse soutient l'idée selon laquelle les mots les plus « ancrés » socialement quand on parle de *santé mentale* renvoient dès la première évocation aux catégories « accès aux soins et recours aux soins », « détresse psychologique », « santé mentale positive » et « structure – dispositif » car il s'agit des mots les plus consensuels (fréquence élevée) et les plus accessibles (premier mot associé à la notion de « santé mentale »).

Plusieurs mots réfèrent aux difficultés en matière de soins observées sur le territoire : l'insuffisance de structures/professionnels ressources, l'isolement/l'éloignement des structures existantes, les freins financiers, la nécessité de travailler en réseau dans une logique de parcours pour l'utilisateur. D'autres mots font référence à la *santé mentale positive*, tandis que d'autres renvoient aux *maladies psychiques*. Certains mots illustrent le besoin d'être outillé en santé mentale. Nous observons que les mots font davantage écho à des constats territoriaux partagés, à des attentes des acteurs en santé mentale. Les représentations sont davantage axées sur les notions *curatives* que *préventives*. Il semblerait que la santé mentale soit reconnue sous ses trois dimensions.

Enfin, quand on demande aux participants de s'imaginer en présence d'une personne qui aurait un problème de santé mentale, le problème de santé mentale qu'ils supposent que cette personne imaginaire serait d'ordre psychiatrique (dépression, anxiété, troubles de l'humeur, psychose, addictions), puis de l'ordre de la souffrance psychologique (mal-être, burn-out, « être à bout »).

Cette analyse des représentations sociales de la santé mentale auprès des répondants acteurs de l'accompagnement sur le territoire nous permet de nous approcher de leur réalité, socialement partagée. Elle permet de nous guider dans le travail de réflexion qui sera prochainement mené dans le cadre de l'élaboration de la feuille de route du CLSM, en lien avec nos objectifs de promotion et de déstigmatisation de la santé mentale.

La stigmatisation comme frein dans le recours aux soins

La stigmatisation est un concept multidimensionnel faisant référence à une attitude de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, ce qui va générer des conduites et des comportements de discrimination²⁴.

Les personnes qui évitent d'être associées à la « santé mentale » vont adopter des comportements qui les mettront à distance de cette association. Par conséquent, des individus éviteront d'aller dans des lieux identifiés pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Cette menace de stigmatisation impacte directement les soins, et un retard dans l'accompagnement. D'autre part, des études montrent aussi que les personnes vivant avec des troubles psychiques reçoivent de moins bons soins pour des affections physiques²⁵.

La stigmatisation dévalorise les personnes vivant avec des troubles psychiques. Elle peut impacter la vision qu'ont les personnes concernées d'elles-mêmes, ce qui peut entraîner un sentiment de honte, de culpabilité, une perte d'estime de soi, une perte d'espoir, une perte de confiance en ses capacités à réussir quoi que ce soit, à l'isolement. L'individu intériorise une image sociale négative de lui-même dû à son trouble. On parle dans ce cas d'*auto-stigmatisation*.

²⁴ Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale – Giordana & col. (2010, p.8)

²⁵ Déstigmatisation des maladies mentales – Manière d'Agir, mai 2017 – ADES du Rhône

Un autre type de stigmatisation dite *structurelle* concerne l'impact des facteurs sociaux, économiques et politiques envers cette catégorie de personnes. Elle est produite par les institutions. La stigmatisation dans les services d'accompagnement existe. Ces attitudes peuvent être conscientes ou inconscientes. Elle peut s'exprimer de façon individuelle ou organisationnelle.

Enfin, la stigmatisation *sociale* renvoie aux réactions du grand public envers les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. La stigmatisation se perpétue aussi par le langage employé dans la vie quotidienne²⁶. En effet, la façon de désigner une personne vivant avec des troubles psychiques n'est pas anodin. La forme langagière choisie peut modifier nos perceptions et avoir pour conséquence d'augmenter ou à l'inverse de réduire la stigmatisation sociale des personnes concernées. Plus précisément, les formes nominales (Marion est schizophrène) entraînent davantage de jugements négatifs, des opinions plus stigmatisantes et moins tolérantes qu'une forme possessive (Marion a un trouble schizophrène). D'autre part, nos croyances et opinions préexistantes influencent aussi la forme langagière et les termes que nous employons pour désigner les personnes concernées.

Ces différents types de stigmatisation entravent l'accès aux soins et la continuité des soins en santé mentale.

Continuité des soins en santé mentale

D'autre part, parmi les personnes ayant engagé une démarche de soins, toutes ne continuent pas leur engagement. D'autres facteurs peuvent expliquer ce désengagement dans le processus de soins.

Tout d'abord, le CMP adultes nous informe que plusieurs patients n'honorent pas leur RDV (environ 80 patients sur la totalité de la file active) ; la moitié d'entre eux n'en informent pas le CMP. Au niveau du CSAPA, les professionnels nous partagent des constats similaires : tous les usagers ne viennent pas aux RDV programmés. Cela interroge les facteurs psychosociaux qui peuvent expliquer ce comportement de non-observance thérapeutique.

²⁷L'observance thérapeutique fait appel au degré de coïncidence du comportement du patient aux prescriptions médicales. Le fait de ne pas être présent aux RDV réfère à la non-observance au suivi. Elle renvoie à la notion de rupture thérapeutique, qui peut avoir des conséquences en termes de morbidité et de ré-hospitalisation d'urgence, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques.

Les conséquences de la non-observance peuvent être d'ordre individuel, social et économique. Les conséquences *individuelles* concernent les rechutes, l'inefficacité thérapeutique, le risque vital (augmentation du risque suicidaire), des altérations de la qualité de vie du patient, des complications de la maladie. Les conséquences *sociales ou collectives* concernent l'augmentation de la fréquence des hospitalisations, le surcoût économique

Des études ont mis en évidence les facteurs psychosociaux qui peuvent influencer l'observance thérapeutique. Nous pouvons citer les facteurs sociodémographiques, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, les croyances du patient vis-à-vis de sa maladie, la croyance en la capacité du patient à faire face et à gérer sa maladie, le contrôle qu'il pense pouvoir exercer sur celle-ci, la gravité perçue de la maladie, la façon d'exercer du médecin, la relation médecin-patient et le style des interactions,

²⁶ <https://fr.in-mind.org/fr/article/une-personne-ayant-un-trouble-schizophrénique-ou-un-schizophrène-quand-le-label-emploie>

²⁷ Bureau M. (2001). L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux.

le type de maladie (psychose), l'information partagée au patient et à la famille, la prise en considération de l'entourage du patient dans le processus de soins, le fait de considérer le patient comme un partenaire du soin, l'acceptation et la compréhension de la maladie, la tolérance au traitement, l'appréciation du lieu d'accompagnement, le rythme des consultations...

D'autre part, la coordination entre les différents professionnels qui interviennent auprès d'une même personne est nécessaire pour assurer une continuité des soins qualitative.

Au-delà des questions liées au recours aux soins et à la continuité des soins, les environnements, dans lesquels les individus s'inscrivent, viennent influencer leur santé mentale et leur qualité de vie.

Espaces publics et environnement ambiant

Le cadre de vie dans lequel l'individu évolue vient impacter son sentiment de bien-être. L'environnement (urbain, semi-rural, rural) et les modes de vie influencent le bien-être et la santé mentale. Plusieurs études ont mis en évidence des corrélations entre anxiété, stress, dépression et cadre de vie.

La façon dont est pensé l'espace et la façon dont il est perçu et vécu par ses usagers influence leur sentiment de bien-être. Ces espaces viennent plus ou moins répondre aux besoins des individus.

La présence de structures de d'aide et d'accompagnement sur un territoire participe à soutenir la santé mentale positive des habitants, aussi bien que les services proposés (cinémas, théâtres, transports publics et leur accessibilité).

En parallèle, les espaces publics, de par leur agencement, leur disponibilité et accessibilité, leur proximité avec les habitants mais aussi la façon dont ces derniers perçoivent, s'approprient et vivent les espaces viennent influencer leur santé mentale. S'assurer que ces espaces répondent à leurs besoins est un élément qui soutient la santé mentale. Trois besoins ont été répertoriés :

- Besoins cognitifs : espaces garantissant le bon fonctionnement du cerveau
- Besoins émotionnels : espaces garantissant un vécu positif du lieu
- Besoins sociaux : espaces garantissant le lien social

Les études réalisées à ce sujet mettent en évidence plusieurs éléments « dans la ville » (espaces publics) pouvant impacter la santé mentale des individus, en particulier si ces éléments peuvent répondre à leurs besoins. Nous proposons ci-dessous une liste de ces éléments favorables (protecteurs) et défavorables (pouvant faciliter l'apparition de troubles) à la santé mentale :

- Présence d'espaces verts, de plantes, de nature
- Présence d'espaces encourageant l'activité physique
- Présence d'espaces favorisant les liens sociaux et l'inclusion (le vivre-ensemble)
- Présence d'espaces et de chemins/routes/passages permettant de se sentir en sécurité
- Espaces facilitant les déplacements et la mobilité
- Présence d'espaces stimulants/attractifs favorisant la curiosité, la sérénité (mobilisation des arts et de la culture par exemple)
- Mésusages d'espaces pouvant créer des nuisances et des tensions
- Exposition au bruit, à la saleté, à la pollution visuelle
- La forme même d'un quartier (enclavé ou non)

- Travaux / chantiers qui peuvent en eux-mêmes être sources de nuisances (bruit, déchets, saletés, perturbations des cheminements, de la signalétique, du stationnement, des aires de jeux, crainte pour la sécurité des jeunes)

La qualité d'un lieu résulte donc d'un agencement, d'un savoir technique ou spatial. Et aussi de son appréhension par les individus. En effet, par son expérience des espaces, l'individu donne un sens au lieu et crée son propre paysage urbain. Un même espace peut être perçu, vécu et occupé de façon totalement différente d'une personne à une autre. Cela dépend de certaines caractéristiques, comme le genre, l'âge, la culture, les croyances, la mémoire du lieu, des expériences vécues... L'environnement agit sur l'individu tout comme l'individu agit sur l'environnement.

La CCBS a par le passé réalisé une enquête sur les aménagements extérieurs en 2021. Les résultats mettent en évidence plusieurs propositions d'aménagement, telles que la rénovation du city stade, requalifier les trottoirs, les aires de jeux pour enfants... tout en veillant à ce que les aménagements soient inclusifs et favorables à la mixité entre les sexes et les générations. Une réflexion qui s'est traduite en plan d'actions, concernant les infrastructures existantes et à développer, a aussi été initiée, en lien avec le conseil citoyen, la commune et les bailleurs sociaux.

D'autre part, la ville de Belley anime actuellement une commission concernant l'accessibilité de la ville pour les personnes en situation de handicap. Des échanges à visée de diagnostic ont pu mettre en évidence un manque de visibilité et des passages perçus comme dangereux au niveau du plateau piéton. Concernant les rues piétonnes, les pavés sont jugés instables et inégaux, ce qui ne facilite pas le déplacement. Les places PMR pour accéder facilement aux commerces sont aux normes mais conviennent peu aux usagers. Il est par exemple impossible pour les minibus de se garer en centre-ville. Plusieurs pistes de réflexion sont en cours, comme la création d'un cheminement PMR en béton désactivé ; l'abaissement de trottoirs rue de la République ; la réalisation de places PMR plus grandes que les normes pour permettre au minibus de se garer ; relier le quartier de la Vieille Porte à jusqu'au centre-ville par un cheminement PMR via la Grande Rue ; création d'un îlot de fraîcheur.

Ces données mettent en évidence la volonté de la CCBS et de la ville de Belley d'agir en faveur de l'amélioration de la qualité de vie des habitants, via le cadre de vie. La réflexion associant les habitants, les propositions d'actions tendent à répondre au plus près de leurs besoins, dans une logique d'inclusion et de l'exercice de sa pleine citoyenneté.

La façon dont le cadre de vie, est pensé et aménagé, contribue à la santé mentale positive des habitants, soit à leur sentiment de bien-être. Un cadre de vie optimal aidera l'individu à se réaliser et donc à atteindre un sentiment de bien-être. En effet, un environnement qui permettra à l'individu d'entretenir des relations positives avec autrui, lui permettre d'agir en toute autonomie, d'être intégré, d'avoir le sentiment de contribuer à des causes sociales tendront à renforcer le sentiment de bien-être.

Le bien-être est donc à la fois individuel et collectif. S'appuyer sur ses ressources individuelles et sur les ressources disponibles au sein de sa communauté et de son environnement de vie est un moyen d'entretenir une santé mentale positive. Renforcer le bien-être, c'est développer des environnements favorables à la santé mentale, et renforcer les ressources individuelles, en veillant à ce que celles-ci puissent bien « s'activer » dans l'environnement de la personne.

Synthèse des données

Le présent diagnostic est structuré de sorte à éclairer plusieurs éléments au regard des objectifs du CLSM :

- Définition préalable de la santé mentale, valorisation de données quantitatives concernant la prévalence des troubles mentaux et neurologiques et des tentatives de suicide,
- Mise en lumière des facteurs de risque de développer des troubles (dans une logique de pouvoir agir en prévention), identification des facteurs pouvant expliquer une partie de la détresse psychologique sur le territoire (violences conjugales, conduites à risque, transition des rôles sociaux (périnatalité), environnement/cadre de vie, statut socio-économique, décrochage scolaire),
- Mise en lumière des attentes des professionnels (renforcer le réseau partenarial existant pour travailler en coordination, gagner en visibilité, étayage et soutien attendus, renforcement de structures ressources, agir en prévention et promotion de la santé mentale),
- Identification d'éléments permettant de comprendre ce qui peut faciliter ou freiner l'accès et le recours aux services de soutien en santé mentale (connaissances insuffisantes de l'offre disponible, manque d'informations quant aux modalités thérapeutiques efficaces, difficulté à se déplacer, délais d'attente, coûts financiers, stigmatisation).

Les éléments recueillis permettent de conforter la nécessité de la mise en place d'un dispositif comme le CLSM sur le territoire. L'approche proposée par celui-ci sera une plus-value sur un territoire géographiquement disparate tel que celui-ci, afin d'agir pour limiter les inégalités sociales et territoriales de santé mentale.

L'ensemble de ces éléments permet de mettre en lumière les éléments prioritaires sur lesquels il semble opportun d'agir au niveau du CLSM. Croiser l'ensemble des données recueillies et les mettre au travail (que ce soit dans le cadre du CLSM, ou bien dans le cadre d'autres politiques publiques : les déterminants de la santé mentale étant multifactoriels), sous forme de groupes de travail thématiques, permettra de répondre au plus près aux enjeux et réalités du territoire de Bugey-Sud.

Enfin, nous tenons à rappeler que ce diagnostic a tenté d'approcher une pluralité des déterminants de la santé mentale et de venir questionner l'ensemble des objectifs nationaux du CLSM. Ce diagnostic vient compléter l'ensemble des diagnostics déjà réalisés précédemment dans le cadre d'autres politiques publiques. Il n'est donc pas exhaustif et peut-être lu en parallèle à d'autres supports venant questionner de façon plus précise certains déterminants de la santé mentale.

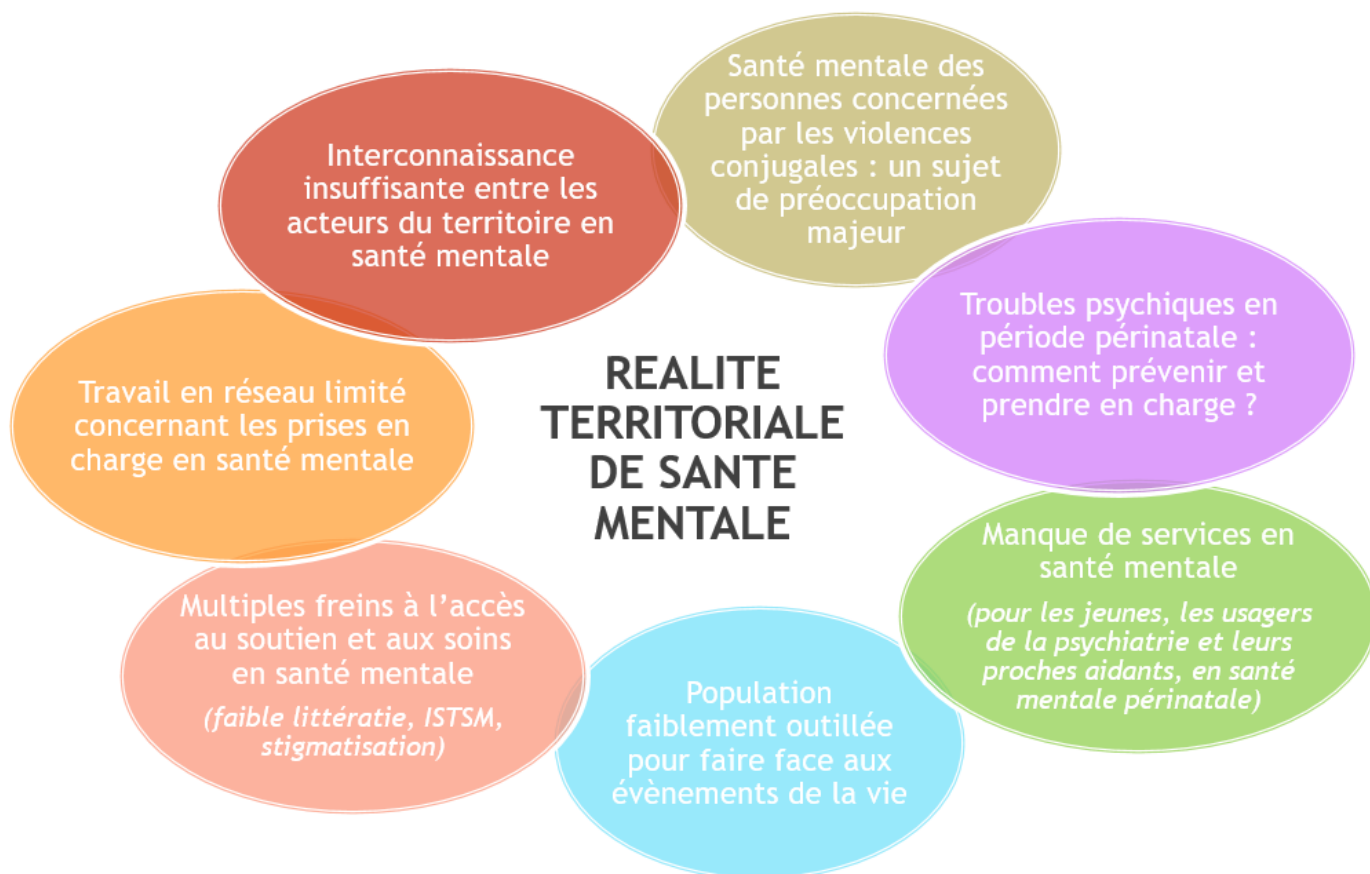


Figure 9 : Schéma visuel synthétique des éléments principaux issus du diagnostic

Perspectives pour le CLSM de Bugey-Sud

Au regard des données recueillies, la santé mentale vise essentiellement les déterminants sociaux et sociétaux, en particulier l'interaction entre l'individu et ses environnements. Les pistes d'actions à envisager doivent donc relever de l'implication et du croisement de diverses politiques publiques et institutions, la santé mentale se retrouvant dans les différentes politiques, telles que les politiques sociales, de santé, du logement, de la mobilité, écologiques, de santé, d'éducation, d'emploi... La santé mentale est « l'affaire de tous ».

Le CLSM est un dispositif reposant sur la participation active des personnes concernées et voulant renforcer leur pouvoir d'agir et leur autonomie. Il répond à une logique communautaire. Cela permet de s'assurer de répondre aux besoins et aux demandes, et de renforcer la mobilisation des partenaires. Ainsi, l'orientation du CLSM doit être appuyée par les discussions et propositions de l'ensemble des acteurs du territoire.

Une assemblée plénière aura lieu le 17 octobre 2023 pour présenter l'intégralité du diagnostic. Cette assemblée est ouverte à toute personne souhaitant se mobiliser autour de la santé mentale sur le territoire de Bugey-Sud. Ce sera l'occasion pour les acteurs d'échanger, de discuter et de partager leur vision du diagnostic. Un comité de pilotage aura ensuite lieu pour définir les axes stratégiques du CLSM pour 2024 et 2025, en tenant compte des propositions de l'assemblée plénière.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau synthétique de la Convention Territoriale Globale (CTG)

Annexe 2 : Questionnaire grand public – accès et continuité des soins en santé mentale

Annexe 3 : Questionnaire professionnels – représentations sociales

Annexe 4 : Structures/dispositifs rencontrés dans le cadre des entretiens

Annexe 1 – Tableau synthétique des éléments populationnels et thématiques du rapport de la CTG.

Thématiques	Facteurs pouvant causer de la souffrance psychologique
Petite-enfance, enfance	<ul style="list-style-type: none"> - Violences conjugales
Jeunesse	<ul style="list-style-type: none"> - Méfiance envers les adultes et les institutions - Démission parentale - Absence de relation parents-enfants - Absence de mixité dans l'espace public - Violences intrafamiliales et envers les femmes - Décrochage scolaire - Manque de qualification - Problématiques de mobilité - Espaces de jeux inadaptés ou obsolètes - Manque d'espace d'appropriation - Squat
Familles	<ul style="list-style-type: none"> - Démission parentale dans certains quartiers - Absence de relation parents-enfants - Violences intrafamiliales et conjugales, et envers les femmes - Familles monoparentales - Grande précarité - Absence de mixité dans l'espace public localisé - Problématiques de mobilité - Logements vieillissants
Personnes âgées et en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> - Logements non-adaptés aux personnes âgées - Manque d'hébergements
Insertion	<ul style="list-style-type: none"> - Décrochage scolaire - Problématiques de mobilité - Précarité - Barrière linguistique - Méfiance envers les institutions - Manque de lien avec les adultes
Professionnels	<p>A cela nous pouvons ajouter des problématiques observées par les professionnels, qui les impactent directement dans l'accompagnement qu'ils peuvent proposer aux usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cloisonnement des accompagnements - Manque de lisibilité sur les missions et fonctionnement des partenaires

Annexe 2 – Questionnaire grand public

URL pour accéder au questionnaire : <https://forms.office.com/e/g2Vj01SbVU>

Annexe 3 – Questionnaire professionnels

URL pour accéder au questionnaire : <https://forms.office.com/e/jVZv947Q9h>

Annexe 4 : Structures et dispositifs rencontrés dans le cadre des entretiens

ADMR

ADSEA – accueil de jour mobile L’hirond’elles

Ain’appui (DAC, dispositif Incurie)

Ainterlude

ATPA

AVEMA

Brigades Nature

CAF

Capso –Rebond

CCAS de Belley

Conseil départemental (centre départemental des solidarités, CPEF)

Centre hospitalier Bugey-Sud

Centre psychothérapique de l’Ain (CMP adultes, CMP enfants-adolescents, équipe mobile Sud, équipe mobile géronto-psychiatrie, carrefour santé mentale précarité)

Centre social Escale

CLIC Bugey-Sud

Clinique de Chanay MGEN

Clinique de Châtillon

Collège Henri Dunant

CPTS Bugey-Sud

Croix-Rouge

Communauté de communes Bugey-Sud – Politique de la ville

France Addictions – CSAPA

France Alzheimer

Humando

Institution Lamartine

Les PEP 01

Logidia

Lycée du Bugey

Maison Marguerite

Mission locale jeunes Bugey Plaine de l'Ain

Mutualité de l'Ain (ESA, SSIAD)

Odynéo (FAM, SAVS, ESAT, SAJ)

Résidence sociale Clos Dubost

Restos du cœur

Secours catholique

Secours populaire

Semcoda

Tribunal de Bourg-en-Bresse – Violences intrafamiliales

USI 01