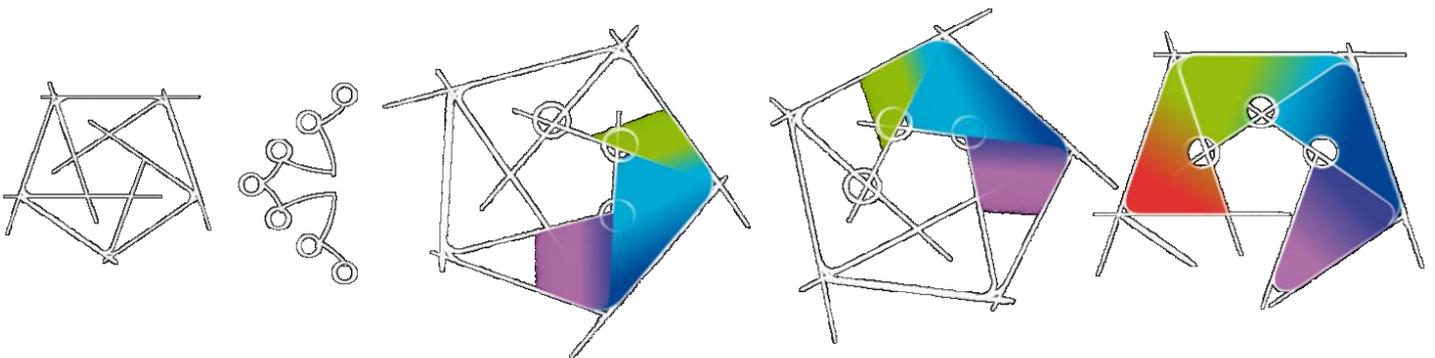


Diagnostic territorial partagé en santé mentale - AVEYRON

Évaluation des besoins et amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours en santé mentale et psychiatrie

V1 JUIN 2017// V2 SEPTEMBRE 2018



Avant-propos

Dans le cadre d'une politique de santé mentale associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de l'Aveyron, nous avons cherché à participer à l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, déclinée en trois étapes :

- **le diagnostic territorial partagé**, qui doit être élaboré par les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale et ce, à leur initiative. Nous aurons à proposer des bases quantitatives et qualitatives à ce diagnostic.
- **le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**, qui doit organiser les conditions d'accès de la population : à la prévention et en particulier, au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, également à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prise en charge spécifiques, ainsi qu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ;
- **le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)**, outil stratégique conclu avec l'ARS qui permet une politique globale en réunissant tous les acteurs sur un même territoire ; ce contrat déclinera les actions, les missions, les engagements, les moyens et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Une commission territoriale spécialisée en santé mentale sera mise en place. Les établissements de service public hospitalier signataires de ce contrat territorial de santé mentale pourront constituer une communauté psychiatrique de territoire (CPT) sur un périmètre départemental.

Il s'agit de défendre la constitution de territoires qui doivent correspondre à des bassins de vie, porteurs d'une dynamique de territoire ; leur configuration devant par ailleurs permettre une accessibilité totale aux usagers de soins et simplifier une organisation complexe. Le département a été défini comme le territoire le plus opportun (cohérence avec le conseil territorial de santé et sectorisation, cohérence avec les principaux signataires des CTSM).

En psychiatrie, c'est à partir de l'élaboration et de la proposition de projets médicaux partagés sur le territoire que nous avons à investir les organisations proposées par la loi de modernisation¹ de notre système de santé, que ce soit pour les GHT (article 107) ou les communautés psychiatriques de territoire (CPT), proposées dans l'article 69.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Référence réglementaire :

- Article 69 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 ;
- Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale ;
- Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville ;
- Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
- Code de la Santé Publique (CSP) :
 - article L3221-1 (définition de la politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie)
 - articles R3224-1 et suivants (définition du projet territorial de santé mentale)
- Rapport du 10 octobre 2016 relatif à la santé mentale remis par Michel Laforcade ;
- Rapport du 4 avril 2017 relatif à la pédopsychiatrie remis par Michel Amiel.

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1 Contexte du projet.....	1
1.1.1 Contexte National.....	1
1.1.2 Contexte régional et local.....	3
1.2 Présentation de la démarche	5
1.2.1 Objectifs et périmètre du projet	5
1.2.2 Méthodologie d'élaboration du diagnostic (1ère phase de la démarche)	5
2 Principales caractéristiques du territoire	7
2.1 Un département au cœur de la région Occitanie	7
2.2 Profil démographique	8
2.3 Profil économique du département	9
2.4 Un niveau de formation perfectible.....	12
3 Cartographie de l'offre de santé.....	14
3.1 Le poids de la santé.....	14
3.2 L'offre de prévention	14
3.3 L'offre de santé de 1 ^{er} recours	19
3.4 L'offre de soins et d'accompagnement en santé mentale	21
3.4.1 Offre en psychiatrie : Effectifs, densité, variation 2007-2016	24
3.4.2 Répartition de l'offre en psychiatrie et santé mentale adulte en Aveyron.....	28
3.4.2.1 Nord Aveyron : 4 secteurs de prise en charge.....	29
3.4.2.2 Sud Aveyron : 1 secteur de prise en charge.....	34
3.4.2.3 Autres structures pour personnes en situation de handicap mental et/ou psychique	35
3.4.3 Répartition de l'offre en psychiatrie et santé mentale infanto-juvénile en Aveyron.....	36
3.4.4 Offre de santé spécialisée autour de la prise en charge et prévention des addictions	41
3.4.5 Offre de santé spécialisée autour de la prise en charge des personnes âgées	42
3.4.6 Offre d'orientation, de coordination et d'intégration.....	44
3.4.7 Associations de solidarité familiale et association gestionnaires d'établissements.....	47
3.4.8 Coordination inter-structures	51
4 Leviers d'amélioration identifiés.....	52
4.1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatrique : focus sur la prévention, le repérage et l'orientation des urgences psychiatriques	52
4.2 L'entrée et la sortie de l'hôpital : focus sur la psychiatrie de liaison, l'accès aux soins somatiques et le décloisonnement de l'offre	61
4.3 La prise en charge et l'accompagnement en milieu ordinaire : focus sur les publics spécifiques et les interfaces critiques de coopération	68
4.4 Réhabilitation et réinsertion sociale : focus sur les thérapies alternatives et la place des aidants.....	80

4.5 Évolution des pratiques professionnelles : focus sur la formation et la recherche	84
---	----

1. Introduction

1.1 Contexte du projet

1.1.1 Contexte National

La santé mentale et la psychiatrie constituent un enjeu majeur de société et un problème de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), 1 français sur 5 sera touché par des troubles psychiques en 2020 et, cinq des dix pathologies les plus préoccupantes du XXIème siècle concernent la psychiatrie (schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs), pathologies souvent méconnues et incomprises.² Classé en 2013 au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires, les troubles psychiques.

Les indicateurs de résultats français concernant l'état de santé mentale de la population sont préoccupants : haut taux de recours à l'hospitalisation complète, espérance de vie réduite des malades psychiques, retards de diagnostic, faible taux d'insertion des personnes handicapées psychiques sont pointés par l'OCDE.

Le Projet Régional de Santé (PRS), principal instrument de pilotage régional des politiques de santé, décline les orientations nationales en santé mentale suivantes :

- Prévention du bien-être mental, de la souffrance psychique et des conduites suicidaires
- Amélioration de l'accès aux soins, promotion de la qualité et de la diversité des pratiques et développement de parcours coordonnés
- Amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique
- Développement d'une stratégie de formation initiale et continue en santé mentale et soutien à une recherche pluridisciplinaire

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour ambition la réorganisation de l'offre de soins en santé mentale. Elle expose, dans son article 69, la volonté de rénover le secteur psychiatrique autour d'une prise en charge intégrée, qui privilégie l'inclusion sociale et le renforcement des moyens humains et financiers. Elle introduit la notion de parcours comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale. Comme le rappelle l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, la question du parcours et de sa fluidité reste pleine et entière et repose toujours sur les conditions de mise en lien des acteurs.

Dans son rapport relatif à la santé mentale, Michel LAFORCADE développe une réflexion autour de cette notion de parcours, et notamment sur les leviers, alliances, coopérations entre acteurs, méthodes

² Etude « Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français », L'Institut Montaigne et la Fondation FondaMental, Octobre 2014

et moyens pour faire évoluer le système de santé sur les champs la santé mentale et de la psychiatrie. A cet effet, il propose une optimisation de la coordination des dispositifs et services existants. Au-delà de la simple observation des parcours des personnes dans le système de santé, il est important de se questionner sur les interactions qui se jouent entre les organisations (structures et professionnels) et des usages qu'en font les acteurs, patients et aidants.

Lorsqu'il s'agit de décrire le parcours de soins et de vie d'un individu dans ce système complexe, il semble nécessaire de se positionner à la place de celui-ci, de sorte à envisager toutes les étapes et tous les obstacles auxquels il sera confronté afin d'organiser entre eux les dispositifs permettant d'assurer un accompagnement continu plutôt que des épisodes de soins et de prise en charge isolés les uns des autres.

Le parcours complexe avec des ruptures est particulièrement dommageable pour les patients atteints de pathologies psychiatriques car ces ruptures aggravent le mal être des personnes et entraînent souvent des rechutes et des décompensations.

L'objectif étant ici de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social pour une meilleure articulation des prestations de services assurés par chacun d'entre eux. Ceci dans l'environnement proximal de l'usager de sorte à ce que celui-ci puisse construire un projet de vie signifiant, citoyen et au plus près de son domicile, condition *sine qua non* de son rétablissement.

La stratégie nationale à la fois interministérielle et intersectorielle est mise en œuvre au sein de plusieurs instances articulées :

- Le conseil National de la Santé Mentale
- Le comité de pilotage Handicap Psychique
- Le comité de pilotage Psychiatrie

La Stratégie Nationale de Santé prévoit que l'amélioration de l'accès aux soins et accompagnements sociaux et médico-sociaux nécessite une coordination précoce et resserrée entre les intervenants afin de préserver l'autonomie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique. Elle doit garantir sur l'ensemble du territoire une prise en charge précoce, un repérage efficace et une dynamique d'« aller vers ».

Une des dispositions principales correspond donc à la mise en place d'une approche transversale de la politique de santé mentale qui passe par la définition d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) fondé sur un diagnostic partagé et donnant lieu à un contrat territorial de santé mentale (CTSM) signé par l'ARS et les acteurs du territoire.

1.1.2 Contexte régional et local

Les pathologies mentales sont plus fréquentes au sein des milieux sociaux défavorisés, le besoin en offre de soins est de ce fait accentué sur certains territoires. Or la région Occitanie présente un contexte d'inégalités sociales et de pauvreté marqué : en 2012, sur les 96 départements de France, le classement selon le taux de pauvreté compte 4 départements de la région parmi les 10 plus pauvres : l'Aude au 3^e rang, les Pyrénées-Orientales au 4^e rang, le Gard au 6^e rang et l'Hérault au 10^e rang.

Logiquement, la part de population en ALD pour pathologies psychiatriques est supérieure à la moyenne nationale dans une grande partie des départements de la région.

La région se caractérise également par de grandes inégalités dans l'offre et dans le recours aux soins de psychiatrie : en terme sanitaire, les taux d'équipement en lits en places varient de 1 à 5 pour les enfants et de 1 à 2 pour les adultes selon les départements tandis que la démographie médicale des psychiatres libéraux et salariés est défavorable tant en nombre absolu (1255 psychiatres au 1er janvier 2016) qu'en répartition géographique dans toute l'Occitanie.

L'approche territoriale de la santé mentale s'est traduite par la mise en place de 11 conseils locaux de santé mentale (CLSM) et de 24 contrats locaux de santé (CLS) disposant d'un volet santé mentale.

Par ailleurs, dans le cadre de l'urgence, des centres d'accueil et de crise ont été développés au sein des grandes agglomérations d'Occitanie de l'est et de Toulouse

La santé mentale et la psychiatrie constituent un axe majeur du PRS Occitanie 2018-2022. Au-delà de la réflexion sur l'accompagnement global en lien avec la santé mentale, le PRS doit répondre aux enjeux de la santé mentale, tant sur les versants préventif, avec des dispositifs sentinelles, que curatif.

Ainsi, le déploiement sur le territoire d'une organisation optimale des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie doit s'opérer. Cette organisation doit prendre en compte les évolutions démographiques de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, l'organisation et le fonctionnement des dispositifs existants, mais aussi les pratiques, la formation des professionnels ainsi que les modalités de coopération.

Dans le schéma régional d'organisation de l'offre de soins (SROS 2013-2017) psychiatrie adulte, la problématique du cloisonnement de l'offre de soins est clairement identifiée. Concernant la psychiatrie des enfants et des adolescents, le repérage précoce des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent ainsi que la continuité de leur prise en charge apparaissent comme des enjeux prioritaires.

La politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs doivent être associés. La délégation départementale de l'ARS en Aveyron souhaite inscrire la politique de santé mentale dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui servira à assurer la réelle vitalité des espaces de démocratie en santé et des espaces de coordination territorial de second niveau.

Le PTSM inclut l'ensemble des acteurs des champs sanitaires, social et médico-social ainsi que les représentants des usagers, les collectivités territoriales. Il tient compte des spécificités du territoire, de

l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et accompagnement les plus actuelles, quel que soit les troubles psychiques concernés.

Ce projet est donc élaboré par tous les acteurs d'un même territoire à partir d'un diagnostic partagé qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier.

L'élaboration de ce projet s'effectue à l'initiative des professionnels des établissements travaillant dans les champs de la santé mentale et, et deux échelons ont été identifiés par les acteurs pour l'application de cette coordination :

- un échelon local, soit l'environnement « proximal » de l'utilisateur
- un échelon inter-institutionnel qui s'inscrit lui sur une échelle territoriale plus grande et implique l'interaction de plusieurs acteurs institutionnels (Agence Régionale de Santé, conseil départemental,...)

L'Aveyron est un département vaste³, constitué de 5 secteurs de psychiatrie, présentant chacun des enjeux gradués en termes de lisibilité de qualité de l'offre de santé et d'accès aux soins. Les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social de l'Aveyron sont, dans une très grande majorité, motivés pour renforcer la dynamique partenariale déjà initiée et opérante en matière de santé mentale. Celle-ci peut cependant être amplifiée et gagner en cohérence notamment au moyen de la mise en place d'instances de concertation (CLSM) et d'outils d'organisation et de gouvernance en santé mentale.

Le département de l'Aveyron est impliqué dans différents projets visant notamment l'amélioration des parcours de santé mentale. En effet, on assiste à l'émergence sporadique d'initiatives locales innovantes s'évertuant à créer du lien, à fédérer les acteurs, à mettre en place des modèles d'actions garantissant une interaction soutenue des personnes et des institutions concernées autour d'un projet commun.

Le 24 février 2017, l'Aveyron a mis en place le Conseil Territorial de Santé. Cette nouvelle instance de démocratie en santé réunit 50 représentants de tous les acteurs locaux impliqués par les questions de santé : professionnels, usagers, collectivités, État, ARS et organismes de sécurité sociale, etc. La mise en place de cette nouvelle instance mobilise la délégation départementale de l'agence avec l'appui des équipes de la Direction Déléguée de Démocratie Sanitaire, Usagers, Qualité et Ethique (DUQUALE) et de la Direction des territoires de l'ARS Occitanie pour élaborer le prochain Projet Régional de Santé.

³ Cf. supra 2. Principales caractéristiques du territoire.

1.2 Présentation de la démarche

1.2.1 Objectifs et périmètre du projet

L'objectif de la démarche consiste à évaluer les besoins, et améliorer la transversalité et l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité sans rupture :

- ✚ 1^{ère} phase : Élaboration et partage du diagnostic relatif aux parcours santé mentale sur le territoire concerné ;
- ✚ 2^{ème} phase : Co-construction du Projet Territorial en Santé Mentale ;
- ✚ 3^{ème} phase : Accompagnement à la mise en œuvre du projet territorial alors défini ;

Le périmètre de la démarche recouvre l'ensemble des parcours en santé mentale dans le département de l'Aveyron, soit une aire géographique de professionnels qui, au mieux se connaissent et travaillent déjà ensemble.

C'est à cette échelle que doit être pensée la prise en charge globale du patient souffrant de troubles de la santé mentale et que peut être observée la cohérence du système de soins pour répondre aux besoins de la population. La variabilité des prises en charge à ce niveau-là s'explique donc à la fois par des éléments infra-territoriaux, mais également par les caractéristiques sanitaires, sociales et médico-sociales du département. Ce sont en effet un ensemble d'éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs qui vont permettre d'expliquer la variabilité des pratiques et des prises en charge proposées sur un territoire prenant en compte l'organisation des soins, l'ouverture vers la communauté des structures ainsi que les collaborations de l'établissement ou du secteur avec son environnement

Cette démarche prévoit le déploiement d'une réponse territorialisée pour tous :

- ✚ Les personnes (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées) concernées par des troubles mentaux ou en situation de handicap psychique ;
- ✚ Les populations socialement vulnérables ou spécifiques (personnes présentant une addiction, personnes en situation de précarité, personnes non ou mal logées, personnes dépourvues d'emplois, personnes détenues avec comorbidités psychologiques et/ou psychiatriques).

L'étude repose essentiellement sur l'organisation des parcours au sein du département, et plus précisément l'identification et l'analyse des caractéristiques de fonctionnement et des points de ruptures (dynamiques/freins) permettant d'effectuer des constats partagés et de définir des objectifs prioritaires communs aux professionnels et aux usagers.

1.2.2 Méthodologie d'élaboration du diagnostic (1^{ère} phase de la démarche)

Le présent rapport restitue les résultats de la première phase, celle de l'élaboration du diagnostic partagé relatif aux parcours santé mentale sur le département de l'Aveyron.

L'objectif a été de réaliser un bilan de l'existant fondé sur les principales caractéristiques du territoire et une cartographie de l'offre en santé mentale.

Par ailleurs, l'étude a permis d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médicaux sociaux, dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services ainsi que dans la formation des professionnels.

Au-delà de la valorisation et de l'optimisation de l'existant, l'étude a également permis de recueillir et analyser les pratiques et initiatives intéressantes sur le département.

La méthodologie de travail a été la suivante :

- ✚ Étude documentaire
- ✚ Identification des prérequis (inventaire régional, adhésion des participants à la démarche, mobilisation partenariale, capacité de la délégation départementale de l'Aveyron à porter le projet, moyens, acteurs concernés, facteurs clés de succès)
- ✚ Définition du périmètre de la démarche (caractéristiques du territoire, cartographie de l'offre de santé et populations concernées)
- ✚ Formalisation des objectifs du travail ainsi que des modalités de fonctionnement des séances de travail (présence, participation et contribution, communication, diffusion de l'information)
- ✚ Réalisation d'entretiens préalables avec les responsables de services de la délégation départementale de l'ARS et du siège
- ✚ Entretiens individuels avec les acteurs du territoire (prévention, sanitaire, sociaux, médico-sociaux, représentants des usagers et des familles, etc.).

L'organisation et l'amélioration des parcours en santé mentale et psychiatrie constituant un défi collectif pour les acteurs locaux, un effort a été réalisé pour favoriser les rencontres auprès du plus grand nombre d'acteurs intervenant dans les parcours sur le territoire.

Ces rencontres ont été formalisées dans le cadre d'entretiens individuels ou entretiens collectifs (focus group), physique ou par téléphone. La complémentarité de ces deux méthodes de recueil de données a permis une approche qualitative visant une représentativité plus complète.

2 Principales caractéristiques du territoire

2.1 Un département au cœur de la région Occitanie⁴

La réforme territoriale a donné naissance au 1er janvier 2016 à 13 régions en France métropolitaine, dont la grande région Occitanie, issue de la réunion des anciennes régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées. Elle est la deuxième plus vaste région de France métropolitaine (72 724 km²) et compte près de 5 791 865 habitants.

Frontalier à sept autres départements, l'Aveyron se situe désormais au cœur cette nouvelle région, favorisant ainsi les échanges économiques, les déplacements domicile - travail et culturels.

Situation géographique de l'Aveyron en Occitanie



Ce département est le 5^{ème} plus grand département de France métropolitaine par sa superficie (avec 8 735 km²) et le plus vaste d'Occitanie. Il compte 279 169 habitants, avec une population dispersée (densité démographique d'environ 32 hab. /km².) ; 5% de la surface départementale concentre 40% de la population aveyronnaise.

Ce département, à dominante rurale (42% population vit en milieu rural), est subdivisé en 3 arrondissements, 23 cantons et 286 communes.

⁴ Rq : L'analyse des caractéristiques du département se fera le plus souvent au regard de la région Occitanie et du territoire national.

2.2 Profil démographique

Le développement démographique est inégal sur le territoire. Sur la période récente 2007-2012, la population Aveyronnaise connaît une légère progression (+0.7%).

Entre 2007 et 2012, la population régionale vieillit suivant le même rythme qu'en France métropolitaine et la part des seniors (60 ans et plus) en région est plus élevée que la sur le territoire national (27 % contre 24 %).

La population aveyronnaise est plus âgée que la population régionale. 13% de la population à plus de 75 ans (10% en ex Midi Pyrénées) et ils seront 17,2% en 2030

Les projections démographiques d'ici à 2042 :

Sur le territoire d'action sociale de Villefranche de Rouergue /Decazeville, on constate une évolution régulière de la population des + de 75 ans à l'horizon 2032 (+ 25% par rapport à aujourd'hui), qui connaît ensuite une accélération significative (+ 48% en 2042).

Sur le territoire d'action sociale du Pays Ruthénois, on observe une première évolution numérique de la population des + de 75 ans peu marquée d'ici à 2020 (+ 3%), pour ensuite augmenter de façon plus significative en 2026 (+ 22%). La population des + de 85 ans connaît une augmentation régulière jusqu'en 2032 puis une augmentation significative en 2038 (+36 %).

L'enjeu du développement de la Silver économie est important. Cette économie, à destination des seniors, porte sur des secteurs variés : services à la personne, sanitaire et médico-social, loisirs, transport, alimentation, sécurité, santé, construction, habitat collectif, etc.

Population par grandes tranches d'âges en Aveyron				
	2013	%	2008	%
Ensemble	277 740	100	275 889	100
0 à 14 ans	43 983	15,8	43 631	15,8
15 à 29 ans	37 632	13,5	39 568	14,3
30 à 44 ans	47 966	17,3	51 403	18,6
45 à 59 ans	58 030	20,9	57 976	21
60 à 74 ans	51 042	18,4	46 687	16,9
75 ans ou plus	39 087	14,1	36 623	13,3

Source Insee, Évolution et structure de la population en 2013

La part de la population de moins de 30 ans est quant à elle inférieure à la moyenne régionale (29 % contre 34 %).

Répartition de la population de moins de 21 ans sur les différents bassins de santé en Aveyron

Bassin de santé	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
DECAZEVILLE	2014	1527	1266	1264	6071	29 807
ESPALION	1544	1238	931	895	4608	26 533
MILLAU	3047	2414	1914	1845	9220	42 665
RODEZ	8406	6195	4945	5973	25 519	108 407
SAINT-AFFRIQUE	1659	1269	1057	1300	5285	25 324
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	2411	1924	1510	1586	7431	35 328
FIGEAC*	543	439	360	315	1657	8165
TOTAL	19 624	15006	11983	13178	59 791	276 229

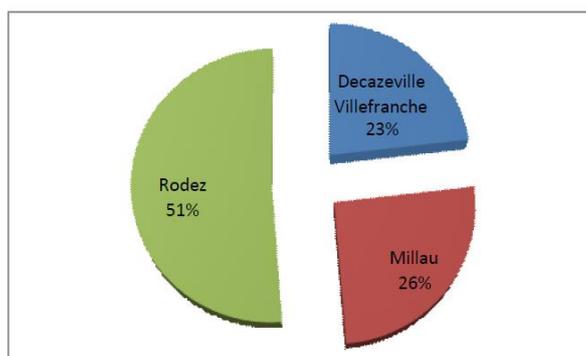
*Communes du bassin de santé Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : INSEE RP 2012 –Exploitation : ORS MIP/ CREAI-ORS LR

Le bassin le plus important, regroupant près des deux cinquièmes de la population et plus des deux cinquièmes de moins de 21 ans est celui de Rodez

2.3 Profil économique du département

Les principales zones d'emploi sont celles de Rodez (174 167 habitants), Millau (60 034 habitants), ainsi que la partie aveyronnaise de la zone d'emploi de Villefranche de Rouergue.⁵

Concentration de la population par bassin d'emploi en Aveyron



Source : Insee 2010

Le centre Aveyron, qui englobe l'aire urbaine de Rodez, est particulièrement dynamique notamment grâce à l'amélioration des voies de communication (par exemple vers la métropole toulousaine) En revanche, le sud-est et l'ouest aveyronnais stagnent et les territoires ruraux du nord et du sud-ouest déclinent.

⁵ Source INSEE, recensement de la population, estimations de population, statistiques de l'état civil ; IGN, 2015

Globalement, en Occitanie, les indices de pauvreté sont plus marqués que sur l'ensemble du territoire français. Le taux de pauvreté de la région est ainsi supérieur à celui observé sur l'ensemble du territoire national (17 % contre 14 %).

L'Aveyron se classe en 6e position des départements les moins pauvres au sein de l'Occitanie, avec un taux de pauvreté de 14,5% très proche de la moyenne nationale (14%). Le département compte par ailleurs une proportion de bénéficiaires du RSA de 4%, de moitié inférieure à celle de la région et un taux de chômage inférieur à la moyenne régionale (7,4 % contre 11,9 %, au 1 janvier 2016) et nationale. Cependant le revenu mensuel médian disponible est inférieur à celui de la région.

La population aveyronnaise est caractérisée par des indicateurs économiques plutôt favorables, bien que le département se caractérise par d'importantes disparités financières.

Dans le nord Aveyron, on constate une certaine richesse d'une partie des personnes âgées, avec un important patrimoine familial. À l'inverse, dans les secteurs du Villefranchois, de l'ancien bassin minier de Decazeville ou du sud Aveyron, la fragilité financière, notamment des personnes âgées, est très importante. Globalement, la pauvreté des personnes âgées prédomine, combinée à un recours accru à l'Allocation aux Adultes Handicapés.

Le département est marqué par une plus forte saisonnalité des emplois. En août 2016, la part des demandeurs d'emploi de longue durée est légèrement plus faible qu'en région (43 % contre 44 %) mais en forte augmentation.

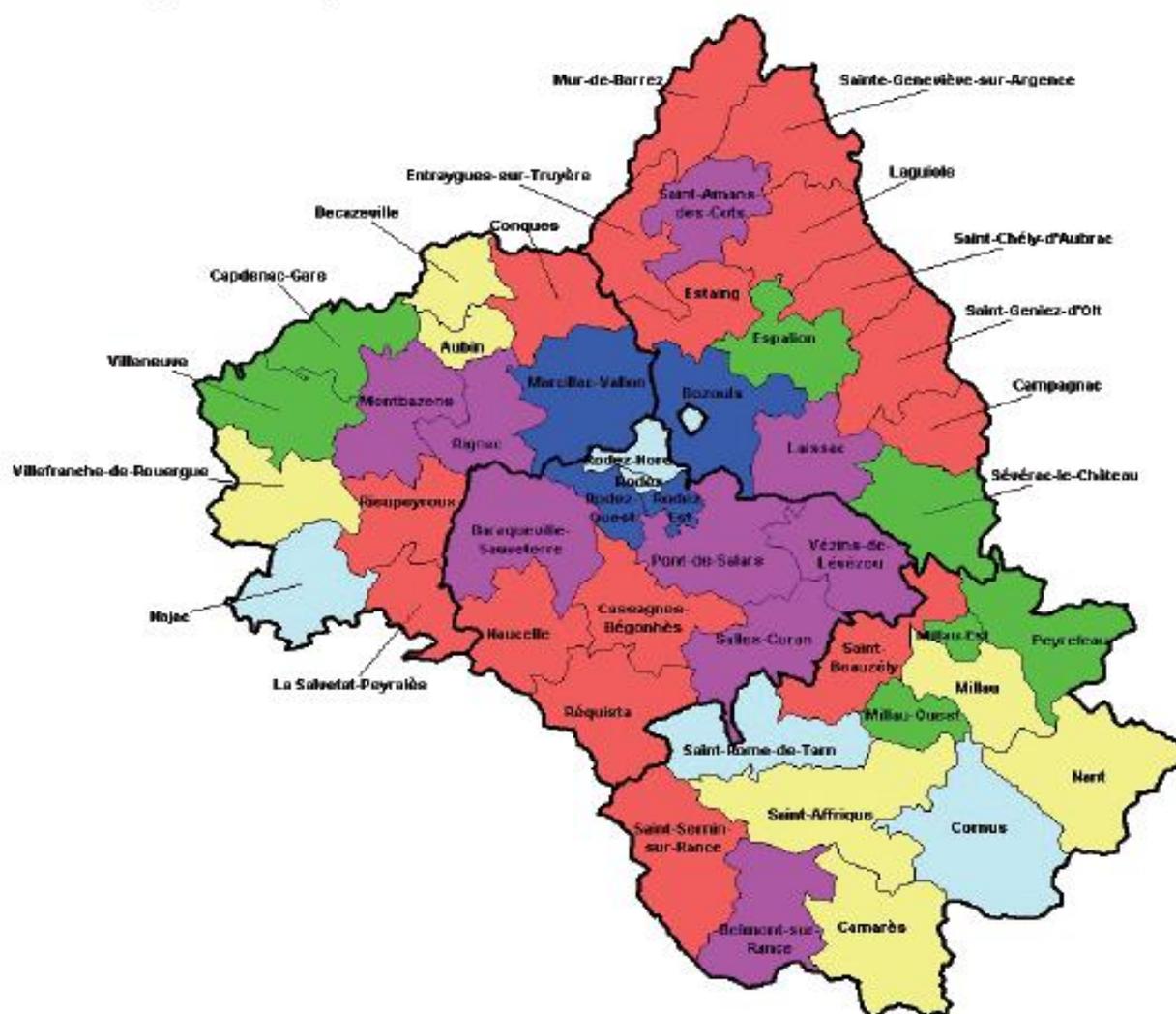
Indicateurs clés sur les revenus et la pauvreté en Occitanie en 2012 et 2015

	Haute-Garonne	Hauts-Pyrénées	Aveyron 	Gers	Tarn	Lot	Lozère	Tarn-et-Garonne	Occitanie	Ariège	Hérault	Gard	Pyrénées-Orientales	Aude	France métropolitaine
Taux de pauvreté en 2012	12,1%	14,1%	14,5%	14,8%	15,1%	15,2%	15,9%	16,3%	16,7%	17,9%	19,2%	20%	20,5%	21%	13,9%
Revenu disponible médian mensuel en 2012	1 790	1 574	1 556	1 589	1 558	1 566	1 528	1 533	1 574	1 507	1 534	1 502	1 460	1 436	1 649
Proportion de bénéficiaires du RSA (allocataires et conjoints)*	7%	7%	4%	6%	7%	6%	5%	8%	8%	10%	9%	11%	12%	12%	7%

Sources : Insee Base Filosofi 2012 ; Direccte Demande d'emploi 2015 / CNAF, MSA
 *du RSA parmi la population âgée de 15 à 64 ans au 31/12/15

Les principaux secteurs d'activité sont l'agriculture, concentrant 10 % des emplois, et l'industrie avec 14 % des emplois ; malgré le fait que ce dernier soit dépendant de donneur d'ordre extérieur et fortement lié à la conjoncture. L'Aveyron est le deuxième département comptant le plus d'exploitations agricoles (derrière l'Hérault) et l'agro-industrie y est la première filière industrielle. Le secteur artisanal est important et participe au maillage du territoire aveyronnais.

Cartographie de la répartition des revenus en Aveyron

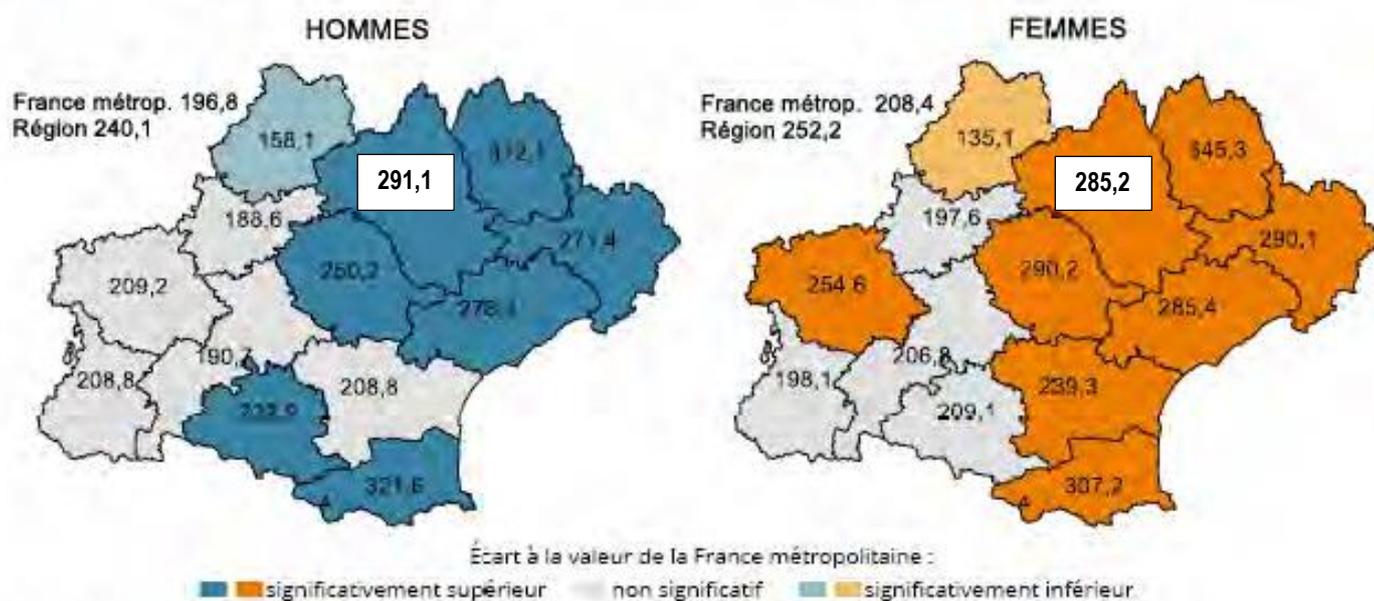


- Revenus relativement homogènes, aisés, faible exposition à la précarité
- Revenus relativement homogènes, modestes et relative faible exposition à la précarité, forte proportion d'ouvriers
- Revenus modestes et précarité limitée, forte proportion d'agriculteurs
- Revenus faibles, population âgée, plus forte composante de retraités et d'agriculteurs, des signes de précarité monétaire
- Coexistence de forte précarité financière, de précarité liée à l'emploi et de revenus aisés
- Revenus modestes et vulnérabilité sociale forte, forte proportion d'ouvriers

Source : Diagnostic Aveyron 2012 – INSEE

En Occitanie, près de 140 000 personnes sont en Affection de Longue Durée (ALD) pour 13 700 nouvelles exonérations par an. En Aveyron, la part de population en ALD pour pathologies psychiatriques est supérieure à la moyenne nationale et régionale.⁶

Taux standardisés d'incidence des ALD pour affections psychiatriques par département selon le sexe, en 2011-2013



(1) ALD n°23

* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab. Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine

Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - Exploitation: CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

2.4 Un niveau de formation perfectible

Le niveau moyen de formation de la population de 15 ans ou plus en région est relativement conforme à la moyenne nationale avec une légère surreprésentation de la part de la population de niveau Bac.

Le département de l'Aveyron compte 35 % de personnes de 15 ans et plus, sans formation comparé au 33% en région Occitanie ; il compte également moins de diplômés de l'enseignement "supérieur long" du fait d'une population plus âgée et de la concentration de ces formations sur Toulouse. (8 % contre 14 %).

Cependant, l'Aveyron dispose d'un pôle universitaire avec plus de 3 500 étudiants inscrits à la rentrée 2015-2016 et beaucoup de jeunes du département sont scolarisés sur le secteur du grand Rodez.

⁶ Cf. Parcours santé mentale/ travaux préparatoire au PRS Occitanie, Bilan et perspectives – Avril 2017.

Source : régime général et SML –MSA-RSI-Insee- exploitation CREA-ORS Languedoc Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

La part des actions diplômantes et qualifiantes pour la formation continue des demandeurs d'emploi (dispositif Région) est plus importante qu'en Occitanie (82 % contre 68 %). Les domaines de formation sont en adéquation avec les principales filières économiques et l'Aveyron affiche un taux d'insertion professionnelle supérieur à la moyenne de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

En effet, selon l'enquête dans l'ancienne région Midi- Pyrénées, 18 mois après la sortie d'études en

Niveau de diplôme de la population non scolarisée de 15 ans ou plus

	Tarn-et-Garonne	Pyrénées-Orientales	Aude	Gers	Ariège	Tarn	Gard	Lozère	Aveyron	Lot	Occitanie	Hérault	Hautes-Pyrénées	Haute-Garonne	France métropolitaine
Sans Formation, BEPC, CEP	38%	37%	37%	36%	36%	36%	36%	35%	35%	35%	33%	32%	32%	25%	34%
Niveau CAP, BEP	25%	24%	24%	24%	25%	25%	23%	23%	25%	24%	23%	21%	28%	20%	24%
Niveau BAC	17%	18%	18%	18%	18%	17%	17%	18%	18%	19%	18%	18%	18%	18%	17%
Niveau BTS, DUT	12%	11%	11%	12%	12%	13%	12%	14%	13%	12%	13%	13%	13%	16%	13%
Niveau Licence et plus	9%	11%	10%	10%	9%	10%	11%	9%	8%	10%	13%	16%	9%	22%	14%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Insee, recensement de la population 2012

2014, 54 % des apprentis ont trouvé un emploi et la part des CDI atteint 41 % (soit 3 points de plus que sur l'ensemble de l'ancienne région).

En 2011, on dénombre 330 jeunes âgés entre 15 et 19 ans non scolarisés et sans qualification en Aveyron ainsi qu'une vingtaine de jeunes scolarisés en milieu ordinaire en attente d'une place dans des dispositifs spécialisés du médicosocial.

L'Aveyron reste cependant le département avec la plus faible part de jeunes non diplômés (seul 18.8 %), avec une proportion qui se maintient et se situe parmi les 10 départements français où le taux d'illettrisme est le plus faible

Les jeunes de 15 à 24 ans non diplômés

	Aveyron	Lozère	Haute-Garonne	Hautes-Pyrénées	Gers	Lot	Tarn	Ariège	Occitanie	Hérault	Tarn-et-Garonne	Gard	Aude	Pyrénées-Orientales	France
Jeunes 15-24 ans non scolarisés et non diplômés	1 762	541	11 020	1 893	1 447	1 374	3 439	1 512	58 868	12 894	2 970	9 074	4 838	6 105	715 672
Part des jeunes 15-24 ans non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés	18,8%	20,1%	21,0%	22,6%	22,7%	23,6%	24,2%	25,7%	26,2%	28,4%	29,4%	30,2%	31,1%	33,3%	25,8%

Source : Insee, Recensement population 2012

Résultats des tests Journée Défense Citoyenneté 2015

	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Occitanie	Gard	Hautes-Pyrénées	Tarn	Pyrénées-Orientales	Ariège	Tarn-et-Garonne	Lozère	Aude	France métropolitaine
Part des jeunes en situation d'illettrisme	2,6%	2,7%	2,8%	2,9%	3,1%	3,2%	3,3%	3,3%	3,4%	3,5%	3,7%	3,7%	4,0%	4,5%	3,6%

Source : ANLCI, Ministère de la défense - DSN, MENESR-DEPP

3 Cartographie de l'offre de santé

La région Occitanie se caractérise par une offre de soins globalement supérieure aux moyennes nationales, mais inégalement répartie sur les territoires.

Dans ce contexte, l'enjeu de l'ARS Occitanie est d'améliorer l'accessibilité et d'organiser les parcours de santé pour réduire les inégalités sociales de santé et optimiser les prises en charge. Cet enjeu est transposable et partagé à l'échelle du département de l'Aveyron.

3.1 Le poids de la santé

Le poids de la santé en Occitanie et en Aveyron

	OCCITANIE	AVEYRON
Etablissements de santé publics et privés	451	13
Médecins généralistes libéraux	13 069	231
Etablissements pour PA dépendantes	809	70
Pharmacies libérales	2 083	117

Source : DREES (2015) et données DDARS 12 (2018)

3.2 L'offre de prévention

La politique de prévention et de dépistage s'attache à réduire les inégalités sociales de santé, en privilégiant des mesures en faveur des enfants et des populations en situation de précarité ou de vulnérabilité.

L'offre de prévention en santé mentale sur le département de l'Aveyron est perfectible. Cette offre souffrirait d'une faiblesse du tissu associatif agissant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé et une attention particulière doit être portée aux jeunes Aveyronnais.

Concernant la prévention pour le public de la petite enfance, le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) intervient dans un rôle de prévention avec pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.

Le CAMSP est implanté à Rodez, et dispose de deux antennes, l'une à Millau, l'autre à Villefranche-de-Rouergue. Pour parfaire la répartition territoriale de ce dispositif, une réflexion sur l'ouverture d'une antenne à Espalion est en cours.

Concernant la prévention pour le public adolescent, d'autres dispositifs développent et/ou participent à des actions de prévention et de repérage pour les jeunes de 16 à 25 ans, notamment les missions locales départementales, présentes sur les 3 arrondissements qui composent le département de l'Aveyron, à travers 6 antennes et 6 permanences délocalisées.

Répartition géographique des missions locales sur le département de l'Aveyron



Les problématiques des adolescents à difficultés multiples sont prises en compte dans plusieurs des orientations du Schéma Régional de Prévention (SRP) et du Schéma Départemental de Prévention et de la Protection de l'Enfance et de la Famille (S.D.P.P.E.F) du Conseil Départemental de l'Aveyron. On comptabilise sur le territoire une trentaine de situations complexes relatives à des difficultés d'accompagnement des jeunes/et ou ruptures de parcours.

Ces situations difficiles amènent à des ruptures de prise en charge et sont en lien avec l'évolution importante des profils des jeunes bénéficiaires de mesures de protection. On relève effectivement sur le territoire une augmentation des jeunes présentant des troubles sévères du comportement sans aucune prise en charge médicale psychiatrique ou spécialisée dans le secteur médico-social. Plus récemment, l'arrivée de mineurs étrangers, dits MNA (Mineurs Non Accompagnés) sur le département de l'Aveyron, soit environ 640 accueillis entre janvier et septembre 2018, constitue une augmentation potentielle des besoins en accompagnement.

D'autres acteurs et dispositifs participent à l'offre de prévention :

- du fait de sa prérogative en matière de protection de l'enfance, le Conseil départemental de l'Aveyron organise une offre de prévention spécialisée, s'adressant aux jeunes qui manifestent des difficultés dans la vie en société.⁷
- Le Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) de l'association VILLAGE 12 situé à Villefranche de Rouergue qui travaille en relation étroite avec les missions locales ;

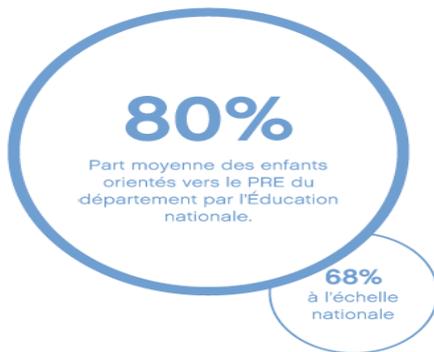
⁷ Conseil Départemental de l'Aveyron, Schéma Départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance et de la Famille 2010-2015. 84 p.

Par ailleurs, dans le département de l'Aveyron, il n'existe pas encore de Maison des Adolescents (MDA). De nombreux travaux relatifs au projet de la MDA ont d'ores et déjà été menés et la réflexion en ce sens devrait se poursuivre sur 2018/2019.

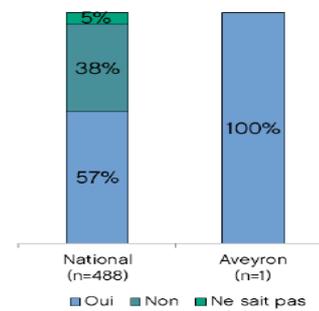
Enfin, il existe des programmes de réussite éducative (PRE) des territoires relevant de la politique de ville qui viennent renforcer la prévention. On dénombre un programme de réussite éducative actif sur le département et les programmes s'adressent à 175 enfants et adolescents qui présentent des signes de fragilité ou qui ne bénéficient pas d'un environnement favorable.

PRE et scolarité

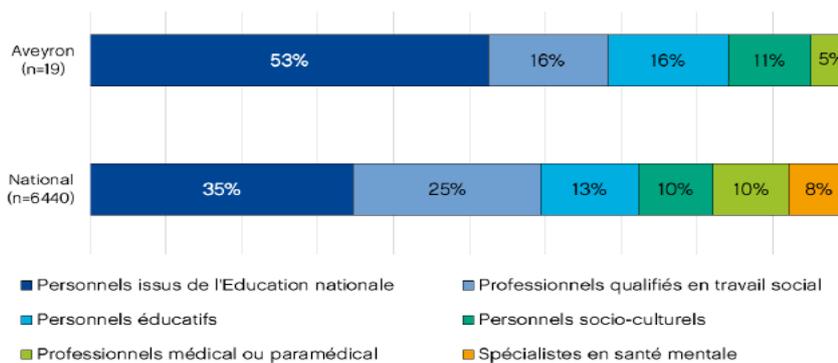
> Le PRE et l'Éducation nationale



> L'articulation entre l'intervention du PRE et le décrochage scolaire

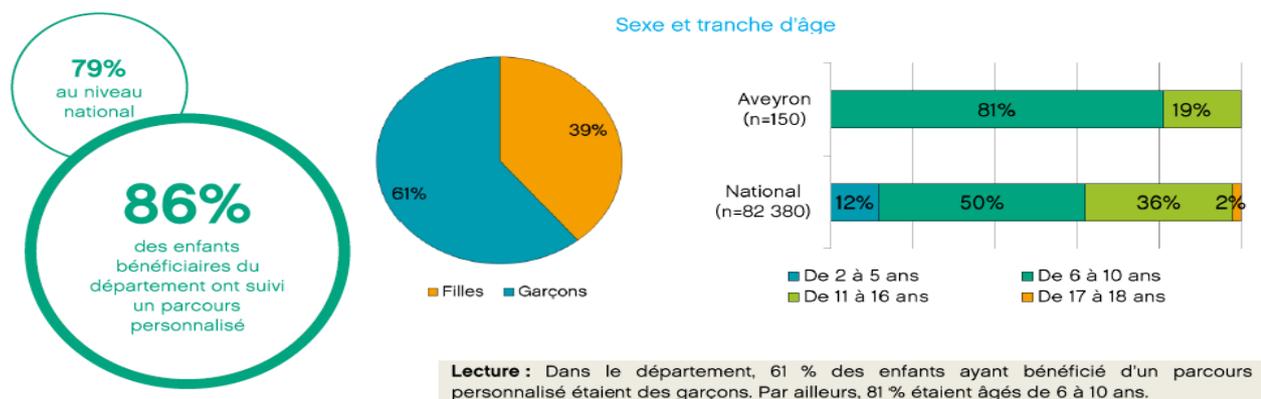


Equipe pluridisciplinaire de soutien

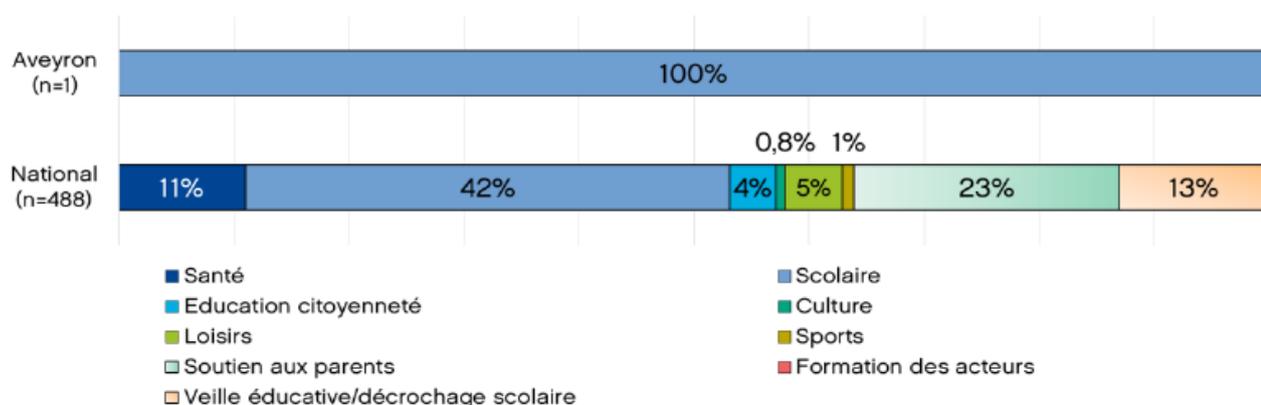


Lecture : 53 % des membres de l'EPS du département (soit 10 sur 19) sont des personnels issus de l'Éducation nationale. À l'échelle nationale, cette part s'élève à 35 %.

✚ Enfants bénéficiaires d'un parcours individualisés



✚ La thématique prioritaire d'intervention



Source : enquête de suivi, Commissariat général à l'égalité des territoires, Février 2017

Concernant les publics adultes, l'offre de prévention est plus modeste et d'avantage assurée par les acteurs de soins et d'accompagnement de façon directe.

Par ailleurs des actions de prévention sont mises en place sur le département et en région pour sensibiliser le plus grand nombre au handicap psychique et à la pathologie mentale. La semaine d'information de la santé mentale (désormais quinzaine), les journées de prévention, de formation et de partage sur cette thématique trouvent un public certain.

- Prévention de la crise suicidaire

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. Le suicide reste un sujet tabou. Il existe une sous-déclaration du nombre de suicides notamment pour les personnes âgées qui ont recours à des méthodes « passives » qui peuvent être confondues avec un accident (chute, erreur de prise médicamenteuse). Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-24 ans.

En Occitanie, on dénombre 850 suicides par an dont les trois quarts concernent des hommes, et 7 800 séjours hospitaliers par an pour tentatives de suicides. Le département de l'Aveyron est le deuxième département de la région Occitanie à être touché par ce phénomène (4^{ème} de la région ex-Midi-Pyrénées.)

Nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2009

	France métrop	Midi-Pyrénées	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hauts-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne
Hommes	7577	303	24	35	81	28	28	37	44	26
Femmes	2717	108	7	12	31	6	10	15	18	9
Ensemble	10294	411	32	47	112	33	38	53	62	36

Source : Inserm CépiDC - exploitation Orsmip

Part moyenne des décès par suicide sur l'ensemble de la mortalité en 2007-2009

	France métro	Midi-Pyrénées	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hauts-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne
Hommes	2,8	2,3	2,7	2,2	1,9	2,5	2,8	2,8	2,2	2,3
Femmes	1,1	0,8	0,9	0,7	0,8	0,6	1,0	1,2	0,9	0,8
Ensemble	1,9	1,6	1,8	1,5	1,4	1,6	1,9	2,0	1,6	1,6

Source : Inserm CépiDC - exploitation Orsmip

Nombre de décès par suicide en 2007-2009, augmenté des sous déclarations estimées*

	France métrop	Midi-Pyrénées	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hauts-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne
Hommes	8236	329	26	38	88	30	30	41	47	29
Femmes	3029	121	8	13	35	6	11	17	20	10
Ensemble	11266	450	35	51	123	36	41	58	68	39

* estimées en 2008 par l'Inserm CépiDC à 8,7% pour les hommes et à 11,5% pour les femmes

Sources : Inserm CépiDC - exploitation Orsmip

Le Schéma de Régional de prévention 2012-2017 prévoit plusieurs axes :

- Poursuivre les formations au repérage et à la prévention des crises suicidaires
- Optimiser le service rendu par les dispositifs d'écoute de Midi-Pyrénées
- Améliorer l'accompagnement des personnes en risques suicidaire

Près de 350 personnes ont été formées entre 2000 et 2009. Les formations permettront de toucher de nouvelles personnes dans l'ensemble des 33 bassins de santé et de réactiver le réseau des personnes antérieurement formées. Il existera un maillage territorial conséquent qui permettra de repérer les personnes en détresse psychique majeure pouvant porter atteinte à leurs jours et les orienter vers les structures adéquates.

En région Occitanie, une plateforme appelée Vigilans a été mise en place. Elle est joignable 24h/24 à l'aide d'un numéro vert. Ce dispositif de veille a pour but de conserver le lien entre les équipes pluridisciplinaires et les patients ayant réalisé un geste suicidaire. Suite à une tentative de suicide, l'équipe met en place une procédure. Le patient a donc la possibilité de contacter à tout moment des soignants sur ce numéro dédié et ces derniers sont aussi rappelés systématiquement dans les jours qui suivent la sortie. Le suivi peut s'étendre ensuite sur plusieurs mois.

Aussi, des programmes tels que le programme « Pare-Chocs » sont en expérimentation sur la région et le département dans certains établissements scolaires et dans les services de pédopsychiatrie.

Ce programme a été mis en place par Diane Marcotte, docteure en psychologie, professeure à l'Université du Québec à Montréal et résultat de plusieurs années de recherche et d'intervention auprès d'adolescents.

Il a pour ambition d'aider les intervenants qui travaillent dans les milieux scolaire et clinique (CLSC, hôpitaux, centres jeunesse...) en leur offrant un ensemble organisé et bien structuré d'outils d'intervention auprès des jeunes.

Ce matériel est conçu pour les adolescents de 14 à 17 ans et leurs parents. En plus de transmettre des connaissances aux jeunes, le programme leur permet, entre autres, d'enrichir leur vocabulaire émotionnel, d'acquérir des habiletés sociales et de résolution de problèmes, de développer leurs habiletés de communication et d'améliorer leur estime d'eux-mêmes. L'ensemble des activités prévues au programme vise à prévenir et à réduire la dépression chez les adolescents.

3.3 L'offre de santé de 1^{er} recours

La région se caractérise également par de grandes inégalités dans l'offre et dans le recours aux soins de psychiatrie.

L'offre est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. Le niveau d'équipement est relativement élevé mais l'Aveyron est un département dont le temps d'accès aux services est disparate et pour certains, élevé.

Les difficultés d'accès physique sont à rattacher directement à la dominante rurale du département, à l'existence d'espaces reculés et aux contraintes liées aux voies de communication.

Le rôle des soins de premier recours doit être conforté afin d'améliorer la coordination des soins et l'optimisation des parcours.

- Les effectifs :

Territoire	Densité de médecins généraliste	Nombre de médecins généralistes	Part des médecins généraliste de 55 ans et +	Nombre de médecins spécialistes libéraux	Part des médecins spécialistes de 55 ans et +	Densité d'infirmiers libéraux	Densité d'orthophonistes	Nombre de psychomotriciens
Occitanie	122	7011	3599	5483	3163	218,4	37	1030
Aveyron	97	231	124	137	105	222,5	24	53

*Professionnels de santé libéraux ou mixte en exercice au 01.01.2016 : nombre et densité pour 100 000 habitants
Sources : DREES, ADELI - INSEE, estimations de population + données actualisées ARSDD12, aout 2018*

Le département connaît dans son ensemble un vieillissement démographique de son offre médicale. A titre indicatif, 135 des 230 médecins généralistes ont plus de 55 ans, soit environ 59 % des médecins du département.

- Répartition par bassin de vie :

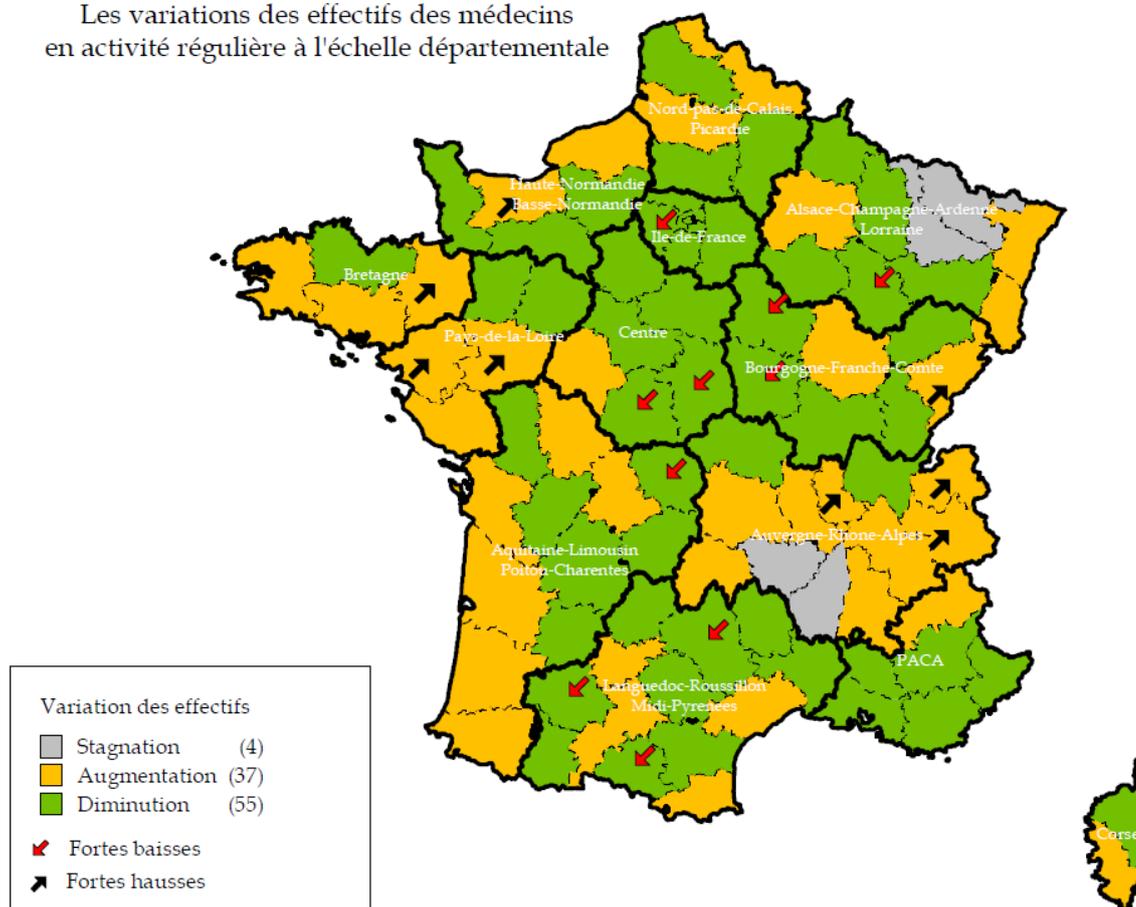
Decazeville	Espalion	MILLAU	RODEZ	St Affrique	Villefranche de Rouergue	Lot
24	28	41	90	20	29	3

Source : ARS DD12, données aout 2018

La présence des professionnels libéraux sur le territoire aveyronnais représente un atout de qualité et de sécurité des prises en charge à domicile. La démographie médicale et paramédicale est un enjeu fort pour le département. Le nombre de ses professionnels médicaux et paramédicaux est à l'équilibre depuis 2017.

Sur la période 2007/2016, le département de l'Aveyron enregistre une baisse de -12% des effectifs de médecins inscrits à l'Ordre en activité régulière.

Les variations des effectifs des médecins en activité régulière à l'échelle départementale



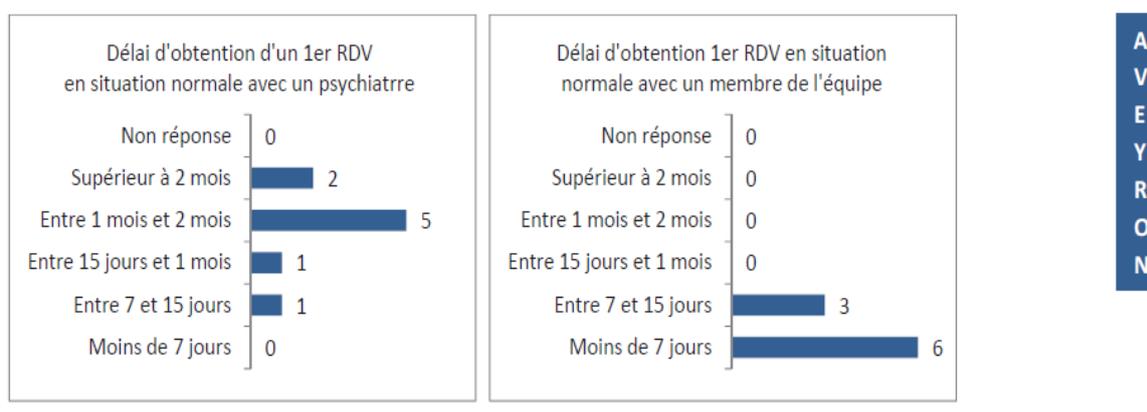
Source : CNOM, 2007/2016
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2016

L'offre de soins est structurée autour de 6 bassins de santé. Au 1^{er} juin 2017, 20 projets de MSP sont validés en comité régional ce qui représente 32 sites (un projet peut comporter plusieurs sites) et il y a actuellement 18 sites ouverts. Par ailleurs, cette dynamique de création rend le territoire aveyronnais très attractif comparativement au reste de la région.

3.4 L'offre de soins et d'accompagnement en santé mentale

A l'image de nombreux départements, l'Aveyron est confronté à un problème de démographie médicale. L'offre de soins en psychiatrie est en déclin et l'offre libérale est insuffisante. Cela a des répercussions sur l'organisation de la psychiatrie ambulatoire, avec un dispositif psychiatrique public (CMP) rapidement « saturé ».

D'après une enquête de l'Observatoire Régional de Santé, sur les délais d'attente dans les CMP et CMPP de l'ex région Midi-Pyrénées (novembre 2015)⁸, le maillage territorial est suffisant en CMP en région ex-Midi -Pyrénées avec au moins une structure par bassin.



Les délais d'attente dans les CMP du territoire de l'Aveyron se situent dans la moyenne régionale tant en situation normale que pour une situation urgente, mais sont supérieurs aux délais considérés comme acceptables.⁹

D'autre part, dans la majorité des CMPP, les patients sont reçus en moins d'un mois par un membre de l'équipe pluridisciplinaire mais, par la suite, les délais avant le début de la prise en charge sont très longs (supérieurs à 6 mois pour la majorité des CMPP).

Il n'y a aucun système de régulation dans la programmation des rendez-vous dans les CMPP. L'importance de la liste d'attente des CMPP de l'Aveyron interpelle (soit, 933 enfants recensés à titre d'inscrits dans un CMPP au 31 décembre 2017). Les délais d'attente relatifs à une éventuelle prise en charge en CMPP, sont eux estimés à un an post première visite.

⁸ Enquête sur les délais d'attente dans les CMP et CMPP de l'ex région Midi-Pyrénées-semaine du 26 au 30 janvier 2015 (novembre 2015) de l'Observatoire Régional de Santé et ARS Midi-Pyrénées.

⁹ Cf. infra titre : 4.1 gestion des urgences en ville

Les enfants en attente dans l'Aveyron représentent plus du tiers des enfants en attente de prise en charge au niveau régional, et sont plus nombreux qu'en Haute-Garonne, alors que la population des moins de 20 ans de l'Aveyron représente 9% de la population régionale (vs 47% en Haute-Garonne).

Dans un objectif d'amélioration des flux de patients et des parcours, une convention de partenariat entre l'AD-PEP 12 - CMPP et l'ADAPEI 12/82 – CAMSP prévoit de réguler et de réduire le délai de prise en charge entre les deux services.

- **Une démographie de psychiatre pauvre en Aveyron**

En Occitanie, la démographie médicale des psychiatres libéraux et salariés est défavorable tant en nombre absolu (1255 psychiatres au 1^{er} janvier 2016) qu'en répartition géographique dans toute la région

	Nombre de psychiatres	Répartition démographique
Libéraux	6 (dont 4 ont 65 ans ou +)	✓ 4 Nord Aveyron ✓ 2 Sud Aveyron
Sans activité	2	-
Retraités	9	-

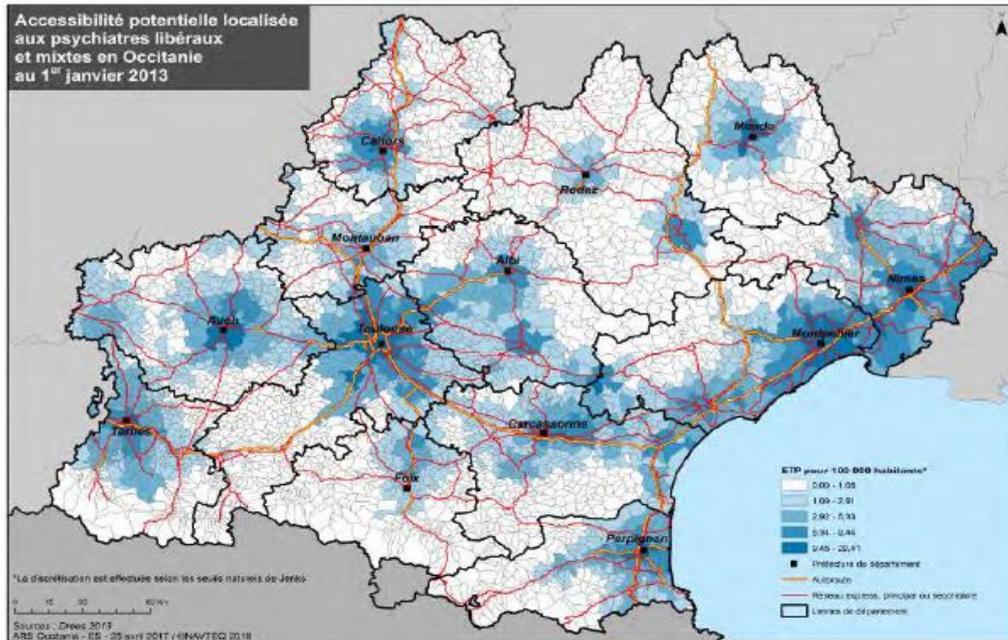
Effectif médecins psychiatres au 31/07/2018 :

Etablissements	Nombre de praticiens	ETP
CH Sainte Marie	26 (exclus : 3 MG faisant fonction)	22,7 ETP
CH MILLAU	3	2,8 ETP

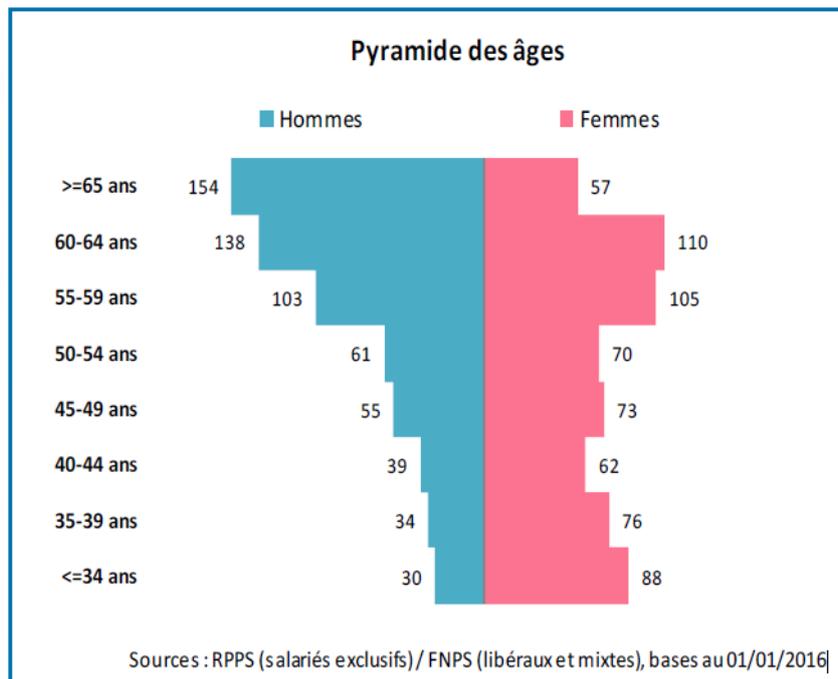
Source : SRH établissement, 2018

	Nombre de neuropsychiatres	Répartition démographique
Libéraux	2	✓ Compregnac ✓ St Affrique
Hospitaliers	1	✓ Rodez
Retraités	1	-

Sources : Démographie et répartition démographique psychiatres et neuropsychiatres en Aveyron, données ARS DD12, Mars 2017



La pyramide des âges nous révèle un nombre important de potentiel départ à la retraite sur les années à venir mais un faible taux de renouvellement de la profession, avec une tendance forte à la féminisation de la spécialité.



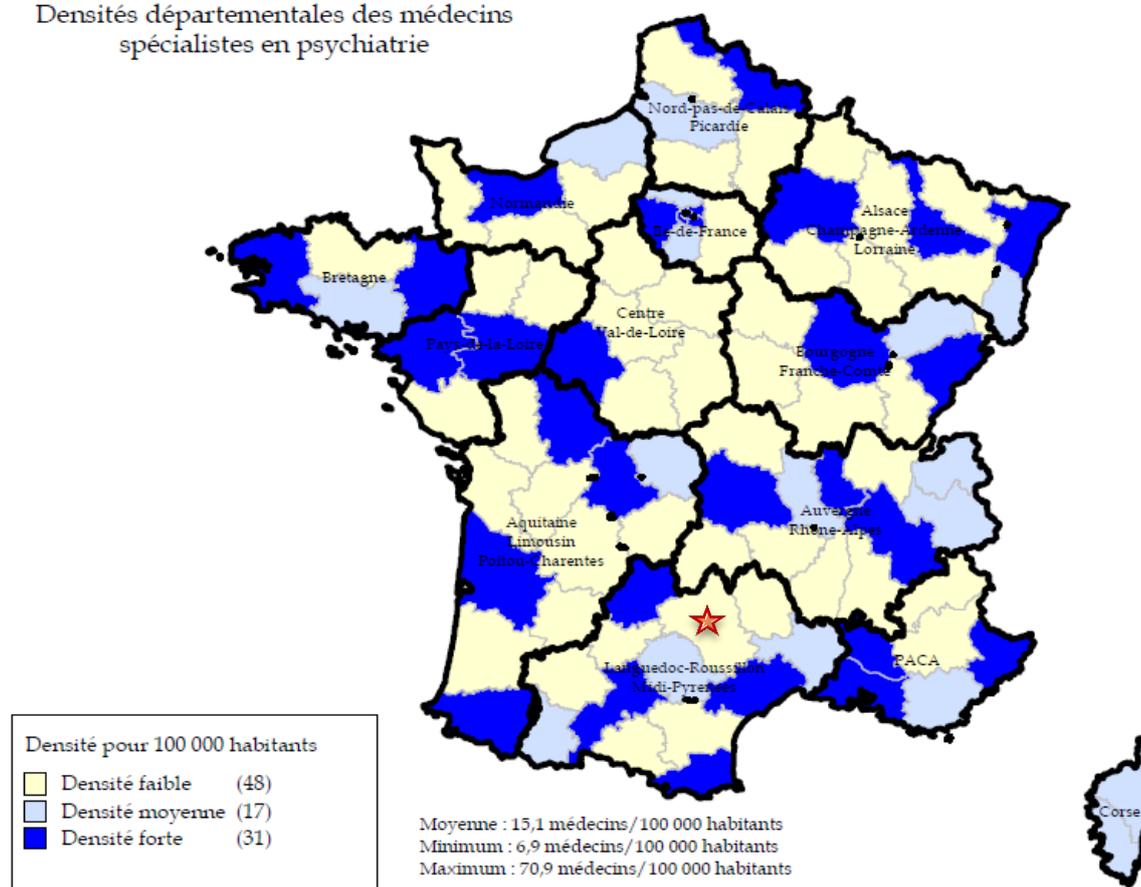
3.4.1 Offre en psychiatrie : Effectifs, densité, variation 2007-2016¹⁰

Variation 2007-2016 des effectifs et densité des spécialistes en psychiatrie adulte

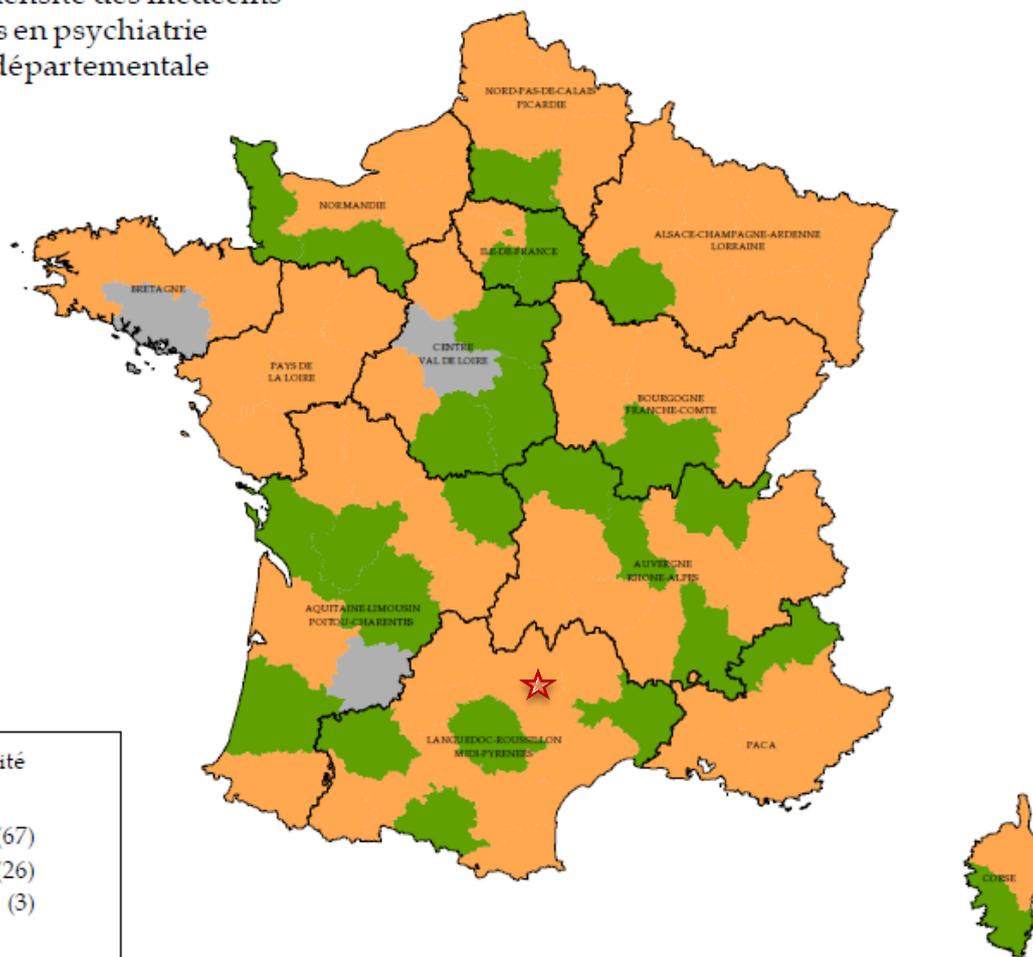
La densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure à la moyenne Midi-Pyrénées ; elle est fait est la plus basse, après l'Ariège, parmi les départements du territoire.

Départements Régions	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var. Eff.	Lib.Mixte %	Sal. %
Ariège	4	12	16	10,1	-11,1%	31,3%	68,8%
Aude	20	21	41	10,9	41,4%	26,9%	73,2%
Aveyron	18	13	31	10,7	24%	6,4%	93,5%
Gard	51	51	102	13,6	5,2%	41,2%	58,8%
Gers	9	13	22	11,1	0%	31,8%	68,2%
Haute Garonne	120	200	320	24,1	21,2%	55,7%	44,4%
Hautes Pyrénées	21	12	33	13,9	22,2%	42,4%	57,6%
Hérault	111	147	258	23,2	17,3%	50,8%	48,8%
Lot	20	14	34	18,8	36%	20,6%	76,5%
Lozère	6	3	9	11,2	50%	22,2%	77,8%
Pyrénées Orientales	50	31	81	17,2	20,9%	29,7%	70,4%
Tarn	29	27	56	14,2	-11,1%	19,7%	80,4%
Tarn et Garonne	13	20	33	12,8	17,9%	15,1%	84,8%
Total	472	564	1036	17,8	16,3%	42,4%	57,4%

Densités départementales des médecins spécialistes en psychiatrie



Variation de la densité des médecins spécialistes en psychiatrie à l'échelle départementale

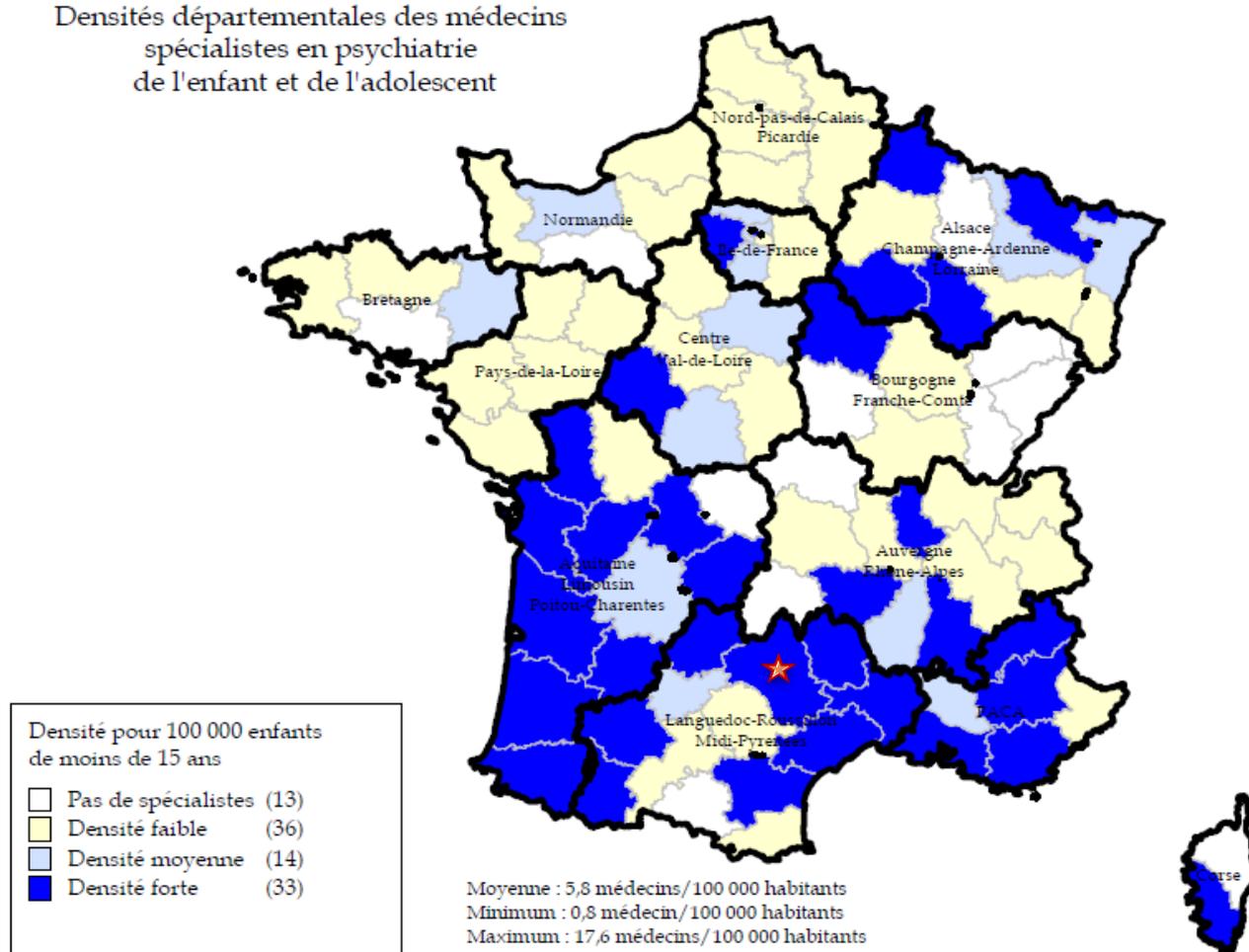


Source : CNOM
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2016

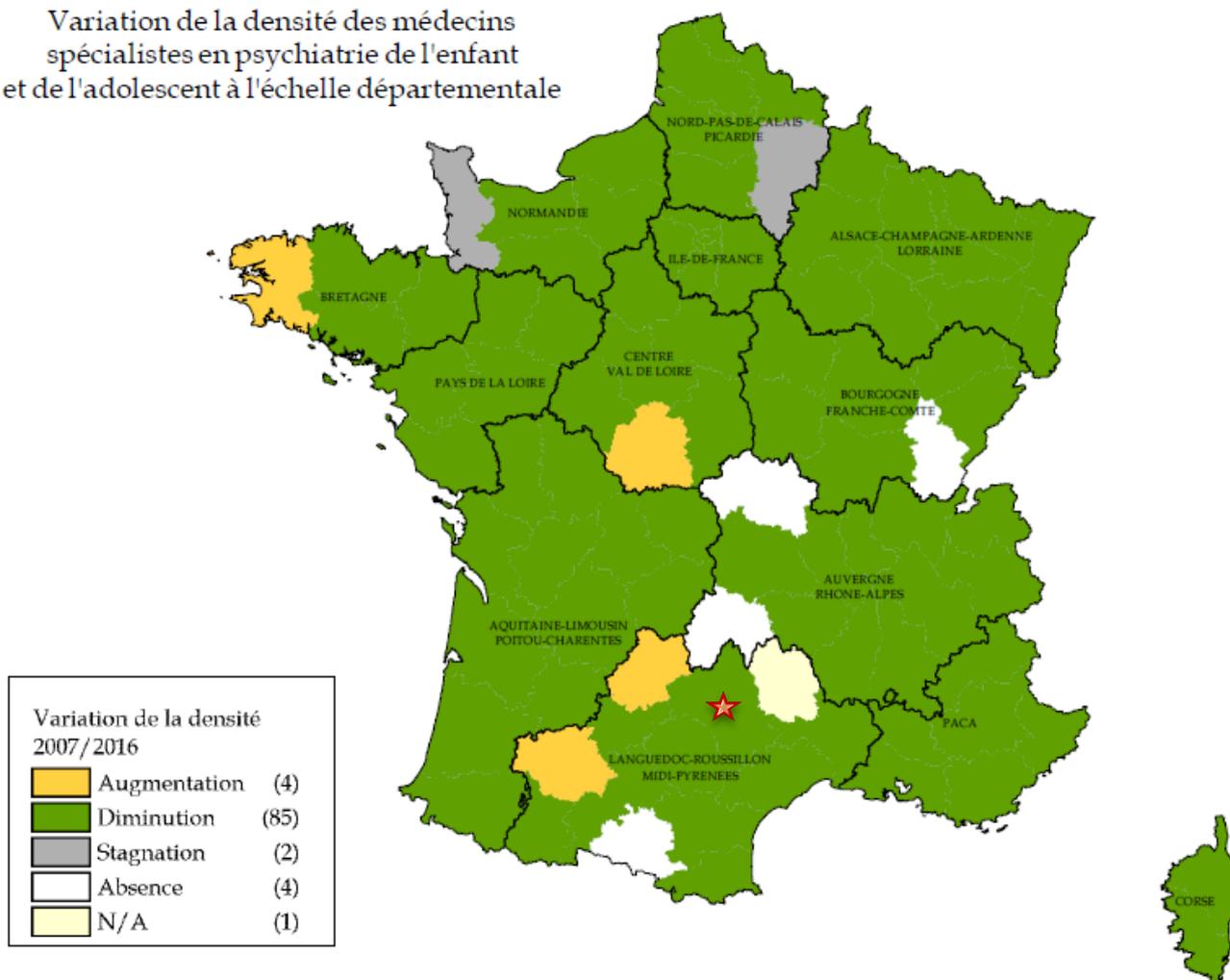
- Variation 2007-2016 des effectifs et densité des spécialistes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Départements Régions	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var. Eff.	Lib.Mixte %	Sal. %
Ariège	0	0	0	0	N/A	N/A	N/A
Aude	2	3	5	7,8	-72,2%	40%	60%
Aveyron	2	4	6	13,1	-60%	50%	50%
Gard	2	8	10	7,4	-41,2%	20%	80%
Gers	1	2	3	9,6	50%	0%	100%
Haute Garonne	6	2	8	3,4	-75%	62,5%	37,5%
Hautes Pyrénées	1	2	3	8,3	-25%	33,3%	66,7%
Hérault	7	9	16	8,5	-52,9%	43,8%	56,3%
Lot	0	2	2	7,4	100%	50%	50%
Lozère	0	1	1	7,7	N/A	100%	0%
Pyrénées Orientales	3	1	4	4,9	-42,9%	25%	75%
Tarn	0	2	2	3	-50%	0%	100%
Tarn et Garonne	1	2	3	6,2	0%	66,7%	33,3%
Total	25	38	63	6,3	-54%	39,7%	60,3%

Densités départementales des médecins
spécialistes en psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent

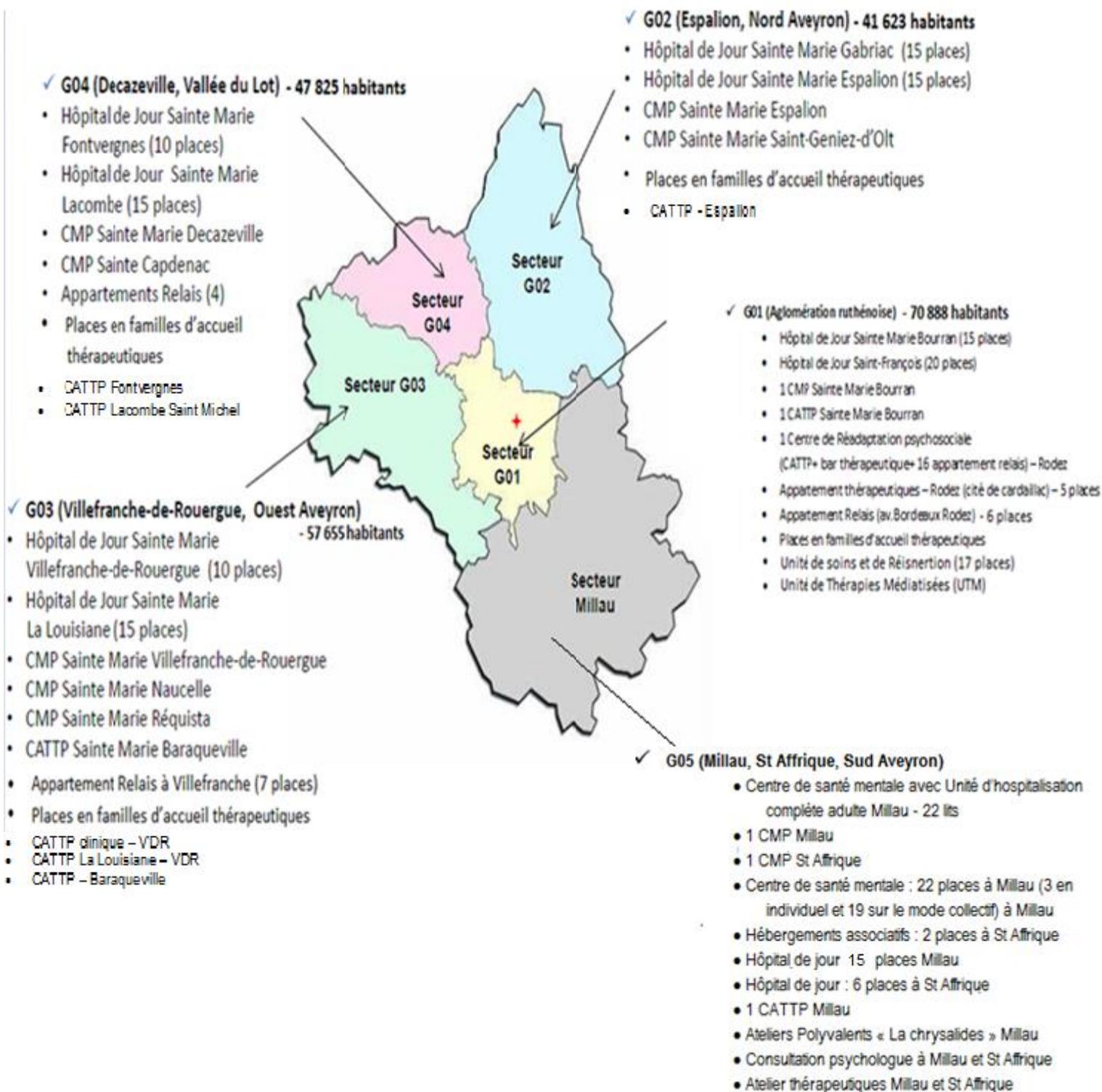


Variation de la densité des médecins
spécialistes en psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent à l'échelle départementale



3.4.2 Répartition de l'offre en psychiatrie et santé mentale adulte en Aveyron

L'Aveyron se distingue des autres départements de la région par son absence d'offre privée en psychiatrie.



*Le département de l'Aveyron ne dispose actuellement pas de centre d'accueil de crise ou établissement sanitaire de postcure.

Offreurs en psychiatrie/Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) :

A noter que les deux offreurs en psychiatrie du département travaillent en coopération avec deux GHT différents :

- Le développement d'un partenariat entre le CHSM et le CH de RODEZ, établissement pivot du GHT du Rouergue est actuellement en cours afin de développer des coopérations et actions partagées. Pour l'heure, le Projet Médico Soignant Partagé du GHT du Rouergue (actuellement en cours de consultation pour validation) ne présente aucun axe « psychiatrie ». Toutefois il existe d'ores et déjà des coopérations qui formalisent des organisations entre les deux établissements pour certaines prises en charge (ex : urgences).
- Le projet médical du 5ème secteur de psychiatrie s'insère dans le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron. Toutefois, la formalisation des coopérations est à développer (sont évoquées sans précision des formations communes, consultations avancées, projets de télémédecine, rapprochement psychiatrie-MCO entre établissements...).

3.4.2.1 Nord Aveyron : 4 secteurs de prise en charge

L'offreur principal en psychiatrie est le CHS Ste Marie (CHSM), établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) faisant partie de l'association Hospitalière Ste Marie (loi 1901) dont le siège est à Chamalières. Implanté sur le Nord-Aveyron il dessert quatre des cinq secteurs de psychiatrie adulte du département : Rodez, Espalion, Villefranche de Rouergue, Decazeville (soit environ 76 % population desservie).

Les structures extrahospitalières et des structures alternatives à l'hospitalisation complète lui sont rattachées, ainsi que d'autres structures médico-sociales.

- Le Centre Hospitalier Sainte Marie¹¹

Le CH Sainte Marie, est le seul établissement de l'Aveyron habilité à recevoir les personnes en soins sans consentement. (SSC)

Les SSC sont exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie et selon 3 modes d'admission :

- soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
- soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI),
- soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

¹¹ Cf. infra, association Sainte Marie 3.4.7 Associations de solidarité familiale et association gestionnaires d'établissements

Centre hospitalier Sainte Marie - Capacité installée au 31.07.2018

(NB : la capacité présentée ne tient pas compte des chambres d'isolement installées dans l'hôpital).

1. URGENCE- CRISE		
Intersecteur	Site principal (hôpital) : UADO (unité d'accueil de diagnostic et d'orientation) – centre de crise	4 lits
2. HOSPITALISATION TEMPS PLEIN		224 lits
Courte durée		
Intersecteur	Site principal (hôpital) : UIF (unité intersectorielle fermée) Court séjour 1 Court séjour 2 Site Rodez (Bourran) : Clinique Site Villefranche de Rouergue : Clinique	16 lits
Intersecteur		25 lits
Intersecteur		23 lits
Intersecteur		40 lits
Intersecteur		21 lits
Réhabilitation		
Intersecteur	Site principal (hôpital) : UHC (unité d'hospitalisation contenant) USR (unité de soins de réhabilitation) UTM (unité de thérapies médiatisées)	14 lits
Intersecteur		25 lits
Intersecteur		-
Gérontopsychiatrie		
Intersecteur	Site principal (hôpital) : CSGP (court séjour gérontopsychiatrique) MSGP (moyen séjour gérontopsychiatrique) UPPA (unité pour patients psychotiques âgés)	16 lits
Intersecteur		15 lits
Intersecteur		20 lits
Addictologie		
Intersecteur	Site principal (hôpital) : CASAP (unité d'accueil, de diagnostic et d'orientation)	9 lits
3. ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION		45 places
Réhabilitation		
Intersecteur	AFT (accueil familial thérapeutique) <i>Prise en charge des patients des 4 secteurs (12G01, G02, G03, G04) par des familles réparties sur les 5 secteurs.</i>	40 places
Intersecteur	Site Rodez (Cardaillac) AT (appartements thérapeutiques)	5 places
4. HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL		
Hospitalisation de jour		115 places
Secteur 12G01 (agglomération rathénoise)	HJ Saint François – Rodez HJ clinique Bourran – Rodez	20 places 15 places
Secteur 12G02 (Espalion, nord Aveyron)	HJ Le Verdié – Espalion HJ La clé des champs – Gabriac	15 places 15 places
Secteur 12G03 (Villefranche de R., ouest Aveyron)	HJ La Louisiane – Villefranche de Rouergue HJ clinique – Villefranche de Rouergue	15 places 10 places
Secteur 12G04 (Decazeville, vallée du Lot)	HJ Fontvergnès – Decazeville HJ Lacombe Saint Michel – Decazeville	10 places 15 places
Hospitalisation de nuit		1 place
Intersecteur	Place non affectée – site de Cayssiols (hôpital)	1 place
5. PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE		

Secteur 12G01 (agglomération routhénoise)	CMP Clinique Bourran – Rodez CATTP clinique Bourran – Rodez CATTP Saint François – Rodez	
Secteur 12G02 (Espalion, nord Aveyron)	CMP - Espalion CMP - Saint Geniez d'Olt CATTP - Espalion	
Secteur 12G03 (Villefranche de R., ouest Aveyron)	CMP clinique – Villefranche de Rouergue CMP – Naucelle CMP – Réquista CATTP clinique – Villefranche de Rouergue CATTP La Louisiane – Villefranche de Rouergue CATTP – Baraqueville	
Secteur 12G04 (Decazeville, vallée du Lot)	CMP - Decazeville CMP - Capdenac CATTP Fontvergnès – Decazeville CATTP Lacombe Saint Michel – Decazeville	
Réhabilitation	CATTP du CRPS (centre de réadaptation psychosociale) – Rodez Bar thérapeutique du CRPS - Rodez EMR (équipe mobile de réhabilitation) - Rodez AR (appartements relais) – Rodez * AR (appartements relais) – Villefranche de Rouergue ** AR (appartements relais) – Decazeville ***	35 places 7 places 4 places
Gérontopsychiatrie	Centre de consultation – site principal (hôpital) EMGP (équipe mobile de gérontopsychiatrie)	

* rue Abbé Bessou, avenue de Bordeaux, rue de l'Embergue, rue Combarel, rue de la Pantarelle, rue

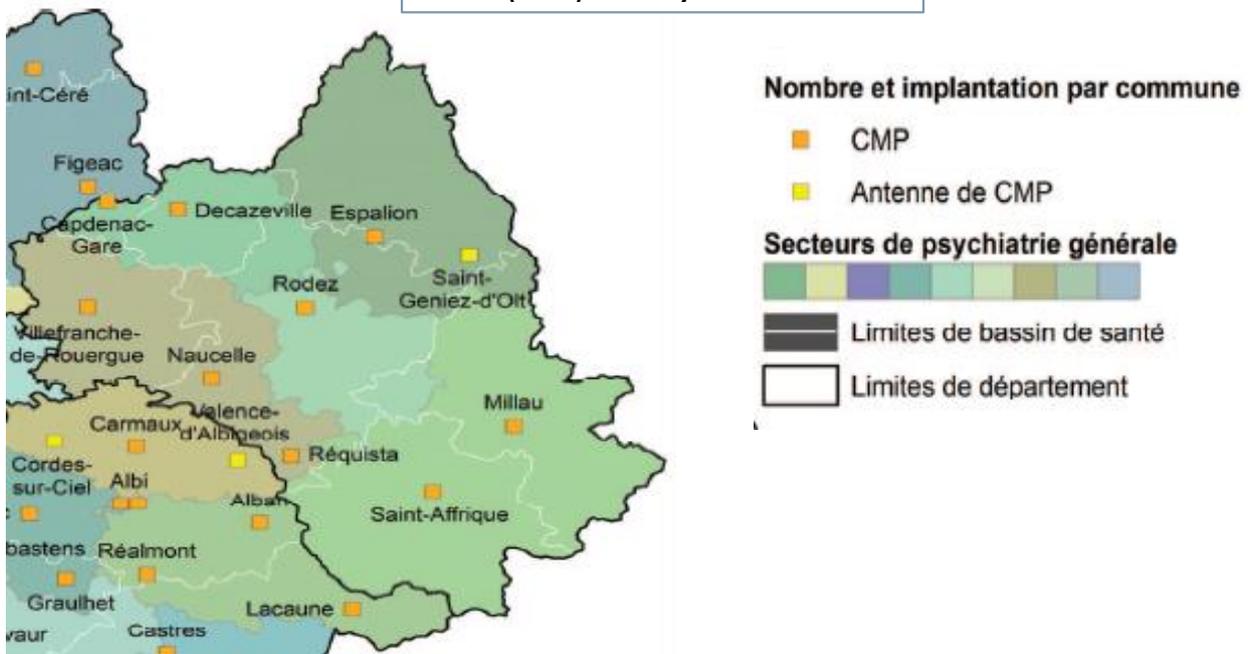
Turq, rue des Pénitents blancs, rue Jean XXIII, avenue Durand de Gros, rue St Cyrice - Rodez

** rues Prestat et de la Ramière - Villefranche

*** Villa Aymard - avenue Ramadier - Decazeville

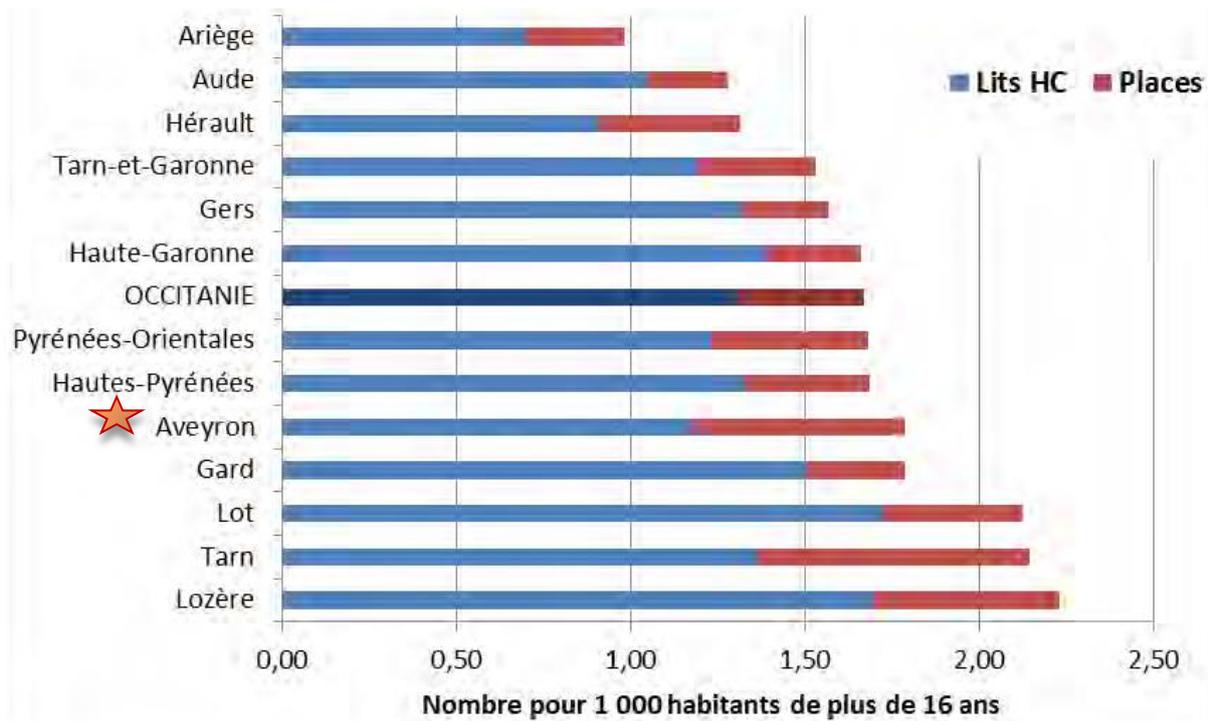
- Les structures sanitaires extérieures au site principal gérées par le CH de Sainte Marie
- **« Cliniques » (Rodez et Villefranche de Rouergue) :** 61 lits - prise en charge des patients en hospitalisations libres présentant des troubles psychiatriques aigus ou subaigus, hors troubles majeurs des conduites du comportement avec adhésion au contrat de soins et aux règles de vie.
- **Centre médico psychologique (CMP) :** C'est un lieu d'accueil qui organise des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires.
- En Aveyron, l'organisation en psychiatrie générale repose sur 10 CMP en psychiatrie adulte. Le centre hospitalier Sainte Marie gère 8 CMP sur le Nord Aveyron. Le maillage est large avec l'existence d'au moins 1 CMP par secteur. Ils sont implantés à Rodez, Capdenac, Naucelle, Decazeville, Espalion, Villefranche, St Geniez d'Olt (antenne) et Réquista. Chaque CMP est dirigé par un chef de service et un cadre.

Centre médico-psychologique pour adulte (CMP) en Aveyron



- **Les hôpitaux de jour** : Ils dispensent des soins individualisés en vue de réinsérer les personnes dans la cité. Chaque secteur dispose d'au moins d'un hôpital de jour.
- **Le Centre de réadaptation psychosociale (C.R.P.S)** : C'est un lieu d'accueil proposant diverses offres de soins (CATP, bar thérapeutique, appartements protégés, accompagnement stagiaires C.A.T). À Rodez, il comporte 16 appartements relais équipés. Ces appartements relais sont destinés aux patients nécessitant un suivi infirmier régulier. L'objectif principal est de préparer la personne à une plus grande autonomie en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.
- **Le Centre psychothérapeutique de jour** rattaché au CH Sainte Marie situé à Rodez.
- **Le Centre d'accueil thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P)** : lieu visant à maintenir et à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapies de groupe. Le CH Sainte Marie gère 6 CATTP ;
- **Les appartements thérapeutiques** : il s'agit d'un lieu d'hébergement stable destiné à des patients chroniques dont la prise en charge s'effectue sur la base d'une convention de soins (projets thérapeutiques) favorisant la réinsertion sociale (réapprentissage de la vie quotidienne)

- Taux d'équipement en psychiatrie adulte



- Les structures médico-sociales et établissements accueillant des publics spécifiques gérés par le CH Sainte Marie

- un CSAPA ambulatoire
- un EHPAD de 85 places
- une MAS de 65 places. La maison d'accueil spécialisée est située à proximité du centre hospitalier de Rodez. C'est un lieu de vie ouvert à la vie sociale accueillant après accord MDPH, des adultes handicapés physiques et mentaux nécessitant une prise en charge continue. Elle s'adresse à des personnes « gravement déficitaires » dans des locaux spécialement conçus.
- un ESAT de 76 places, seul identifié « à orientation psychique » sur le département. Il accueille des travailleurs handicapés nécessitant un soutien psychologique et leur propose une palette d'activités rémunératrices : aviculture, horticulture, menuiserie, travaux de sous-traitance, prestations de services, ferronnerie, torréfaction de café, reliure (dorure d'art, réparation de livres).

3.4.2.2 Sud Aveyron : 1 secteur de prise en charge

Le Sud Aveyron comprend le secteur de Millau appelé 5^{ème} secteur qui relève du Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) de Millau. Ce cinquième secteur s'est développé progressivement par redéploiement des moyens en provenance du CH Sainte-Marie. Ce secteur comporte deux sites hospitaliers, Millau et St-Afrique avec deux bassins de vie.

À ce jour, le cinquième secteur suit quelques 2 000 patients en Sud Aveyron, qui sont vus au minimum deux fois dans l'année. Cette file active est numériquement stable depuis une quinzaine d'année et se renouvelle d'environ un tiers par an. Cependant, l'implantation en 2016 de régiments de la Légion étrangère sur le Larzac (un millier de légionnaires à l'horizon 2018 avec leurs familles et notamment des enfants) génère une hausse progressive de la file active et induit des souffrances psychosociales spécifiques.

Pour rappel, le CH de Millau gère la psychiatrie adulte mais uniquement pour les hospitalisations libres. Les hospitalisations en Soins à la demande d'un tiers (SDT) et Soins sur Décision d'un Représentant de l'Etat (SDRE) des personnes domiciliées dans le sud Aveyron relèvent du seul CH Sainte-Marie à Rodez. Les programmes de soins sont menés par Millau sous responsabilité de Sainte Marie. Une convention entre les deux établissements et l'ARS, signée en 2015, organise les modalités de ces prises en charge, en hospitalisation comme dans le cadre d'un suivi lié au programme de soins. Cette convention a fait l'objet d'une évaluation en 2017 et le résultat fait apparaître une amélioration du lien notamment entre les 2 structures.

L'ensemble des suivis est assuré par une équipe pluridisciplinaire et plusieurs modalités de prise en charge sont possibles sur cinquième secteur ; elles peuvent s'organiser sous forme individuelle, familiale ou de groupe, en hospitalisation complète ou sous mode séquentiel, en accueil de jour en centre médico-psychologique, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ou en atelier thérapeutique, mais également à domicile.

Le CH de Millau gère quant à lui 2 CMP, situés sur les bassins de Millau et de St Affrique.

- Etat des lieux de l'offre de psychiatrie adulte Sud Aveyron au 31.07.2018
 - Centre de santé mentale millavois comprenant une unité d'hospitalisation complète adulte de 22 lits (inauguré en avril 2013) + 2 lits de soins attentifs + 2 lits d'isolement
 - Centre de soins attentifs permet un isolement avec accord.
 - Centre médico-psychologique (1à Millau + 1 à St Affrique)
 - Hébergement associatifs : 22 places (3 en individuel et 19 sur le mode collectif) à Millau
 - Hébergements associatifs : 2 places à St affrique
 - Hôpital de jour : 6 places + 15 places à Millau
 - 1 Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
 - Ateliers Polyvalents « La chrysalides »

- Appartement associatifs– 30 places
- Cellule de veille dédiée aux situations potentiellement dangereuses pilotée par la préfecture en lien avec les l'ARS, la police, la gendarmerie et les services d'urgences de Millau et St Affrique
- Consultation psychologue et ateliers thérapeutiques

L'onco-psychologie fait partie intégrante de la prise en charge et l'accompagnement multidisciplinaire en cancérologie. Le CH de Millau a le projet de renforcer son offre en onco-psychologie pour répondre aux besoins de ses patients atteints d'un cancer, prévenir et traiter les conséquences négatives de la maladie sur le psychisme du patient et de ses proches aux différents stades de la maladie.

Le CH de Millau ne dispose pas d'urgences psychiatriques au sens propre, mais un projet de cellule de crise composée des acteurs de terrain et est actuellement en cours de réflexion pour traiter rapidement les urgences.

3.4.2.3 Autres structures pour personnes en situation de handicap

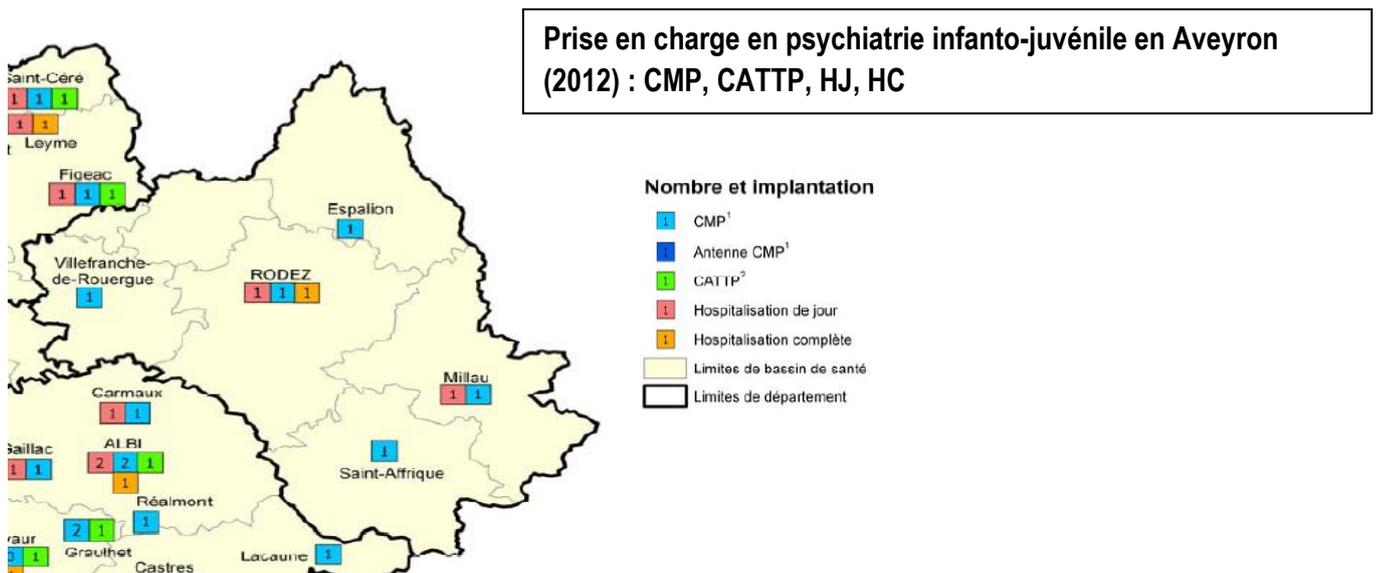
Dans le Nord et le Sud Aveyron, il existe également d'autres structures et dispositifs pour personnes handicapées susceptibles de recevoir des personnes en situation de troubles psychiques et/ou handicapées psychiques.

- **EHPAD** médicalisés accueillent des personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés dont l'EHPAD de Flagnac géré par l'association Sainte Marie (capacité totale de 85 lits, dont 5 d'accueil temporaire) ;
- **6 Maison d'Accueil spécialisées (M.A.S)** : (Baraqueville, St Côme, St Léons, Belmont/Rance, Decazeville, Sainte-Marie) ;
- **8 Etablissement et services d'aide par le travail (ESAT)** : (Millau, St Affrique, Capdenac, Villefranche de Rouergue, Ceignac, Clairvaux, Sainte Marie et Sébazac) ;
- **5 Entreprises Adaptées (EA)** : (Millau, Belmont/Rance, Decazeville, Onet le Château, Sébazac) ;
- **7 Foyer d'Hébergement** : couplés avec les ESAT (sauf celui de Sainte Marie) ;
- **6 Foyer de Vie** : (Millau, Belmont /Rance, Auzits, Pont de Salars, Recoules-Prévinquièrre, St Geniez d'Olt) ;
- **2 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)** : (Rignac, Recoules-Prévinquièrre) ;
- **1 SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ;

- **4 SAVS** : Services d'Aide à la Vie Sociale ;
- **14 SAAD** : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile ;
- **2 Groupes d'entraide Mutuelle (GEM)** : (Rodez, Millau). C'est une association de personnes en situation de handicap psychique, un lieu de rencontre, de partage et d'échanges entre pairs qui permet de rompre la solitude et de redevenir acteur de sa vie en participant à des activités et en prenant part à la bonne marche de l'association. En Aveyron, les GEM comptent une cinquantaine d'adhérents chacun. Afin de renforcer le maillage territorial, le projet d'ouverture d'une structure supplémentaire sur Villefranche de Rouergue est en cours de réflexion.

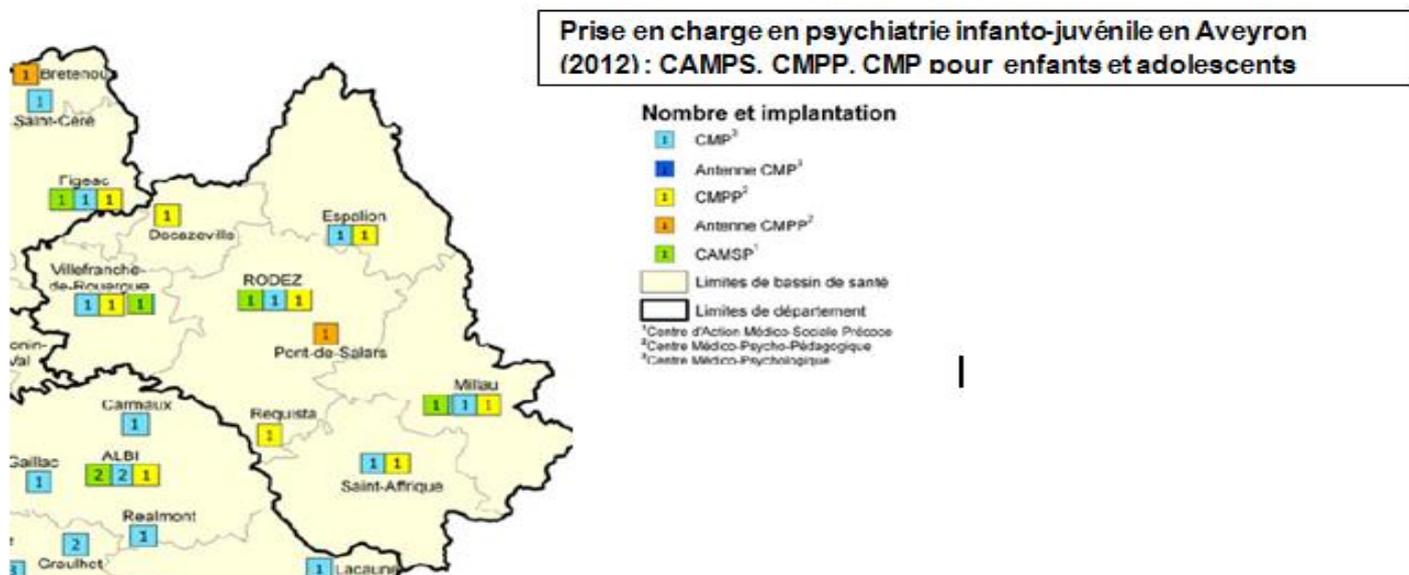
3.4.3 Répartition de l'offre en psychiatrie et santé mentale infanto-juvénile en Aveyron

En Aveyron, l'organisation en psychiatrie infanto-juvénile repose sur l'inter-secteur nord géré par le CH de Rodez et le secteur sud géré par le CH de Millau.



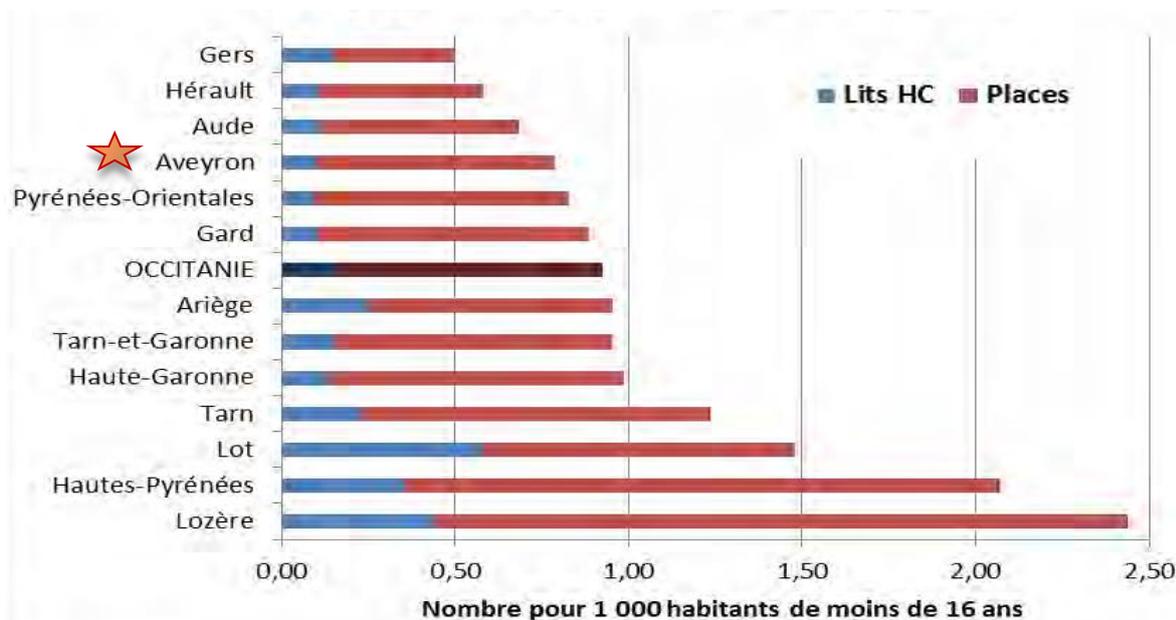
A noter que l'Aveyron est dépourvu de CATTP pour la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans inclus



Deux CMP sont implantés à Rodez et Millau avec trois antennes à Saint-Affrique, Villefranche de Rouergue et Espalion.

- Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile



L'Aveyron est sous-équipé comparativement à d'autres départements et en dessous du taux d'équipement régional en psychiatrie infanto-juvénile.

- La psychiatrie infanto-juvénile au centre hospitalier de Rodez (secteur Nord)

Le centre hospitalier de Rodez gère un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Ce secteur est rattaché à une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité d'un médecin pédopsychiatre.

Cet inter-secteur, rattaché au pôle mère-enfant du Centre Hospitalier, est composé de 3 unités d'hospitalisation et de 3 unités de consultations pour un suivi de 0 à 16 ans.

Une des spécificités de l'organisation de la pédopsychiatrie de l'établissement est d'être spécialisée par tranche d'âge.

Unités d'hospitalisation	Unités de consultations
<ul style="list-style-type: none"> • Unité Médico Psychologique (UMP) Olemps (2-7 ans) : hôpital de jour de 14 places • UMP Viala (7-11 ans) : hôpital de jour de 14 places • Unité Médico-Psychologique pour Adolescent (12-16ans) : ambulatoire + hospitalisation complète intersectorielle Nord-Sud (5 lits d'hospitalisation). 	Prise en charge de 2 à 16 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Guidance Infantile de Rodez (CMP) • Guidance Infantile Espalion (CMP) • Guidance Infantile Villefranche de Rouergue (CMP)

À Rodez, la structure est divisée en un CMP enfant et un CMP adolescents. Il existe également un CATTP pour chacune de ces tranches d'âges construit à partir des HDJ sur le mercredi. En moyenne, 35 à 40 enfants sont accueillis en Hôpital de Jour par / semaine à Viala et Olemps et 35 à 40 enfants sont accueillis en CATTP.

L'offre de soins est aujourd'hui répartie sur des sites distincts, avec 3 unités extérieures au CH de Rodez. Un projet de regroupement architectural des services sur site unique, accolé au CH Rodez est actuellement en cours afin de faciliter les parcours de ce jeune public avec un maintien de la capacité aujourd'hui autorisée. Ce projet prévoit notamment d'organiser les prises en charge, au niveau des CMP, non pas par âge, mais par pathologie, de manière à optimiser le parcours de soins des enfants mais également soulager l'encombrement actuel de la structure dédiée aux adolescents (UMPA).

Par ailleurs, un projet de création d'un lit d'hospitalisation complémentaire, dédié aux hospitalisations de nuit est en cours de réflexion pour prendre en charge les enfants confrontés à la problématique de la phobie scolaire. Ce projet pourrait se réaliser à partir du service d'hospitalisation déjà existant, dès lors que le projet de regroupement sur site unique sera mis en œuvre.

- La psychiatrie infanto-juvénile au centre hospitalier de Millau (secteur Sud)

Le secteur de psychiatrie adulte de l'hôpital de Millau est doté d'un inter-secteur de pédopsychiatrie.

Ce service de pédopsychiatrie couvre tout le territoire du Sud-Aveyron. Une équipe pluridisciplinaire assure le dépistage, les soins et la prévention des troubles psychologiques des enfants et adolescents

de 0 à 18 ans, l'allongement du suivi en psychiatrie infanto-juvénile étant décidé avec les professionnels concernés pour les jeunes patients déjà suivis. Les professionnels de ce service interviennent également dans différents services de l'hôpital (urgences, maternité...) et mènent des actions de prévention en partenariat avec d'autres professionnels de l'enfance et de l'adolescence.

Offre pédopsychiatrie Sud Aveyron au 31.07.2018 :

- Unité d'Hospitalisation de Jour : 6 places (Millau) : 2 ans à 11 ans
- Unité de consultation externe : Millau et Saint Affrique
- Equipe mobile pour adolescent (RASTA : réseau d'accompagnement social et thérapeutique pour adolescent) qui intervient, sur indication médicale, auprès d'adolescents de 11 à 16 ans
- CMP de Millau et CMP de St Affrique, tous deux rattachés à la pédopsychiatrie du CH de Millau
- CMPP de Millau, Saint-Affrique et Réquista qui sont gérés par ADPEP 12¹².
- Activité de liaison avec la Maternité, Urgences et médico-social

Les infrastructures millavoises du service de psychiatrie infanto-juvénile ne permettent pas à ce jour d'accueillir des personnes à mobilité réduite. Les locaux, par ailleurs vétustes, ne semblent pas adaptés à ce type de prise en charge.

▪ L'offre médico-éducative Nord et Sud

- **1 Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP)** : il est implanté à Rodez, et dispose de deux antennes, l'une à Millau, l'autre à Villefranche-de Rouergue. Il s'agit d'une structure ambulatoire dédiée à la petite enfance, qui développe des missions de dépistage, de diagnostic et de rééducation précoces des enfants qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Cette structure pivot se situe à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Ses actions sont orientées vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches et écoles maternelle). Le CAMSP de l'Aveyron est géré par l'ADAPEI 12-82¹³ ; il est polyvalent et son territoire d'intervention couvre l'ensemble du département.
- **7 Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** : (Decazeville, Espalion, Millau, Réquista, Rodez, Saint Affrique, Villefranche de Rouergue et une antenne à Pont-de-Salars) : ce sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Ils sont gérés par les ADPEP 12.

Une convention de coopération CAMSP /CMPP a été signée en janvier 2018 afin d'assurer la continuité des prises en charges entre ces deux dispositifs.

¹² Cf. infra association ADPEP 12 titre : 3.4.7 Associations de solidarité familiale et association gestionnaires d'établissements.

¹³ Cf. infra association ADAPEI 12-82 titre : 3.4.7 Associations de solidarité familiale et association gestionnaires d'établissements.

- **Institut Médico-Educatif (IME) :**

- IME de la Roquette - Lapanouse-de-Sévérac : 60 places pour enfants et adolescents de 3 à 20 ans atteints d'autisme et de troubles envahissants du développement, associés à une déficience intellectuelle sévère, moyenne ou légère dont une **Unité d'enseignement en maternelle (UEM) de 7 places** (Rodez, école Jean Albert Bessière) : cette unité est dédiée à l'accueil d'un public d'enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement.

Ce dispositif permet d'accueillir des enfants âgés de 3 à 6 ans. Ils sont scolarisés à temps plein et bénéficient d'interventions pédagogiques, éducatives, rééducatives, thérapeutiques propres à leurs handicaps. Ils participent aux activités de l'école (récréations, repas de midi) et ont des temps d'inclusion en classe ordinaire. L'unité d'enseignement associe enseignants et professionnels médico-sociaux. L'unité d'enseignement en maternelle est active depuis la rentrée scolaire 2016. Son fonctionnement est régi par une convention impliquant l'ARS, les services de l'éducation nationale et l'ADPEP12, association porteuse du projet. L'évaluation par la DDARS12 à 6 mois après ouverture fait état d'une bonne inclusion des enfants au sein de l'établissement et de la régression de certains troubles.

- IME Puits de Calès – Millau : 46 places pour enfants et adolescents de 6 à 20 ans
- IME Les Hermeau – St Laurent d'Olt : 93 places pour enfants et adolescents de deux sexes âgés de 6 à 20 ans.
- IME Les Cardabelles – Onet le château : 60 places pour enfants et adolescents de deux sexes âgés de 6 à 20 ans.
- IME de l'Ouest –Cransac : 51 places pour enfants et adolescents de deux sexes âgés de 6 à 20 ans.

- **2 Institut thérapeutiques Educatif et Thérapeutique (ITEP) :** (Capdenac Gare, Sévérac l'Eglise)
- **1 Centre Départemental des Déficients Sensoriels (CDDS) :** (Rodez)
- **9 Services d'Education Spéciale et Soins à Domicile (SESSAD) :** Attachés aux IME, ITEP et CDDS.

3.4.4 Offre de santé spécialisée autour de la prise en charge et prévention des addictions

La région Occitanie occidentale est relativement bien pourvue en équipes d'addictologie comme en structures. L'inventaire fait à l'occasion de l'élaboration du Schéma Régional montrait une couverture géographique satisfaisante.

Les personnes ayant des conduites addictives sont prises en charges par les organisations pluridisciplinaires qui ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

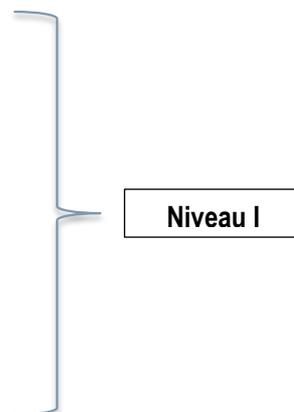
Dans le champ du médico-social :

- CSAPA ANPAA 12 – Permanence d'accueil à Rodez
- CSAPA ANPAA 12 – Consultations avancées et antennes à Espalion, Saint Affrique, Millau, Villefranche de Rouergue et Decazeville.
- CSAPA du CH Sainte Marie (réfèrent Maison d'arrêt de Rodez)
- CAARUD EPICE 12 de l'association Village 12 à Villefranche de Rouergue
- Lits halte soins santé du CCAS de Rodez
- Lits halte soins santé de l'association Trait d'Union à Millau

Dans le champ sanitaire :

Niveau I : dit de proximité, constitué des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), des consultations hospitalières d'addictologie et les unités de court séjour (sevrage simple)

- Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
 - CH Rodez
- Consultation Hospitalière d'Addictologie :
 - CH de Villefranche de Rouergue
 - CH de Rodez
 - CH de Millau
- Sevrage simple
 - CH Rodez



Niveau II : dit de recours, est constitué quant à lui du niveau I ainsi que des structures de court séjour pour les sevrages plus complexes et des services de soins de suite et de réadaptation ayant développé une activité en addictologie.

- Unité de recours de niveau II, supra-départementale (Tarn et Aveyron)
- Sevrage complexe
 - CASAP : Unité de soins de 9 lits en addictologie, CH Sainte Marie à Rodez.



Dans le champ de la prévention :

- Réseau Addictologie Midi-Pyrénées (RAMIP)
- Comité départemental de défense contre l'alcoolisme
- Association ANPAA 12
- Association AREVHO (addictologie réseau ville hôpital, sise à Millau)
- Point d'Accueil Ecoute Jeune de l'association Village 12, Villefranche d Rouergue
- Consultations Jeunes Consommateurs aux services d'addictologie de l'Hôpital de Rodez, Decazeville et Millau.
- Programme d'Echange de Seringues géré par le CAARUD Village 12
- Distributeur récupérateur de Seringues à Rodez

Le CH Sainte Marie a adhéré au réseau RAMIP depuis janvier 2014. Ce réseau formalise la collaboration entre professionnels dans la pratique de l'addictologie et contribue à améliorer les parcours des patients présentant des problématiques addictives. La participation des professionnels du CSAPA au comité opérationnel départemental du RAMIP a permis de resserrer les liens avec les différents partenaires du réseau, de participer à des actions d'information et d'intervenir sur les bassins de santé.

Expérimentation en cours : les Microstructures

L'ARS a confiée à l'ANPAA en région Occitanie une expérimentation sur deux années consécutives du dispositif « microstructures » sur quatre territoires de la région : Aveyron, Gard, Hérault et Tarn.

Le réseau régional des microstructures médicales propose un accompagnement pluridisciplinaire chez un médecin généraliste faisant partie de ce réseau. Le patient peut y rencontrer, outre un médecin, un psychologue et un travailleur social, dans la confidentialité.

En Aveyron, la collaboration est déjà effective avec la maison de santé pluri professionnelles du Nord-Aveyron (plateau de l'Aubrac). La dynamique de réseau dans ce territoire est importante. Pour pallier la contrainte d'éloignement avec Rodez, les cabinets généralistes de Decazeville et de Villefranche de Rouergue sont également intéressés par l'expérimentation qui prendra fin en décembre 2018.

3.4.5 Offre de santé spécialisée autour de la prise en charge des personnes âgées

Compte tenu du vieillissement de la population aveyronnaise, l'expertise psychiatrique pour la prise en charge en commun des troubles psychiatriques du sujet âgé doit être développée.

La filière intersectorielle gérontopsychiatrie (Site de Cayssiols)



- **Un centre de consultation intra hospitalier** avec pour mission le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles psychologiques du vieillissement et de la démence. Le centre compte 2 psychiatres tous les après-midis et permet des évaluations, des suivis, des orientations et entretiens avec les familles. Un créneau quotidien assure les demandes urgentes.
- **Une équipe mobile renforcée** avec identification d'un référent par CMP ayant pour mission de :
 - collaborer avec l'équipe du CMP pour la prise en charge des personnes âgées,
 - renforcer la prévention et la continuité des soins en améliorant la circulation d'information entre le secteur, le réseau, les unités intra hospitalières et le centre de consultation de gérontopsychiatrie (réunions hebdomadaires, visites à domicile programmées pour les patients sortant d'hospitalisation, consultations au centre),
 - développer le travail de réseau de la filière via un rôle d'accompagnement et de conseil auprès des équipes d'EHPAD ou d'associations d'interventions à domicile,
 - faire l'interface entre les médecins coordonnateurs et la filière afin de faciliter les admissions, les retours ou le maintien en EHPAD.
- Des prises en charge spécifiques dans les hôpitaux de jour et CATTP des secteurs.
- **Trois unités d'hospitalisation complète** sur le site principal du CHSM :

Type d'unité	Capacité	Public concerné	Modalités de prise en charge
Unité de court séjour gérontopsychiatrique	16 lits	<ul style="list-style-type: none"> • patients âgés présentant des troubles psychiatriques avec une atteinte cognitive, quel que soit le mode d'hospitalisation, • patients déments avec troubles du comportement, quel que soit le mode d'hospitalisation, • patients présentant des troubles aigus d'évolution démentielle avec ou sans troubles psychiatriques associés • patients orientés pour un bilan cognitif suite à une consultation gérontopsychiatrie. 	<p>Hospitalisation à temps complet pour 30 jours au plus avec élaboration d'un projet de soins individualisé.</p> <p>Accueil directement au CSGP des hospitalisations programmées. Transit par l'UADO des hospitalisations annoncées.</p> <p>Passage par l'UADO pour les hospitalisations en urgence.</p>
Unité de moyen séjour gérontopsychiatrique	17 lits dont 2 séquentiels	<ul style="list-style-type: none"> • personnes âgées présentant une pathologie démentielle avec troubles de comportement et autres troubles psychiatriques • patients non stabilisés en séjours temporaires et programmés sur un nombre de lits donné (2), ceci pour garantir le maintien dans leur milieu familial ou institutionnel et éviter une 	<p>Hospitalisation à temps complet en relais de l'hospitalisation de court séjour pour 90 jours au plus. Pas d'admission directe, l'orientation se fait depuis le CSGP. Par exception, orientation directe depuis l'UADO sous réserve de</p>

		hospitalisation.	l'accord du psychiatre de la filière.
Unité pour patients psychotiques âgés	18 lits dont 2 séquentiels	<ul style="list-style-type: none"> • en relais de l'hospitalisation de court séjour, patients âgés présentant des troubles pré-déméntiels et /ou psychiatriques pour lesquels un projet de sortie est envisageable,. • patients de l'USR pour lesquels un projet de sortie n'est pas envisageable à court ou moyen terme. • patients non stabilisés en séjours temporaires et programmés sur un nombre de lits donné (2), ceci pour garantir le maintien dans leur milieu familial ou institutionnel et éviter une hospitalisation. 	Hospitalisation à temps complet.
Total	51 lits		

- Equipe Mobile de Gérontopsychiatrie (EMPG) :

L'EMGP du CH Sainte-Marie intervient sur les 4 secteurs Nord-Aveyron. Elle comprend des infirmiers référents dans les 4 CMP principaux (5 infirmiers au total) et intervient au plus près des patients, au domicile (dans une proportion de 20 à 40 % selon les secteurs) comme en établissement (EHPAD). Deux psychiatres complètent cette équipe (à hauteur de 0,2 ETP). Elle a pour objectif d'éviter les hospitalisations en urgence, de permettre une intervention rapide pour prévenir un épuisement familial ou de l'entourage au sens large, d'évaluer et orienter vers la prise en soins la plus adaptée (consultation, hospitalisation de jour, services sociaux...). Elle assure également un suivi en ambulatoire de certains patients. C'est une équipe active et efficace sur le Nord Aveyron.

3.4.6 Offre d'orientation, de coordination et d'intégration

Le département de l'Aveyron dispose de plusieurs dispositifs d'orientation, de coordination et autres leviers d'intégration spécialisés :

- **Commission en charge de la gestion des situations critiques**

Il s'agit du dispositif d'examen des situations critiques et de concertation piloté par la MDPH au niveau du département ; son rôle est d'examiner les situations dans lesquelles l'intérêt de l'utilisateur requiert une articulation difficile à mettre en œuvre, en tentant de trouver un consensus d'engagements réciproques et de formaliser un plan de coopération détaillant les engagements opérationnels permettant de répondre à la situation. Cette commission peut mobiliser tous les professionnels directement concernés par la situation ainsi que des experts concernés (équipe MDPH, gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, établissements et professionnels de santé, services spécialisés du département, éducation nationale, ARS, etc.). Toutefois, cette commission est appelée à disparaître dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous)

- **Démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous »** : généralisée par la loi de modernisation de notre système de santé (article 89), la démarche « une réponse accompagnée pour tous » pose de nouvelles modalités d'orientation médico-sociale pour les personnes en situation de handicap ne bénéficiant pas d'une réponse répondant à leurs besoins. Elle vise à ce que chaque personne dont l'orientation MDPH cible se heurte à l'absence d'offre adaptée sur le territoire puisse bénéficier d'un plan d'accompagnement global, qui détermine les mesures à mettre en œuvre pour proposer une réponse immédiate, co-construite avec la personne en fonction de l'offre locale et sur laquelle toutes les parties prenantes s'engagent. La démarche est coordonnée par la MDPH. Elle s'appuie sur l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire (sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives,...)

Dans le cadre de la démarche RAPT, les ESMS doivent se mobiliser pour la prévention des ruptures de parcours (travaux sur critères d'admission, anticipation des sorties, solutions concertées...) et contribuer à la mise en œuvre des PAG pour les situations les plus complexes : ils doivent de ce fait offrir une souplesse dans les modalités d'accompagnement et s'engager dans la coopération avec les autres parties prenantes.

- **Contrat locaux de santé (CLS)**

3 CLS formaliseront une dynamique territoriale de santé entre ARS et collectivités territoriales à l'horizon 2018 en Aveyron :

- CLS de Millau, signé en février 2014 (premier CLS du département). Au total, ce sont trois communautés de communes (Millau grands causses, Tarn et Muse, Sévérac-le-Château), regroupant 32 communes sur les 58 du bassin qui sont concernées par le CLS.

Ce CLS priorisent des axes tels que l'amélioration de l'hygiène de vie, la lutte contre les addictions, l'accès aux droits et aux soins, ainsi que la prise en charge de la souffrance psychique.

- CLS de Rodez : un contrat de préfiguration du futur CLS a été signé en juin 2017
- CLS Villefranche de Rouergue (en projet)

- **Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)**

Le nombre important d'acteurs intervenant sur un territoire dans le champ de la santé mentale implique de renforcer les collaborations institutionnelles. Les conseils locaux de santé mentale sont désormais reconnus comme étant l'instance officielle de coordination des acteurs et d'élaboration de stratégies territoriales pertinentes.

Cette coordination et ce regard multi-dimensionnel ne peuvent exister qu'en proximité immédiate, en tenant compte des spécificités et des dynamiques des territoires de vie de chaque usager. Présidé par un élu local, co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants ainsi que différents professionnels de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale, le CLSM est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres.

C'est un outil opérationnel de démocratie participative qui permet de définir des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée. Le CLSM du bassin de Millau est à ce jour la seule instance dédiée mise en place sur le département. Son fonctionnement s'avère hésitant. Depuis sa signature, aucune action n'a encore été mise en œuvre.

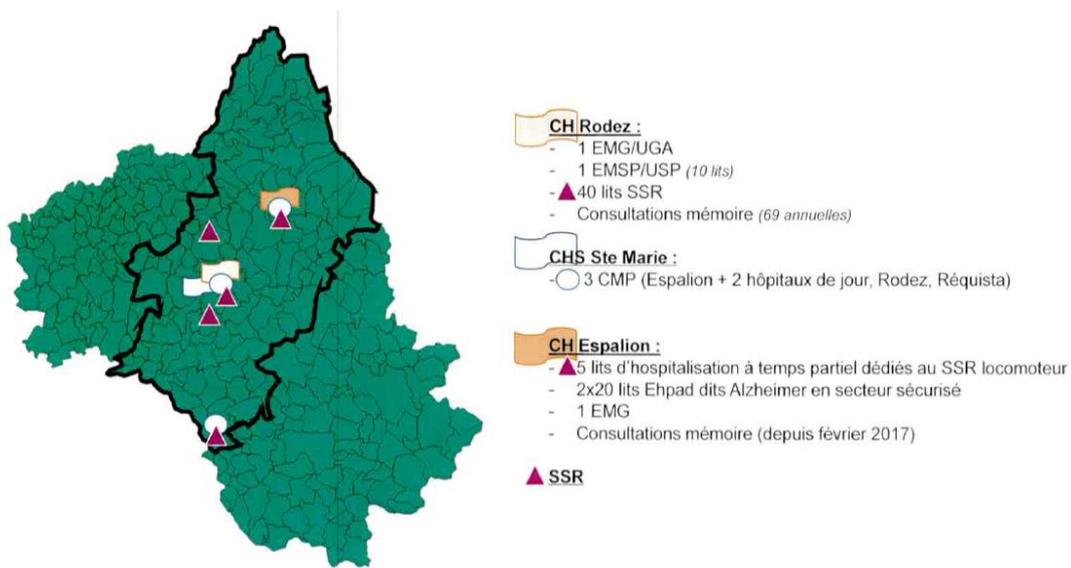
- **La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)**

La MAIA apporte une réponse novatrice, de par sa globalité et son efficacité, aux défis croissants de l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, et de leurs aidants. Au 1^{er} février 2017 (données CNSA ARS), la région Occitanie et le département de l'Aveyron sont entièrement couverts par le dispositif MAIA.

L'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et les responsabilités de leur conduite.

Ce mode opératoire fait la preuve de son efficacité auprès des personnes âgées et de tous les acteurs qui se sont inscrits dans la démarche : meilleure gestion des demandes, soutien et équité des usagers, maintien à domicile, etc.

Ressources du territoire MAIA



3.4.7 Associations de solidarité familiale et association gestionnaires d'établissements.

Il existe sur le département plusieurs acteurs de représentation et mouvements associatifs œuvrant dans le champ de la santé mentale et du handicap intellectuel. L'Aveyron est reconnu sur le plan national pour le développement précoce et historique de ces associations.

La délégation UNAFAM AVEYRON

L'UNAFAM est une association reconnue d'utilité publique, qui, depuis 1963, accueille, écoute, soutient, forme et accompagne les familles et l'entourage de personnes souffrant de troubles psychiques. Elle concentre son action au profit des proches de personnes souffrant de troubles psychiques sévères, essentiellement des personnes atteintes de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépressions sévères, de psychoses graves et de troubles obsessionnels compulsifs invalidants. L'UNAFAM a par ailleurs développé son action en direction des jeunes, et reçoit à ce titre les parents d'enfants et d'adolescents ayant des troubles non diagnostiqués. Elle est également mobilisée pour faire changer le regard sur les malades et leur entourage à travers des actions de déstigmatisation, de sensibilisation ou de formation externe.

Elle regroupe environ 80 familles et s'organise avec ses bénévoles pour aider, accompagner et représenter les familles et les usagers dans les instances départementales (MDPH, commission départementale des soins psychiatriques ; conférence territoriale en santé de l'ARS) et dans les structures et établissements intervenant en matière de santé mentale sur le département ;

Dans le cadre de la mise en œuvre de ses missions sociales, notamment pour la défense des usagers et la déstigmatisation, l'UNAFAM noue des partenariats avec des associations nationales ou locales dans le domaine de la santé mentale et du handicap psychique.

L'Association Départementale d'Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales Aveyron / Tarn-et-Garonne (ADAPEI 12-82)

L'association ADAPEI 12-82 est née de la fusion de l'ADAPEI de l'Aveyron et du Tarn et Garonne le 1^{er} janvier 2014. Le siège de l'association est établi à Onet le Château.

Un projet global associatif a été élaboré, veillant à conforter les parents dans leur double rôle d'acteurs de la solidarité familiale et de gestionnaire d'établissement. L'association fonde son action sur des valeurs et des principes originels notamment basés sur la considération de la personne handicapée en tant que citoyenne à part entière, le respect du principe de reconnaissance de la famille en place d'acteur étroitement associé à l'accompagnement ainsi que le respect du principe de responsabilités reposant sur la conscience et l'engagement de chacun (bénévoles, dirigeant et professionnels) d'agir pour le bien commun en référence à des valeurs et des principes d'actions partagés.

L'association conçoit, crée, anime et gère des établissements et des services qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de handicap mental, orientées vers ses structures.

L'offre médico-sociale développée par les établissements et services couvre les différents âges et degrés de handicap. Elle propose divers types de soutiens et d'accompagnements allant de la petite enfance (CAMSP) à l'accueil des personnes handicapées mentales âgées (PHMA), en passant par l'éducation spécialisée (IEM, IME et SESSAD), le travail protégé (ESAT), l'accompagnement à la vie sociale et à l'autonomie (Foyers d'Hébergement), l'accompagnement spécialisé pour adultes (Foyers de vie et MAS) ainsi qu'une gamme diversifiée de services à domicile (SAVS et SAMSAH).

L'ADAPEI 12-82 est composée de sept sections locales qui sont des espaces associatifs de rencontre, d'échange, de formation, d'information, de convivialité, de réflexion, de proposition et d'accompagnement pour les familles confrontées au handicap :

- Section de Decazeville (12)
- Section du Nord Aveyron (12)
- Section de Millau (12)
- Section de Saint-Affrique (12)
- Section de Rodez (12)
- Section de Villefranche de Rouergue (12)
- Section de Tarn-et-Garonne (81)

Outre leur fonction d'animation, ces sections locales constituent aussi des forces de proposition, d'action et de représentation pour faire valoir et promouvoir les droits des personnes handicapées mentales et de leurs familles.

Association Hospitalière Sainte Marie (AHSM) :

L'AHSM dont le siège social se situe à Chamalières (Puy de Dôme) est une association loi 1901 à but non lucratif, gestionnaire d'établissement de santé privée d'intérêt collectif.

Elle poursuit l'activité de la société civile créée en 1840 qui assurait les soins aux malades mentaux, œuvre de la congrégation Sainte Marie fondée en 1825.

Elle intervient en psychiatrie générale, de l'enfant et de l'adolescent, de la personne âgée, et en psychiatrie pénitentiaire.

Ses valeurs originelles qui se définissent en une certaine conception de l'homme et du soin lui confèrent son caractère propre et l'engagent à part entière dans le secteur de la santé mentale

- Aborder le malade avec attention, respect, bienveillance et humilité et lui assurer les soins adaptés à son état avec les techniques et compétences appropriées,
- Accueillir les personnes en situation de maladie engendrant rupture, échec, exclusion, dans le respect de leur dignité et les accompagner pour leur permettre de retrouver leur place dans la société avec le soutien d'un suivi médico-social
- Etre attentif à l'émergence de défis nouveaux dans le monde de la santé mentale

✚ **Association “Dessine-moi un mouton”**. Elle regroupe des professionnels (médecins, éducateurs, infirmiers, psychologues, psychomotriciens...) de l'Unité de Psychiatrie Infanto-juvénile du Centre Hospitalier de Millau autour de plusieurs objectifs :

- Soutenir l'activité du secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Sud Aveyron en développant des projets spécifiques (séjours thérapeutiques, activités de médiation, achat de matériel adapté) dans la prise en charge des enfants accueillis à l'Hôpital de jour ou suivis par l'équipe mobile pour adolescents (R.A.S.T.A.).
- Participer à l'information des professionnels et du public concernés par le développement de l'enfant dans le cadre des missions de prévention.
- Organiser des échanges avec d'autres partenaires

✚ **Association de Santé Mentale du Sud-Aveyron (ASSUD)** : cette association loi 1901 a pour but de participer à la recherche et à la sensibilisation touchant aux problèmes de santé mentale. Elle contribue également et globalement à qualité des prises en charge, notamment par la création, l'organisation et la gestion de toute structure pouvant concourir au mieux-être des patients. Ses objectifs s'inscrivent dans le cadre de la politique de section définie par les circulaires et arrêtés du 15 Mars 1960 -14 Mars 1972- 9 Mai 1974 et par la loi du 31 décembre 1985 et du 14 Mars 1990¹⁴

✚ **VILLAGE 12**

Fondée en 1984, l'association Village 12 est une association humanitaire, d'entraide, sociale située à Villefranche de Rouergue, elle comporte :

- Un pôle hébergement avec ses missions d'urgence, d'insertion et d'accueil de jour pour les femmes victimes de violence
- Un pôle formation, au cœur de l'insertion.
- Un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- Un établissement médico-social placé sous la tutelle de l'Agence régionale de santé (Ars).
- Un Point d'information jeunesse, avec un point d'accueil écoute jeunes
- Un Centre d'adaptation à la vie active (Cava), permettant aux personnes en difficulté de trouver un espace de travail pour leurs capacités.
- Une Maison relais
- Mais aussi, Inter emploi, la Recyclerie et Viif 12 (Village Initiative Insertion Formation)

✚ **ESPOIR 12 :**

¹⁴ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Circulaire du 14 Mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

Circulaire du 9 Mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile

Loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale

L'association vise à promouvoir et gérer des lieux de vie accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques ou ayant une fragilité psycho-sociale ; elle crée un réseau de proximité auprès des personnes handicapées psychiques et apporte écoute et soutien. ESPOIR 12 intervient également en prévention relative d'une aide à l'organisation de la vie quotidienne et aide le public concerné à rompre avec l'isolement et favorise la réinsertion sociale.

L'association ESPOIR 12 encadre les 2 groupes d'Entraide Mutuelle du département (Rodez et Millau) et œuvre activement à l'intégration sociale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sur le département.

TRAIT D'UNION

C'est une association déclarée est active depuis 21 ans localisée à MILLAU (12100). Spécialisée dans le secteur d'activité de l'hébergement social pour adultes et familles en difficultés et autre hébergement social, elle organise et propose une offre diversifiés dans plusieurs dispositifs tels que le CHRS/CAHUF, le CAIO, LHSS, ALT, et accueil de jour.

Ses objectifs sont nombreux :

- Développer des réponses adaptées aux besoins des publics qui fréquentent l'association Trait d'Union, identifiés comme étant à la rue pour le soir même, et/ou en situation de détresse (populations définies dans le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Plus Défavorisés)
- Faciliter leur accompagnement et leur réinsertion, notamment par les moyens du CHRS dénommé "le Logis Millavois" (accueil, écoute, hébergement d'urgence et d'insertion ou de santé, satisfaction des besoins primaires sur place ou par orientation vers les partenaires, accès aux soins et/ou organisation des soins, convalescence, accompagnement social, participation citoyenne des usagers)
- Travailler en réseau avec les acteurs susceptibles d'intervenir selon les situations
- Gérer les logements mis temporairement à disposition des personnes en difficulté et gérer un dispositif Halte Soins Santé
- Organiser et/ou participer à des manifestations dans le but de lutter contre toutes les exclusions.

 **ADPEP 12** : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de l'Aveyron
Elle a été créée en 1916. En complément de l'enseignement public, l'association contribue à l'éducation, aux loisirs, à la formation et aux soins des enfants, des adolescents et des adultes, particulièrement ceux victimes de la précarité, de l'exclusion sociale et/ou en situation de handicap.

Son action s'inscrit dans le respect et la promotion de trois valeurs fondamentales que sont la laïcité, la solidarité et l'égalité des droits. Acteur de premier plan de l'économie sociale et solidaire en Aveyron, l'ADPEP12 gère 12 établissements et services qui accompagnent plus de 2000 enfants, adolescents et adultes par an.

L'ADPEP 12 développe ainsi son action dans quatre champs distincts et complémentaires à savoir, le champ médico-social, le champ de l'éducation et des loisirs, le champ de l'accompagnement à la scolarité et la formation et le champ de l'emploi.

3.4.8 Coordination inter-structures

La garantie de continuité des parcours de soins et de vie des personnes en situation de handicap psychique impose des évolutions organisationnelles pour une meilleure coordination des actions, une cohérence des interventions et une optimisation des relations entre professionnels.

Elle repose sur une coopération étroite des différents secteurs et professionnels, grâce à un développement du partenariat et un décloisonnement des pratiques professionnelles.

Le CH Sainte-Marie a récemment conclu une convention avec l'AD-PEP12 (en décembre 2016) et une autre avec l'ADAPEI 12 - 82 (en avril 2017)

La coordination entre le CH Sainte Marie et ces deux associations poursuit les objectifs suivants :

- Favoriser l'accès aux soins, la continuité des soins et l'évaluation de l'état du patient tout au long de sa prise en charge médico-sociale (organisation de l'admission et de la sortie d'hospitalisation, prévention et réponse aux situations d'urgence ou de crise, organisation de la continuité des soins psychiatrique)
- Favoriser la cohérence des interventions et coordonner les actions pour une meilleure fluidité des parcours grâce à une prise en charge globale en interdisciplinarité
- Mettre en œuvre de façon coordonnée le projet de vie individualisé de la personne en situation de handicap psychique à la fois sur le plan médical, social ainsi qu'au niveau de l'accompagnement médico-social
- Proposer des réponses adaptées, flexibles et évolutives
- Organiser la communication et la transmission des informations sans le respect des dispositions du Code de la Santé Publique
- Professionnaliser les équipes issues des champs concernés grâce à un étayage des connaissances contextualisées.
- Favoriser le rapprochement des cultures sanitaires et médico-sociales et la professionnalisation des équipes avec notamment la mise en place d'action de soutien et la mise en œuvre de formations/informations et formations/actions conjointes et de stages croisés des personnels des établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux

Dans le Sud Aveyron, une convention de coopération entre les Charmettes et le CH de Millau a été signée (juillet 2016).

4 Leviers d'amélioration identifiés

Le Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Occitanie a identifié la santé mentale comme l'un des parcours prioritaires. De plus, l'étude de l'offre actuellement déployée en Aveyron a permis d'identifier de nombreux leviers d'amélioration.

L'ensemble des acteurs doit s'engager dans un processus de coopération afin d'améliorer les parcours en santé mentale. Il s'agit de décloisonner, de rompre avec cette culture qui tend à distinguer chacun des secteurs. L'amélioration des pratiques et des organisations repose notamment sur un travail de reconnaissance de l'autre ainsi que sur le développement d'un système de communication adapté et efficace entre les professionnels.

Le développement d'une culture commune semble plus que jamais indispensable pour améliorer le parcours de soins et les parcours de vie des usagers. Ce décloisonnement des acteurs tient aussi à une meilleure collaboration des services de l'État (Agence régionale de Santé, Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale, conseil départemental, etc.) et à la pérennisation du conseil national de santé mentale.

D'autre part, il est aussi nécessaire de développer les lieux et outils de coopération et de concertation territoriale tels que les Conseils Locaux en Santé Mentale, les Groupements locaux de coopération pour la santé mentale et les partenariats inter-établissements.

4.1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatrique : focus sur la prévention, le repérage et l'orientation des urgences psychiatriques

L'accès au diagnostic et aux soins en santé mentale et psychiatrie sur le département de l'Aveyron doit être adapté en fonction des caractéristiques territoriales et des ressources locales. Les missions et actions de dispositifs d'ores et déjà opérationnels doivent être valorisées et les coordinations entre secteur sont à renforcer.

- **Prévention et repérage**

L'amélioration du repérage et la prévention dans le champ de la santé mentale impliquent impérativement un renforcement des liens entre les acteurs de soins primaires et la psychiatrie ainsi que le transfert de connaissances auprès des professionnels du premier recours. Rappelons qu'en termes d'incidence, une personne sur quatre en moyenne souffrira de troubles psychiques au cours de sa vie et beaucoup connaîtront une réduction significative de leur espérance de vie. Il est donc fondamental de soutenir les dispositifs sentinelles de repérage et de développer les dispositifs de prévention sur le département :

- Prévention primaire : lutte contre la stigmatisation et l'exclusion, campagnes de sensibilisation larges destinées au grand public, information des publics exposés aux facteurs de risques

Une grande majorité des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement en santé mentale relèvent à cet effet une « popularisation » et une « déstigmatisation » visibles de la psychiatrie sur le département, qui génèrent une meilleure intégration sociale du handicap psychique, et, paradoxalement, une tendance marquée à la psychiatrisation des phénomènes de société (conjugopathie, radicalisation,...) ;

- Prévention secondaire : renforcer les dispositifs d'alerte et les prises en charge précoces une fois la maladie installée, déployer des dispositifs d'accueil innovants notamment pour les plus jeunes ou les plus précaires ;
- Prévention tertiaire : développer les soins de réhabilitation et soutenir l'innovation thérapeutique, éviter la chronicité des hospitalisations d'urgence (interventions d'équipes mobiles, travail en faveur de l'aller vers le soin,...) et favoriser un retour à la vie normale.

Les personnes interrogées dans le cadre du diagnostic soulignent particulièrement le caractère essentiel du repérage précoce ainsi que la formalisation et la standardisation de ses modalités.

Le public jeune en difficulté semble être plus facilement « repérable » et « repéré » que le public adulte. En effet, ce repérage est facilité par le suivi obligatoire de l'éducation nationale et ses liens avec la pédopsychiatrie, ainsi que l'intervention d'autres acteurs pour les publics déscolarisés (acteur de prévention spécialisées, associations, et missions locales).

Un nombre important de troubles de la santé mentale et pathologies psychiatriques se développe à l'occasion de la scolarisation. Les professionnels des établissements scolaires du département (collège, lycée, centre de formations) doivent être davantage sensibilisés à cette réalité et mener des actions concrètes d'information et de communication sur la pathologie mentale en milieu scolaire pour lutter contre la stigmatisation.

L'adolescence est une période de bouleversements importants, tant sur le plan physiologique, cognitif ou émotionnel, que sur le plan familial ou social. Certains jeunes, plus vulnérables, vivent des relations difficiles avec leurs pairs et leurs proches, des conflits familiaux, manquent d'estime pour eux-mêmes ou souffrent de stress et d'anxiété face à des situations qui les dépassent. Les parents sont, la plupart du temps, insuffisamment armés pour y faire face

L'opportunité de développer ou appliquer des programmes d'actions de sensibilisation et/ou d'actions (ex : programme Pare-Chocs) aux pathologies mentales, localisées et destinées à des publics ciblés, faisant intervenir tous les acteurs concernés, les patient et les familles a été évoquée à plusieurs reprises. Aussi, il semblerait intéressant de renforcer les formations initiales et continues des professionnels de l'éducation (corps professoral, infirmiers scolaires, surveillants,...) sur les pathologies mentales et troubles de l'addiction, les prises en charge, le dépistage, les facteurs de risques, l'importance de ne pas cloisonner l'enfant ou l'adolescent dans son mal-être ou sa pathologie.

On constate un manque de passerelle entre la sphère éducative et le milieu médical. Or, l'accès aux soins est indispensable pour la réussite du projet éducatif, et la coordination des deux ensemble permet de rechercher, de la meilleure manière, la compliance d'un enfant élève et patient. L'offre de soins en

milieu scolaire doit être plus étoffée et les missions de l'infirmière beaucoup plus transverses, jusqu'à l'émergence éventuelle de véritables centres de consultation scolaire.

Les acteurs de la cohésion sociale et de la prévention spécialisée observent une croissance exponentielle des problèmes psychiatriques chez les jeunes sur le département et soulignent le rôle important des missions locales en termes de repérage et d'orientation (notamment à travers l'action de leurs psychologues). Si l'on peut se féliciter modestement de l'action des dispositifs de repérage menée sur le département, il semblerait que cela soit plus contrasté quand il s'agit de la prise de relais.

Un récent rapport intitulé « L'amélioration de l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples en Aveyron » élaboré par la délégation départementale de l'ARS en Aveyron et le pôle des solidarités départementales du Conseil départemental de l'Aveyron (2016) vient d'être diffusé aux partenaires. Il propose des actions :

- dans le domaine du repérage et de la prise en charge précoce
- dans la mise en place de partenariat au travers du dispositif de coordination des adolescents à difficultés multiples
- dans l'articulation entre la MDPH et les ESMS permettant le suivi des enfants handicapés et l'évaluation des besoins.

Ce rapport repose sur les fondements de l'anticipation, de l'adaptation et de la vigilance. Il est complété par des fiches-actions et outils opérationnels de nature à garantir l'amélioration de l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples. Les fiches-actions sont les suivantes :

- Repérage des situations complexes et l'orientation anticipée
- Organisation de la coordination et développement d'une culture commune (outils et cahier des charges précisant les attendus liés à la mise en place d'un dispositif de coordination)
- Détails des modalités de mise en place d'un système de régularisation, de priorisation et de gestion de l'urgence (outils)

Dans le Nord Aveyron, le repérage et les premières évaluations au niveau de la petite enfance doivent être renforcés au travers d'une offre plus large et plus étoffée ; cela doit passer par une approche globale pluridisciplinaire (puéricultrices, sages-femmes, médecins généralistes, psychiatres, psychomotriciens, orthophonistes, médecins pédiatres, psychologues spécialisés sur le développement de l'enfant, assistants de service social, etc.) avec des temps de partage formels et informels. L'observation des interactions précoces préalable au meilleur diagnostic possible nécessite du temps, ainsi qu'une formation et des compétences spécifiques sur la petite enfance. La Protection Maternelle et Infantile constitue à ce titre un dispositif important, notamment dans les premières évaluations, et doit d'avantage ancrer son action dans les circuits de repérage et dans son rôle de pivot.

Les ateliers conduits en 2017 par les institutions en charge du schéma départemental de l'Aveyron « enfance et famille » ont conclu notamment à la nécessité de proposer un entretien prénatal précoce lors de la consultation du 4^{ième} mois de grossesse. Cet entretien, déjà en place en Ile de France, conduit par un médecin généraliste ou un gynécologue ou une sage-femme, qui dure 45 minutes, permettrait de faire le point notamment sur l'état psychologique de la future mère, son projet de naissance, la place du père, l'environnement social et sanitaire et les conduites addictives. Le repérage précoce d'une souffrance psychologique permet une prise en charge adéquate et préventive.

Les professionnels de l'un des CMP du Nord-Aveyron ont mis en place un travail autour du repérage précoce avec les médecins de PMI et la médecine scolaire, mais cette collaboration ne repose à ce jour sur aucune convention.

Dans le sud Aveyron, s'opère un important travail de prévention et une coopération efficace entre pédopsychiatrie, structures de la petite enfance et PMI. La pédopsychiatrie intervient à la maternité et propose des consultations, notamment dans le cadre des interactions précoce mère-enfant.

D'autre part, le repérage du public adulte est surtout assuré par des acteurs sociaux (Centres Communaux d'Action Sociale, Maisons de la solidarité départementale, Permanences d' Accès aux Soins de Santé, Groupes d'entraides mutuelles...) et par des bailleurs sociaux. Il s'effectue très souvent via un contact direct, parfois inespéré avec ces populations. On remarque par ailleurs les difficultés de socialisation (difficultés de gestion du logement, problèmes de voisinages, troubles dans la résidence,...) rencontrées par certains d'entre eux qui concourt à amplifier nettement des phénomènes larvés de stigmatisation. Dans le sud Aveyron, les professionnels du centre de santé mentale travaillent beaucoup avec les bailleurs sociaux et jouent le rôle de médiateur en cas de nécessité.

Le développement des dispositifs « d'aller vers » tels que les maraudes du SAMU social renforce cette mission de repérage, de soutien et d'orientation vers les dispositifs adaptés. Bien que leur rôle de prévention et de repérage auprès des adultes présentant des troubles de la santé mentale ne soient pas toujours reconnu, il semble être inhérent à leur activité. L'absence d'équipe mobile de psychiatrie précarité en Aveyron constitue un frein conséquent à l'empowerment en santé des publics les plus précaires.

Enfin, dans une volonté partagée de moderniser les établissements du département de l'Aveyron, de nombreuses opportunités liées aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peuvent être déployées pour :

- améliorer les parcours en santé mentale et psychiatrie
- renforcer le repérage et la précocité des diagnostics

Il peut par exemple s'agir du déploiement de logiciels de repérage adaptés à certaines pathologies ou de la généralisation d'applications d'autoévaluation avec des indicateurs de l'état de la santé mentale du patient.

- **Orientation en cas d'urgences psychiatriques**

Les crises et les imprévus relatifs aux troubles mentaux nécessitent une flexibilité particulière dans l'organisation de l'offre de soins pour éviter les arrivées au service d'accueil des urgences par défaut.

L'accès facilité aux soins en cas d'urgence est important dans le parcours en santé mentale. Les professionnels doivent être préparés et l'architecture adaptée pour faciliter cette étape critique du parcours. À titre d'exemple, le CH Sainte-Marie soutient un important projet architectural au sein de l'Unité d'Accueil de Diagnostic et d'Orientation (UADO), de manière à réorganiser l'accueil aux urgences et faciliter les flux et les parcours.

L'UADO assure de simples consultations ou, selon les cas, des prises en charge qui n'excèdent pas en principe 48 heures. Née de la mutualisation de moyens, accueillant des patients autrefois soignés ailleurs, cette unité a vu son activité augmenter. En 2016, près de 6000 passages ont été enregistrés (patients ayant été vus au moins une fois et vus par l'équipe des urgences psychiatriques). Ce ratio représente un pourcentage non négligeable de la population aveyronnaise.

Le dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, tel que prévu par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est effectif sur les 5 secteurs.

Le service des urgences psychiatriques est clairement identifié au CH Sainte-Marie ; par ailleurs, l'UADO intervient au pôle des urgences du CH de Rodez depuis juillet 2006, dans le cadre d'une convention de partenariat. La coopération entre les deux structures est très satisfaisante, avec des liens étroits entre les professionnels et une meilleure prise en charge des situations psychiatriques (pas d'orientations systématiques vers l'hôpital psychiatrique, réactivation du réseau de soins, échanges de pratiques professionnelles). Quand les patients arrivent aux urgences du CH de Rodez, ils bénéficient de l'intervention d'un infirmier référent en psychiatrie qui les oriente si nécessaire vers un psychiatre. Un psychiatre est de garde en permanence ; les urgentistes peuvent donc faire appel à lui, en dehors de la présence des infirmiers spécialisés. Cette organisation de la réception des urgences psychiatriques améliore nettement la cohérence et la fluidité des parcours ; elle doit être maintenue et faire l'objet d'évaluations régulières.

D'autre part, la triangulation entre l'UADO, les urgences générales du CH de Rodez (urgences, lits portes, réanimation) et le SAMU s'opère efficacement. Un récent accord entre les établissements vient introduire une nouveauté facilitatrice, à savoir l'intervention du SAMU à domicile dans le cas d'urgences psychiatriques.

Sur le cinquième secteur, on relève le fait que CH de Millau ne dispose pas de service d'urgences psychiatriques identifié de la sorte. La gestion des crises dépend donc du service d'urgence de l'hôpital de médecine-chirurgie-obstétrique. Les équipes des urgences des deux CH MCO du Sud-Aveyron sont régulièrement sensibilisées et formées à l'urgence psychiatrique (sédation, modalités de transfert,...)

Par ailleurs, une organisation spécifique entre les infirmiers du CMP et les médecins d'astreintes inscrit dans un conventionnement avec le CH de Millau et le CH de St Affrique permet une réponse rapide pour les consultations urgentes.

A la suite d'un évènement indésirable grave survenu en décembre 2013, les acteurs du soin et les forces de l'ordre ont mis en place une cellule de veille et de crise. Composée des acteurs de terrain (Police, gendarmerie, justice, services d'urgences CH Millau et CH st Affrique, mairie, Préfecture), plus réactive, elle permet de traiter dans de meilleurs délais des situations admises comme périlleuses en facilitant l'intervention coordonnée et accélérée des services de l'ordre et du CH de Millau auprès de patients présentant un profil psychiatrique potentiellement dangereux. Ce dispositif apparaît comme réactif et marque bien l'impératif de coordination, dans le respect du secret professionnel et du secret médical. Les professionnels impliqués indiquent être satisfaits de ce dispositif de concertation qui permet de travailler « main dans la main ». Le groupe se réunit au minimum une fois par trimestre, davantage en cas de nécessité. Une veille populationnelle s'est par ailleurs mise en place.

Dans cette même logique de réactivité, et au regard du grand nombre d'appels de patients suivis en psychiatrie à partir de 17 h et qui nécessitent un soutien psychologique (pour des angoisses ou de l'anxiété aux premières heures de la soirée et de la nuit), un projet de création d'une ligne téléphonique pour répondre aux patient en situation de détresse psychologique ou psychiatrique est en cours de réflexion. Tenue par une infirmière, opérationnelle 7 jours sur 7 à raison de 4 heures par jour, cette ligne préventive permettrait de rassurer les patients et d'éviter toute complication liée à ce type d'angoisse.

La tentative d'autolyse constitue également un motif important de recours aux urgences psychiatriques. Si chaque année en France, près de 12 000 personnes se donnent la mort, le département de l'Aveyron est le deuxième département de la région Occitanie à être touché par ce phénomène. Les situations de décès par suicide sont complexes et impliquent une prise de décision rapide, prudente et conséquente.

Les tentatives de suicides sont nombreuses et les urgences psychiatriques de Rodez en traitent quotidiennement.

Sur le cinquième secteur, se développe un important travail sur la crise suicidaire et le parcours du patient présentant ce type de crise. Cette thématique constitue l'un des axes à développer et renforcer dans le cadre du projet médical du 5^{ème} secteur de psychiatrie adultes de l'Aveyron.

Des procédures de rappel et de suivi systématiques envers ce public sont par ailleurs déjà opérationnelles au CH de Millau et au CH de Sainte Marie.

Le suicide constitue un réel problème de santé publique et pour faire reculer ce danger, il faut poursuivre les formations au repérage et à la prévention des crises suicidaires.

Il faut par ailleurs développer « la postvention » sur le département, dans tous les secteurs potentiellement touchés par le suicide (entreprise, milieu scolaire,...).

Cette notion se réfère aux activités qui visent le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées au suicide d'une personne de leur entourage¹⁵

¹⁵ Tierny, Ramsay, New development In Suicide Intervention Training, Suicidologi, Volume 9, N°3, 2004
Tierney, R., Ramsay, R., Tanney, B., & Lang, W. *Comprehensive school suicide prevention programs. Death Studies*, 14, 347-370, 1990.

Dans ce cadre, les interventions réalisées ont pour objectif de réduire, à court et à long terme, les effets négatifs qui découlent du suicide et de prévenir les phénomènes de contagion, c'est-à-dire, le processus qui entraîne la reproduction du geste suicidaire¹⁶

- **Gestion des urgences en soins sans consentement**

Pour rappel, le CH Sainte Marie est le seul établissement habilité à recevoir des soins sans consentements sur le département. Une convention relative à la prise en charge des patients du secteur G05 (Millau) en soins sans consentement a été signée par le CH de Millau, le CH Sainte-Marie et la délégation départementale de l'ARS de l'Aveyron le 25 juin 2015. Cette convention vise à définir le rôle de chacun au fil de la prise en charge en soins sans consentement et en aval, à établir les modalités de communication entre les 2 équipes.

Les deux établissements sont amenés à renforcer leurs coopérations pour faciliter les parcours des patients en situation de crise. Afin de répondre à un objectif commun de sécurité et de qualité des prises en charge et de l'accompagnement, la communication entre les équipes et la complémentarité des interventions s'avèrent impératives, jusqu'à la stabilisation du patient et l'issue du programme de soins.

À ce titre, la première évaluation de la convention a donné lieu à plusieurs propositions d'améliorations :

- Organisation entre les 2 équipes des deux CH des retours d'expérience (RETEX), notamment pour des situations concernant la dangerosité de patients
- Indication par le médecin du CH Sainte-Marie que le patient refuse d'être suivi par tel médecin du CH Millau le cas échéant, de manière à ne pas entraver son suivi

Le transport des patients concernés par une procédure de soins sans consentement a également fait l'objet d'évolutions. Si initialement le CH Sainte-Marie assurait ces transferts, ceux-ci sont, depuis le début de l'année 2017, gérés par le SAMU, grâce à un accord entre les parties prenantes. En outre, un protocole de sédation est en cours d'élaboration et présenté aux médecins susceptibles d'intervenir auprès de patients agités en attente de transfert. Ce référentiel permettra d'harmoniser les pratiques et d'assurer la sécurité des patients aussi bien que des soignants.

Concernant l'organisation des hospitalisations à la demande d'un tiers (le malade présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement), en urgence (notion de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade), plusieurs difficultés ont été soulignées.

En effet, selon certains témoignages, cette organisation des soins psychiatrique sans consentement sur un même territoire de santé constitue une réelle difficulté pour assurer la continuité de la prise en charge des patients du secteur de Millau puisque, de fait, ils sont amenés à changer de lieu et d'interlocuteur. Ces derniers déplorent également l'éloignement avec les proches des patients, qui vient amplifier la criticité déjà accrue de la situation.

¹⁶ Johnson, S.W. & Maile, L.J., *Suicide and the Schools: A Handbook for Prevention, Intervention and Rehabilitation*, Charles C. Thomas, Illinois. 1987

En 2016, les 5 membres de la commission départementale des soins psychiatrique de l'Aveyron¹⁷ se sont réunis 3 fois au centre hospitalier Sainte Marie pour recevoir et écouter les patients qui ont sollicité la commission (contestation de la mesure, expression de leur mal-être) ; une des réunions a été consacrée à la visite de l'établissement. Au total 13 patients ont été reçus en 2016.

Sur le département de l'Aveyron, le nombre de procédures hors urgence continue à diminuer au profit des procédures dites d'urgence (un tiers et un seul certificat médical) ; la proportion de périls imminents reste stable pour un nombre global de mesure en légère augmentation (422 au lieu de 396).

Les relations entre les membres de la CDSP et la direction du centre hospitalier Sainte Marie semblent constructives.

- **Gestion des urgences en ville**

Les contraintes liées à la démographie médicale, combinées à l'insuffisance en offre libérale de psychiatres sur le territoire, ont un impact certain sur la montée en charge des prises en charge d'urgence.

Pour pallier cela, la gestion des situations d'urgence doit s'appuyer sur un solide réseau qui doit être une ressource accessible et rapidement mobilisable. Pour les 4 secteurs nord-aveyronnais, l'UADO est bien identifiée par les médecins généralistes et les urgences psychiatriques de l'hôpital Sainte-Marie à Rodez accueillent des patients en crise adressés par les médecins généralistes de tout le département et, à moindre proportion, par les établissements hospitaliers.

Les médecins généralistes du territoire s'interrogent de leur côté sur la meilleure façon de procéder et sollicitent grandement le service des urgences hospitalières psychiatriques, qui à leur plus grande satisfaction est très réactif et apporte un soutien essentiel notamment pour leurs patients en situation de décompensation ou en état suicidaire.

Les relations se sont nettement améliorées depuis le conventionnement en 2016 entre le CH Sainte Marie et l'URPS. Ainsi, un contact direct, rapide et aidant entre le 1^{er} recours et l'UADO est efficacement opérationnel. Cette relation doit être maintenue et renforcée sur le long terme.

Afin de faciliter l'accès aux soins psychiatriques dans les bassins de santé en Aveyron, il faut mettre l'accent sur l'amélioration des réponses ambulatoires connues, repérables et réactives en facilitant notamment l'accès aux centres médico-psychologiques.

Une enquête sur les délais d'attente dans les CMP de la région de Midi-Pyrénées datant de novembre 2015 précisait d'ailleurs que les délais de consultation avec un psychiatre en CMP adultes en Aveyron sont globalement élevés (seulement 2 CMP proposent un rendez-vous dans un délai inférieur à un mois en situation normales et 3 CMP dans un délai inférieur à 48 heures pour une situation jugées grave). Les professionnels rencontrés indiquent néanmoins que ces délais se sont allongés ces dernières années.

¹⁷ Le responsable régional des soins sans consentement de l'ARS Occitanie, un membre de l'UNAFAM et représentant des usagers, un médecin psychiatre hospitalier, un médecin généraliste un représentant UNAFAM des malades et un magistrat (juge des tutelles). Un psychiatre libéral du secteur 12G05 siège à la commission depuis cette année.

Les délais de rendez-vous avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire sont aussi globalement élevés puisque 3 CMP ont des délais supérieurs à 7 jours en situation normale et 3 CMP ont des délais supérieurs à 24 heures pour les urgences.

D'autre part, Les CMP enfants du territoire se situent dans la moyenne régionale tant en situation normale que pour une situation urgente, mais sont supérieurs aux délais considérés comme acceptables.

Les deux CMP reçoivent les patients en moins de 7 jours mais un seul est en mesure de donner un rendez-vous avec un psychiatre dans les 24h et avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire dans les 48 h ; les deux répondent aux situations d'urgence en proposant un entretien d'évaluation non médical et une consultation médicale en moins de 48h .Aussi, ils estiment que leur couverture territoriale n'est pas satisfaisante du fait de l'étendue du territorial aveyronnais et du manque de moyens.

Une organisation est mise en place dans les CMP pour recevoir les demande de soins non programmés. Un entretien peut en effet être réalisé rapidement avec un infirmier du CMP qui juge alors de l'urgence de la situation et propose si nécessaire un rendez-vous avec un médecin à plus courte échéance. Cependant, cette prise en charge par les urgences n'est pas toujours identifiée par les adresseurs, et les délais resteraient variables selon les CMP, malgré un effort réel pour les réduire ou les contenir. Une nouvelle campagne de communication à destination des adresseurs et des professionnels concernés (fiche annuaire, rencontres intra-sectorielles,...), notamment de ceux récemment installés en Aveyron, pourrait utilement être envisagée de manière à améliorer cette partie du parcours des patients.

Certains acteurs sociaux se trouvent quant à eux en difficulté pour identifier des médecins pouvant se déplacer pour établir les certificats médicaux.

La dynamique de réponse aux situations de crise et d'urgence en ville est nettement perfectible. Le département de l'Aveyron manque à ce jour d'équipes mobiles d'intervention à compétence psychiatrique et de dispositifs spécifiques pour la gestion de crises (ex : centre de crises en ville ou à l'hôpital, cellules d'accueil téléphonique).

Le territoire doit envisager à moyen et long terme une meilleure organisation et structuration des urgences psychiatriques qui ne soit pas uniquement hospitalo-centrée, laquelle permettra aux premiers professionnels alertés d'orienter ou de déclencher le dispositif le plus adapté à la situation.

4.2 L'entrée et la sortie de l'hôpital : focus sur la psychiatrie de liaison, l'accès aux soins somatiques et le décloisonnement de l'offre

Afin de limiter l'hospitalisation et sa durée à la gestion de la crise et à la stabilisation du patient, il est nécessaire de développer les relations entre l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier. Le processus d'hospitalisation doit être considéré dans sa globalité, comprenant :

- la pré-hospitalisation : préparation des patients et de familles à l'hospitalisation
- l'hospitalisation : qualité des prises en charges et des accompagnements, développement des hospitalisations séquentielles, développement de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation complète en prenant en compte les possibilités de l'entourage.
- la post-hospitalisation : annonce et préparation à la sortie, organisation de la sortie en mobilisant l'ensemble des acteurs du territoire, développement de dispositifs de réhabilitation (éducation thérapeutique du patient, psychoéducation, remédiation cognitive, réhabilitation psychosocial,..) et diversification des modalités de la prise en charge en sortie d'hospitalisation.

L'hospitalisation inadaptée a un coût important pour l'usager et pour le système de santé. Il faut à cet effet développer la compétence et la méthodologie du « case management » dans le champ de la santé mentale. Par ailleurs, les psychiatres font part de difficultés pour trouver des structures d'hébergement en aval de l'hospitalisation, par exemple pour les patients en sortie de sevrage toxicologique. Cette carence dans l'offre sur le département induit une prolongation de l'hospitalisation en qualité d'hébergement ou des transferts vers des structures situées dans d'autres départements non limitrophes (Haute-Garonne, Loire), de type communautés thérapeutiques.

Les acteurs du département soutiennent un schéma organisationnel d'ouverture avec des prises en charge tournés vers l'extra-hospitalier mais une grande majorité déplore le manque de moyens en soutien à cette logique ; malgré le travail engagé par les professionnels pour répondre à l'extension de la demande autour des troubles mentaux fréquents, l'orientation des usagers vers les organismes de réinsertions adaptés et/ou l'accompagnement en ambulatoire via notamment les équipes mobiles reste encore complexe faute de ressources financière et ressources humaine formées.

- **Psychiatrie de liaison**

La psychiatrie de liaison offre généralement ses services aux patients issus de médecine générale hospitalière, aux patients hospitalisés, aux patients ambulatoires ou du service des urgences.

Chaque secteur psychiatrique de l'Aveyron dispose d'un ou plusieurs CMP ; les CMP sont des dispositifs centraux dans la psychiatrie de liaison et il est nécessaire d'optimiser leur organisation au bénéfice du patient et de son entourage.

Les CMP interrogés disposent d'équipes pluridisciplinaires solides et formés, mais malgré l'implication et l'engagement de ces dernières, la psychiatrie de liaison aveyronnaise souffre de façon alarmante du manque de psychiatres sur le département.

La fragilité de la psychiatrie de liaison sur le territoire dépend nettement de cette carence en médecins. Tous les CMP répondent aux demandes de soins urgentes et ou non programmées. Le degré d'urgence ou de gravité est évalué par des infirmiers dans tous les CMP. Néanmoins, le suivi médical connaît des délais d'attente parfois alarmants (à titre d'exemple, des délais de rendez-vous de 6 mois pour le CMP de Rodez, qui a connu sur les 6 derniers mois une réduction de 50 % de l'équipe de médecins psychiatres).

Parallèlement à ces temps médicaux qui se raréfient, les CMP de secteurs, et en grande mesure le CMP de Rodez (secteur G01) situé sur un bassin d'activité et d'attractivité important, doivent faire face à une hausse significative de la demande. (Ex : 95 nouvelles demande sur le mois de Mars 2017 au CMP de Rodez).

Le CMP de Rodez a participé à un chantier de déploiement des bonnes pratiques en matière d'organisation des CMP relatif au guide des bonnes pratiques publié par la Mission national d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). Le déploiement de ces pratiques et l'organisation mise en place restent à affiner et à se généraliser à l'ensemble des CMP des 4 autres secteurs nord-aveyronnais.

Par ailleurs, quelques difficultés ont été soulignées sur le secteur G03 avec une psychiatrie de liaison peu stable et largement perfectible entre le CMP de Villefranche de Rouergue et le centre hospitalier de Villefranche de Rouergue. Sur ce même secteur, le CMP autonome de Réquista a intégré la maison de santé pluriprofessionnelle (juin 2017). Ce type de dispositif devrait contribuer à la déstigmatisation de la psychiatrie auprès de la population locale et renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des malades mentaux, tout en favorisant les échanges interprofessionnels.

Une mutualisation entre le CMP de Naucelle et le CATTP de Baraqueville est également en projet, avec un regroupement des deux structures dans un local à Naucelle. Au-delà de l'aspect économique, cette mutualisation répond à des enjeux de maillage territorial et d'accès aux soins.

Sur le secteur G05, le CMP s'avère être un dispositif central bien repéré par les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. La psychiatrie de liaison fonctionne avec CH de Millau et le CH de St Affrique.

- **Accès aux soins somatiques et prise en charge des facteurs de comorbidités**

Il est parfois nécessaire de rappeler que les patients porteurs de troubles psychiatriques, a fortiori depuis de nombreuses années, peuvent aussi souffrir de comorbidités associées. Tous les acteurs du département doivent être sensibilisés aux particularités de ces patients vulnérables et veiller activement afin de diminuer le risque d'erreur ou retard de diagnostic.

A noter que la renonciation ou le non-recours aux soins de la part des patients et des usagers a été identifiée comme particulièrement inhérente aux parcours en santé mentale. Beaucoup d'entre eux expriment des difficultés à aller vers le soin, à suivre un programme de soins (somatique ou psychiatrique). Ce comportement voire ce déni conduit à des situations de recours tardifs en situation de « crise ». Le non recours est renforcé par la stigmatisation sociale de la maladie mentale, la mauvaise lisibilité des conditions d'accès aux soins et les délais de réponse du système.

Dans le cadre de la charte Romain Jacob¹⁸, l'accès aux soins somatiques de patient souffrant de troubles de la santé mentale doit être également renforcé à l'hôpital. Il faut maintenir les interventions des équipes de secteurs du CH Sainte Marie dans les établissements de court séjour des bassins de santé de Rodez, Villefranche de Rouergue, Decazeville et Espalion par la voie de convention formalisées.

À Millau, l'appartenance du service de psychiatrie au CH de Millau constitue un élément facilitateur pour ce type d'interventions. Une réflexion actuelle s'inscrit dans le projet médical et porte sur l'élaboration de parcours cohérents pour les patients psychiatriques nécessitant des soins spécialisés en hospitalisation au CH ainsi que des soins somatiques de type chirurgicaux et/ou médicaux. Ce travail a pour objectif d'éviter les refus de soins somatiques et d'apporter une prise en charge globale en réintroduisant la notion de subjectivité et une meilleure compréhension pour les équipes soignantes somaticiennes des problématiques associées.

Un travail spécifique de protocolisation et de formation concernant la prise en compte de la douleur physique et psychiques des personnes atteintes d'un handicap mental au CH de Millau dans les différents services (urgences, MCO, psychiatrie,...) a été engagé et doit être renforcé. Ce travail est à étendre dans les établissements médico-sociaux du cinquième secteur.

Les relations entre le CH Sainte Marie et le CH de Rodez semblent encore perfectibles et à préciser sur la prise en charge des soins somatiques. Le CH Sainte-Marie dispose effectivement d'un service de médecine générale mais il est rappelé qu'il ne s'agit pas de sa mission première. En ce sens, le CH de Rodez doit faciliter les prises en charges somatiques des patients en situation de handicap ou d'affection psychique en son sein et soutenir l'activité du service de médecine générale du CH Sainte Marie si nécessaire, a fortiori dès lors que l'intervention d'un médecin spécialiste est requise.

Des difficultés d'accès aux soins somatiques sont ressenties pour les personnes résidant dans des structures d'hébergement médico-sociales peu médicalisées. À ce titre, l'ADPEP12 souhaite prochainement renforcer la cohérence de la couverture territoriale en termes d'accès aux soins par le biais de conventionnement sur la question spécifique des soins somatiques avec le CH de Rodez et le CH de Millau.

Des difficultés d'accès aux soins somatiques en ville ont également été signalées spécifiquement pour les personnes souffrant d'addictions du fait de tendances à la stigmatisation. Certains médecins évoquent en effet des craintes en termes de sécurité, notamment s'ils exercent en cabinet isolé.

Afin de mieux prendre en compte les problèmes somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques, la formation initiale et continue des médecins généralistes et psychiatres est à renforcer sur ces prises en charge qui requièrent parfois plus de temps et beaucoup d'écoute. D'autres part, l'amélioration des prises en charges adaptée des troubles somatiques lors de suivis extra-hospitaliers nécessitent un renforcement et une continuité des échanges entre médecins traitants et spécialistes.

¹⁸ La Charte Romain Jacob a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et de la santé des personnes en situation de handicap. Une extension de cette charte a récemment été opérée au profit des soins dentaires.

- **Coopération entre la médecine générale et la psychiatrie**

Au sein des disciplines médicales, la médecine générale et la psychiatrie partagent de nombreuses particularités et le développement d'une culture commune entre les acteurs s'avère primordial. La fréquence des pathologies psychiatriques et des troubles d'origine psychique rencontrés en médecine générale en fait un élément central de la pratique des médecins généralistes.

En France, la collaboration bilatérale entre psychiatrie et médecine générale reste peu développée et peu formalisée. Afin d'y remédier, il est impératif d'améliorer la continuité des parcours de soins grâce notamment au développement du dispositif du médecin traitant et des parcours de soins coordonnés. Il faut impulser une dynamique de modèle de partage de soins adaptés en fonction des caractéristiques départementale et ressources locales. Dans cette perspective, les difficultés liées aux systèmes d'information, et notamment au retard de la mise en place et du déploiement du dossier médical partagé constituent de réels freins à la concertation entre pairs.

Cette faiblesse s'inscrit dans un constat partagé au niveau régional. A titre d'exemple, le Dispositif de Soins Partagé en Psychiatrie (DSPP), projet porteur en région soutenu par l'ARS Occitanie, l'URPS Occitanie et le CHU de Toulouse, vise à améliorer les organisations et à accroître les relations, notamment entre la médecine générale et la psychiatrie. Ce dispositif mis en place depuis le 6 février 2017 sur l'agglomération toulousaine permet à 200 médecins généralistes de bénéficier de conseils téléphoniques ou de consultations psychiatriques rapides auprès d'une équipe de professionnels de la psychiatrie (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques).

Le département de l'Aveyron connaît encore quelques difficultés concernant la prise en charge des troubles de la santé mentale par les médecins généralistes mais les acteurs concernés ont relevé une amélioration certaine des pratiques sur les deux dernières années. Sur les quatre secteurs du Nord Aveyron, la coopération formalisée par une convention type signée en septembre 2016 entre le CH Sainte-Marie et les médecins généralistes fonctionne bien. Le nombre d'adressages à l'hôpital de patients souffrant de troubles de la santé mentale par les professionnels de santé du premier recours représente une importante proportion des entrées ; à moindre proportion, les patients se présentent directement, seuls ou accompagnés par leur entourage.

Sous l'égide du Conseil départemental de l'Aveyron et de la Délégation départementale de l'ARS en Aveyron, des travaux ont été menés avec le CH Sainte Marie et les établissements médico-sociaux au profit d'une prise en charge concertée du handicap psychique en Aveyron. Dans ce cadre, il est apparu nécessaire d'établir un protocole spécifique entre les médecins généralistes libéraux et le CH Sainte-Marie, pour coordonner la prise en charge ambulatoire du patient et assurer la continuité de son suivi.

Ce protocole s'inscrit également dans la suite de la charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur élaborée en mars 2014.

Cette formalisation et la communication afférente ont eu pour effet de réduire les difficultés d'adressages des patients à la psychiatrie. Les professionnels concernés notent un réel renforcement des relations avec le secteur (amélioration des connaissances, disponibilités et communication réciproques). Par ailleurs, la présence d'un référent hospitalier pour le premier recours constitue un véritable atout dans cette coopération ville/hôpital.

Il subsiste néanmoins des ruptures dans les parcours de soins. Elles peuvent être partiellement imputées à l'absence de médecin généraliste traitant connaissant le patient et son contexte de vie. Une étude¹⁹ révèle la sous-estimation des troubles psychiatriques de la patientèle en médecine générale et pose la question de l'adéquation des traitements psychotropes dont les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs. Cette question a été soulevée à maintes reprises lors des entretiens auprès des acteurs du sanitaire et médico-social du département.

Il faut donc développer les échanges d'information tout au long du parcours, y compris lors des hospitalisations, pour éviter les ruptures de parcours. Il est important pour le médecin généraliste d'avoir connaissance du traitement de sortie de l'établissement de santé (en particulier pour la surveillance des effets secondaires lors de comorbidités), mais aussi des conditions du retour à domicile ou en lieu de vie. La systématisation des envois rapides de courriers de sorties d'hospitalisation est, à ce titre, incontournable et semble à ce jour constituer la norme.

Le dispositif de communication et d'information entre les médecins psychiatres des CMP Sainte Marie et les médecins généralistes mis en place est très utile pour formaliser les échanges entre confrères en amont et en aval d'une consultation en CMP ou lors d'une situation préoccupante. Concernant les sorties d'hospitalisations psychiatriques (ou urgences) où alors les risques sont majorés les retours d'informations sont jugés satisfaisants avec ces lettres de sorties et courrier de liaisons obligatoires.

Des échanges d'informations, retours d'expérience et formations sur la santé mentale pour les médecins généralistes pourraient être utilement développés. Pour l'heure, certaines associations de formation continue des médecins généralistes invitent des psychiatres locaux pour des soirées de formation dans un secteur donné (ex : professionnels du Ségala).

Enfin, au-delà de l'utilisation de la messagerie électronique sécurisée MEDIMAIL, qui constitue un outil privilégié pour communiquer sur les dossiers des patients et échanger les informations nécessaires, de nombreux acteurs du département s'accordent à dire que l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication pourrait également être investi comme support d'aide à l'amélioration des parcours (communication, informations, formations).

- **Coopération sanitaire et médico-sociale en psychiatrie**

Le Projet Régional de Santé l'ARS Occitanie 2018-2022 entend promouvoir, dans ses priorités au titre de la santé mentale, l'amélioration de la continuité des prises en charge, en décloisonnant les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La formalisation de conventions entre les structures avec des objectifs communs en matière d'organisation des soins et d'accompagnement médico-social constitue l'un des objectifs à décliner en ce sens.

Les professionnels du secteur médico-social soulignent un manque de dialogue avec leurs homologues hospitaliers et une méconnaissance mutuelle des missions, actions et limites de chacun, qui invite à renforcer la communication interprofessionnelle autour de situations personnelles.

¹⁹ Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient Heath questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit, L'encéphale, J Norton et al, Paris 2008

Toutefois, au quotidien, les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social du Nord-Aveyron constatent une amélioration progressive des rapports entre professionnels et une « porosité bénéfique » entre les deux secteurs. Le soutien du secteur sanitaire pour la prise en charge psychiatrique une fois le patient admis au sein des structures médico-sociales peut être perçu comme insuffisant par les équipes pluridisciplinaires.

Les conventionnements récents du CH Sainte- Marie avec l'ADPEP12 (en septembre 2016) et l'ADAPEI 12-82 (en avril 2017) visent à renforcer cette coopération et à offrir une meilleure réactivité entre les parties prenantes, au bénéfice du patient. Ces conventions seront régulièrement évaluées, de manière à adapter le fonctionnement des services en conséquence.

Les établissements médico-sociaux sont de plus en plus concernés par les prises en charges de personnes en situation de handicap et/ou d'affection psychique. Les équipes sont confrontées au vieillissement de ces résidents, qui développent parfois des démences précoces.

Par ailleurs, la prise en charge de l'autisme adulte constitue une véritable problématique. Les établissements, doivent faire face à des prises en charge de plus en plus complexe avec des temps médicaux parfois inexistantes.

Le refus d'admission par l'hôpital et le renvoi de patients hébergés en établissement médico-social dans la structure d'origine est souvent mal compris par des professionnels qui en identifiaient pourtant le besoin. Néanmoins, dans une logique de parcours et de complémentarité des dispositifs, il est important de clarifier les situations, rappeler les limites, favoriser les échanges et justifier les choix respectifs.

Sur le secteur G05, l'ADPEP12 souhaite formaliser la coopération avec le CH de Millau, au moyen d'une convention plus large qui aborderait autant les liens entre l'offre sanitaire et les structures médico-sociales en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie que l'accès aux soins somatiques pour les personnes atteintes de handicap psychique. Une permanence infirmière mensuelle avec consultations est d'ores et déjà opérationnelle dans certaines structures médico-sociales de Millau.

Au-delà des liens et temps d'échanges informels qui unissent les secteurs, et qui bien souvent ne tiennent qu'à la volonté des acteurs présents, il serait très intéressant de formaliser et de généraliser les coopérations entre les secteurs sanitaire et médico-social, par l'entremise de conventions type établies sous l'égide de l'ARS et du Conseil départemental. Des modalités de formation croisées pour les professionnels peuvent également être aisément mises en place²⁰.

- **Coopération entre sanitaire et social**

Dans un environnement sociétal marqué par l'accentuation des phénomènes d'exclusions, l'évolution et la massification de la pauvreté, l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé, la lutte contre le non-recours ainsi que l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires deviennent une priorité politique aussi bien que de santé publique.

²⁰ Cf. Infra

La poursuite de cet objectif nécessite un renforcement du lien santé-social, pour lutter contre les barrières sociales, physiques, psychologiques et financières rendant difficile l'accès aux soins.

Le lien entre la situation sociale et de multiples aspects de l'état de santé est à présent bien établi dans la littérature scientifique. Cependant, le décloisonnement des pratiques entre le secteur social et la sphère médicale peut faire l'objet de nombreuses améliorations²¹. La transversalité entre les secteurs du sanitaire et du social est en effet largement perfectible.

Malade et maladie font les liens entre les secteurs médical et social²². L'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire a été identifiée comme problématique pour certains publics marginaux, accueillis dans des structures d'hébergement (ou suivis par d'autres acteurs sociaux) et souffrants de troubles psychiatriques. Des cas chroniques de renvoi entre secteur social et secteur sanitaire seraient observés en l'absence d'identification de solution durable.

Pour les catégories socialement défavorisées, le médecin généraliste reste le recours médical le plus fréquent et ses responsabilités en santé mentale sont renforcées. On note par ailleurs chez ce public précaire une prévalence accrue de la dépression, des tentatives de suicide et de l'abus d'alcool. Les réponses proposées peuvent être distinctes et dissociées ; cependant, la réflexion autour de la prise en charge médico-psycho-sociale doit toujours se faire en interdépendance et interaction.

Pour les professionnels spécialisés, face à l'afflux des demandes de soins émanant du champ de la lutte contre la précarité et l'exclusion et dans un contexte démographique difficile, ce malaise s'exprime comme le sentiment d'une « psychiatrisation » excessive des problématiques sociales.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2018-2022 sera rattaché au plan pauvreté pour aborder le volet santé ; à ce jour, un nouveau plan est en phase d'élaboration au niveau régional. Les partenaires de terrain travaillent activement, suivant une démarche participative pour son élaboration.

L'Aveyron est à ce jour dépourvu d'équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), carence dont les conséquences doivent être régulièrement absorbées par les autres acteurs du territoire. La mise en place de cette équipe a pour ambition de renforcer le maillage territorial et impulser cette dynamique « d'aller vers » les personnes et les institutions éloignées du soin et des dispositifs de prévention, présentant la plupart du temps un état de santé dégradé. Il s'agit d'abord de prendre un premier contact, d'établir une relation de confiance et de construire un lien solide et durable, de manière à faire émerger une demande et une réponse à celle-ci.

La mise en place d'équipes mobiles de psychiatrie précarité est appelée à se généraliser, avec une équipe par département. Dans cette perspective, un projet commun, co-porté par les promoteurs autorisés en psychiatrie adulte, permettrait une intervention sur l'ensemble du territoire, et particulièrement sur les poches de pauvreté identifiées depuis longtemps, en dépit du défi des contraintes géographiques.

²¹ Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques : éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité Volume 81, numéro 4, Avril 2005

²² "Les figures du social dans la culture professionnelle psychiatrique", Pauline Rhenter." *Lien social et Politiques* 55 (2006)

Le département de l'Aveyron compte deux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'une sur le CH de Rodez, l'autre sur le CH de Millau. Ces dispositifs fonctionnent bien et contribuent largement l'amélioration des parcours en santé et parcours de vie. La PASS du CH de Rodez est considérée comme PASS pilote sur le département. Bien ancrée dans un réseau de partenaires, ses actions en intra-hospitalier sont de plus en plus complétées en extrahospitalier, remplissant naturellement sa mission d' « aller vers » ensemble ce qui suppose un travail en complémentarité, dans le respect des missions et des modes d'intervention de chacun.

Sur le cinquième secteur, des actions spécifiques auprès des publics défavorisés sont mises en place notamment par la PASS de CH de Millau, mais aussi dans les différentes structures d'accueil de ces personnes en situation précaire tels que les Jardin du Chayran, le centre d'hébergement ou CHRS, la mission locale voire des associations comme les Restos du cœur. Les relations sont inscrites dans des conventionnements renforcés auprès de ces associations.

Dans le cadre d'une convention signée avec le CH de Millau, l'association Trait d'Union a développé depuis 2012 des coopérations avec la psychiatrie adulte de Millau, qui facilitent le parcours du patient en milieu ordinaire et sa réhabilitation sociale (infirmier référent, partage d'informations, intervention d'un psychiatre en situation d'urgence,...).

L'interdépendance entre la santé mentale et la précarité n'est à ce jour, plus à démontrer. C'est pourquoi, il est nécessaire de travailler sur le renforcement des liens entre les services sociaux des hôpitaux généraux et ceux des hôpitaux spécifiquement autorisés en psychiatrie.

À cet effet, la PASS de Rodez exprime clairement sa volonté d'améliorer la communication avec le secteur sanitaire et formaliser à court ou moyens terme une coopération avec le CH Sainte-Marie. Des problématiques organisationnelles (manque de connaissance du dispositif PASS par les équipes soignantes, non-délivrance des traitements,...) peuvent avoir des conséquences directes et regrettables sur la qualité des parcours patients.

Il faut sensibiliser l'ensemble des acteurs des différents secteurs à la notion de parcours de vie et développer les moments de partages (formation commune, échanges et colloques,...) pour développer une dynamique de réseau aussi bien que des prises de conscience, clarifier la lisibilité et la visibilité des dispositifs existants et que s'instaure idéalement, in fine, une culture commune, partagée.

4.3 La prise en charge et l'accompagnement en milieu ordinaire : focus sur les publics spécifiques et les interfaces critiques de coopération

Les attentes en matière d'accompagnement en milieu ordinaire sont nombreuses ; beaucoup de patient sortent d'hospitalisations sans autres solutions que l'accueil au sein de leur famille, faute d'une préparation en amont du parcours de vie.

Malgré les efforts des acteurs, encore perfectibles, pour amoindrir les conséquences de la segmentation institutionnelle entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, l'accompagnement des patients nécessite une coordination continue au plus près de la personne de tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge et son accompagnement.

Il semble nécessaire de construire, sinon renforcer les liens entre les équipes médicales et les services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux sur le département.

Sur un plan organisationnel, de nombreux acteurs interrogés trouveraient intéressante la création d'un dispositif de coordination des différents acteurs pour un accompagnement adapté à chaque personne et à sa situation.

Il convient de rappeler que le parcours de vie d'un individu en souffrance psychique est potentiellement différent de celui d'un individu dont la pathologie relève exclusivement du somatique.

La complexité des parcours de vie dans le cadre de la souffrance psychique rend nécessaire le développement d'un système de soins intégrant le somatique et le psychique ainsi que le développement et l'évaluation de nouveaux types de services et de nouvelles compétences (référénts de parcours, gestionnaires de cas complexes, infirmiers de coordination...).

- **Accès à une offre d'accompagnement et de soins en santé mentale en ville**

Une démarche cohérente d'accompagnement débute par l'évaluation des besoins à prendre en compte pour la personne dans son milieu de vie. Si une majorité d'acteurs s'accordent à souligner une satisfaction dans le choix des orientations en matière de santé mentale, le maillage territorial concernant l'offre pour assurer les suivis est plus fragile.

Pour accompagner les personnes en situation de fragilité psychique ou sensibilisées à cette souffrance, le département de l'Aveyron dispose de deux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) portés par l'association Espoir 12, très actifs sur le département. Ces groupes sont cependant confrontés au récent cahier des charges national²³ qui introduit entre autres, les organismes gestionnaires ; à cet effet, Espoir 12 a sollicité l'ADPEP12 pour devenir l'association gestionnaire.

L'activité et l'autonomisation souhaitée des dispositifs d'entraide dépendent entièrement des adhérents et de leurs parcours. Or, les adhérents des GEM aveyronnais ne sont pas toujours en capacité d'assurer une gestion totalement autonome sur du long terme.

Par ailleurs, on peut facilement relever que le GEM millavois se positionne plus facilement au cœur du réseau de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale par rapport au GEM ruthénois. Cela peut se justifier par les relations d'ores et déjà formalisés entre le GEM millavois et CH de Millau, ainsi que les partenariats avec les acteurs du social et du médico-social ; ou encore une coopération facilitée du fait de la couverture géographique du seul secteur G05. De plus, la psychiatrie millavoise est empreinte du « Concept de psychiatrie dans la cité ». Elle prône une psychiatrie ouverte et socialement active. De nombreuses manifestations citoyennes sont organisées dans la ville par la psychiatrie (exposition, festival sportif, décoration en carton, groupes de musiques).

²³ Arrêté du 18 mars 2016 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles

Un projet de GEM sur le secteur de Villefranche de Rouergue, secteur qui, rappelons-le, comporte quelques difficultés relatives à la psychiatrie de liaison, pourrait contribuer à l'amélioration du maillage territorial de l'offre en santé mentale. Il serait par ailleurs intéressant d'introduire dans la réflexion de ce nouveau GEM, la création récente de 5 places en appartement de coordination thérapeutique à Villefranche de Rouergue (projet porté par village 12).

D'autre part, tous les acteurs du champ de la santé mentale doivent être mobilisés et il est important de mentionner le travail incontournable que réalisent les psychologues depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.

Leur compétence en matière de diagnostic psychologique et de psychothérapie est bien identifiée, de même que leur appartenance aux sciences humaines et leur position en dehors de la hiérarchie des filières médicales et paramédicales.

Dans le contexte actuel de la baisse des moyens des secteurs hospitaliers et pour répondre aux besoins des populations et de leurs territoires, il est important de prêter attention au rôle que les psychologues peuvent jouer de par leur expertise clinique dans le système de santé. L'offre en psychologues est faible sur le département et nombres d'acteurs de prise en charge du secteur social (assistante social, éducateur,...), du secteur médico-social et du secteur sanitaire (aide-soignante, infirmière) déplorent l'absence de temps psychologue au sein de leurs structures.

L'exercice des psychologues en milieu libéral reste encore à valoriser malgré les difficultés d'accessibilité financières, du fait du non-remboursement de ces consultations. Les psychologues semblent être particulièrement favorables à l'étude de la faisabilité du remboursement de certains de leurs actes par les caisses de sécurité sociale. Au niveau national, une expérimentation pour les 11-21 ans avec des modalités fixées par le décret n°2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations vise à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes et fixe la liste des territoires concernés. Cependant, le département de l'Aveyron n'est pas à ce jour concerné par cette mesure.

Enfin, psychiatres et psychologues doivent travailler ensemble efficacement en clarifiant rôles et limites de chacun et inscrire leur action dans une logique de parcours complémentaire.

- **Accès à une prise en charge par un service ou établissement médico-social**

L'offre disponible en termes de suivi à domicile doit être renforcée en Aveyron. Il est nécessaire de développer et mettre en œuvre des services d'accompagnement innovant à domicile autour de l'aide à la personne pour stimuler les personnes malades et/ou handicapées, en collaboration avec les aidants de proximité.

L'amélioration des accompagnements doit effectivement passer par le développement et la valorisation des services pivots tels que les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

La création du SAMSAH pour la prise en charge du handicap psychique en Aveyron permettra d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées. Ce type d'établissement renforcera l'efficacité des dispositifs des prises en charges alternatives à l'hospitalisation déjà en place et favoriserait également certains projets de sortie d'hospitalisations.

Dans cette même logique, le CH Sainte-Marie envisage, à terme, de mener un projet de mise en place d'une équipe mobile d'intervention dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées. Ce dispositif aurait pour objectif de prévenir les crises, de favoriser le rétablissement et le retour apaisé de patients nécessitant une hospitalisation et de maintenir ces patients dans les lieux de vie.

Les difficultés rencontrées ne sont pas propres au département de l'Aveyron ; ces problématiques sont partagées au niveau national. Les acteurs rencontrent des difficultés d'adéquation entre l'offre et la demande. Ils évoquent un manque de fluidité dans les parcours, lié notamment au fonctionnement des MDPH et à la réglementation du secteur qui impose de redéposer un dossier et d'attendre un nouveau passage en commission pour toute demande de réorientation (y compris pour un passage de l'externat vers l'internat, ou inversement, pour des jeunes accueillis en IME).

Les relations et la collaboration entre établissements médico-sociaux semblent favorables. En effet, les acteurs du secteur médico-social rencontrés affichent une réelle connaissance mutuelle et assurent des échanges constants au sein du secteur. L'ouverture vers l'extérieur de chacune des structures est à encourager.

De nombreux partenariats existent entre les établissements, par exemple les SESSAD attachés aux IME, ITEP et CDDDS, ou encore le partenariat IME/ ESAT qui propose des stages pour les jeunes, les préparant ainsi à une intégration future. Aussi, depuis fin 2016, des initiatives de reconnaissance des savoir-faire des professionnels se déploient dans les IME permettant d'avoir une reconnaissance des capacités professionnelles à la sortie de l'IME et amont d'un accueil en ESAT ou Entreprise Adaptée.

- **Accès à une prise en charge spécialisée pour les personnes âgées**

D'après le Plan Santé Mentale 2011-2015, les personnes âgées constituent « une population à risques concernant la santé mentale, devant bénéficier d'un accompagnement particulier ». Le département de l'Aveyron dispose d'un maillage territorial suffisant avec une offre large en matière de dispositifs d'évaluation et d'orientation adaptés à la population âgée.

L'organisation et le fonctionnement de la filière gérontopsychiatrie du CH Sainte Marie et de l'Equipe Mobile de Gérontopsychiatrie (EMGP) répond bien à la demande.

L'EMGP du CH Sainte-Marie intervient au plus près du patient, au domicile (dans une proportion de 20 à 40 % selon les secteurs). Ses missions doivent être confortées, et le temps de présence médicale disponible pour cette activité interrogé. Néanmoins, certaines situations ne peuvent être gérées que par la seule intervention de l'équipe mobile.

Sur les 4 secteurs du Nord-Aveyron, le dispositif du CH Sainte-Marie permet notamment l'articulation des prises en charges des personnes âgées avec les CMP et les coordinations avec les acteurs du réseau. La complémentarité entre les centres de consultation et l'EMGP, bien repérée et sollicitée par le réseau, impacte très positivement la régulation, la programmation, la durée des hospitalisations et permet de maintenir le plus longtemps possible la personne dans son milieu de vie.

Les relations entre les différents acteurs (EHPAD, familles, services sociaux, établissements médico-sociaux, centres hospitaliers, secteurs psychiatrique et gériatrie) doivent être renforcées pour éviter ou limiter l'hospitalisation des personnes âgées et promouvoir le maintien ou le retour à domicile. Pour y parvenir, les nouvelles technologies de l'information et de la communication, tel que la télémédecine pourraient être utilement déployées en gériatrie et prioritairement dans les EHPAD.

Ce fonctionnement doit être valorisé et conforté et les liens avec les EHPAD du réseau doivent être formalisés. A ce jour, le CH Sainte-Marie a conventionné avec des EHPAD (24), des foyers logements, des hôpitaux de proximité, des centres de soins de suite et de réadaptation (CSSR) du territoire pour l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie. Par ailleurs, le CH Sainte-Marie a également conclu une convention avec l'association Palliance 12 pour la prise en charge des soins palliatifs des résidents de l'EHPAD Sainte Marie.

La présence des infirmiers référents en psychiatrie rattachés à la filière qui ont un rôle d'évaluation de suivi et de prévention, est très appréciée par les équipes de prise en charge et d'accompagnement du département et leurs actions contribuent largement à l'amélioration de l'offre en santé mentale. L'importance des coopérations, notamment celles avec le secteur sanitaire, prend ici toute son importance en terme de soutien.

Le développement de l'hospitalisation séquentielle et programmée est à valoriser. C'est une alternative à l'hospitalisation au long cours, qui permet d'adapter les traitements et d'offrir un peu de répit aux familles et aux structures d'accueil. Ce type d'hospitalisation permet de garantir le maintien des patients dans le milieu familial ou institutionnel sur du long terme.

Le Sud Aveyron présente par ailleurs un vieillissement marqué de la population ; les professionnels constatent une absence de prise en charge coordonnée du sujet âgé atteint de troubles psychiatriques. Cela nécessite un travail de suivi et de prévention dans les EHPAD, mais aussi dans les différentes structures accompagnant les personnes âgées à domicile en lien avec le réseau gériatrique, l'équipe territoriale vieillissement et prévention de la dépendance et les familles, quand cela est possible. Une collaboration étroite avec l'équipe mobile de gériatrie et la mise en place de consultations avancées dans les structures d'hébergement pour personnes âgées par un infirmier et/ou médecin psychiatre faciliterait ainsi la prise en charge des sujets âgés.

Le projet de création d'une équipe mobile de gériatrie pluridisciplinaire pour les personnes âgées de plus de 65 ans atteintes d'un handicap psychique associé à d'éventuels troubles et/ou pathologies chroniques du sujet âgé vise à remédier aux problématiques évoquées ci-dessus, en permettant également un renforcement des prises en charge en ambulatoire.

Par ailleurs, des actions de prévention du suicide et une attention particulière sur la prescription de psychotropes chez la personne âgée se développent dans le cadre du projet médical. La nécessité de la création d'une équipe mobile de psychiatrie pour le bassin de santé Millau et St Affrique est bien présente et plébiscitée par les acteurs.

Par ailleurs, le public vieillissant atteint de handicap psychique qui développe des démences précoces est clairement identifié dans le cadre de prises en charge complexes pour les équipes dans les établissements médico-sociaux. L'ensemble des équipes doit s'assurer du maintien de services de

qualité auprès de ce public aux besoins spécifiques et la prescription de psychotropes chez la personne âgée doit faire l'objet d'une attention particulière.

La tolérance dans un EHPAD et la disponibilité des équipes pour les patients de handicaps psychiques n'est pas la même que dans un établissement de soins psychiatriques. Les relations entre les acteurs des différents secteurs doivent reposer sur des échanges constructifs au cours desquels chacun doit prendre conscience et connaissances des dispositions, possibilités, équipement et limites de l'autre et inscrire leur démarche dans une logique de complémentarité au bénéfice du patient.

- **Accès à une prise en charge spécialisée pour les addictions**

L'accès à l'alcool et aux drogues des jeunes Aveyronnais est de plus en plus précoce et ce, sans distinction de genre. Les professionnels en liens avec ces publics parlent d'« évolution inquiétante » et soulignent à l'appui que 30 à 40 % des patients reçus à l'UADO ont un problème avec un toxique. Quant aux détenus de la maison d'arrêt de la capitale du Rouergue, leur incarcération serait en lien, pour près d'un tiers, aux conséquences de leur toxicomanie.

Par ailleurs les liens entre précarité, addiction et santé mentale ne sont plus à démontrer. Les différents acteurs doivent unir leurs champs de compétences, de connaissances et d'actions pour apporter un accompagnement et une offre de soins globale et diversifiée. A titre d'illustration, le CASAP connaît des adressages parfois injustifiés. En effet, la détresse sociale majeure, très souvent corrélée aux différentes formes d'addictions nécessiterait une structure sociale propre et adaptée à la gestion des problématiques sociales.

L'organisation de l'addictologie sur le département se situe au-delà de l'organisation psychiatrique ; le partage de connaissances et de coordination dépasse nécessairement le cadre de la psychiatrie. Cette organisation est globalement satisfaisante mais le réseau manque encore de lisibilité.

Le partenariat et la transversalité constituent la clé de voûte des prises en charges et accompagnement de ces publics vulnérables. En amont du soin, le travail en réseau avec les secteurs sociaux, socioculturel, de l'éducation et du travail permettent une mobilisation et un accompagnement notamment des plus jeunes pour prévenir et réduire les risques.

Dans une dynamique similaire à celle du réseau des professionnels de l'Addiction en Midi-Pyrénées (RAMIP) les acteurs du département ont développé et mis à disposition des professionnels de santé et du public un dépliant recensant les coordonnées de toutes les structures de prise en charge en addictologie sur le département.

Le département connaît une réelle difficulté à sensibiliser et mobiliser les médecins généralistes sur la thématique de l'addictologie. L'expérimentation en cours des microstructures à laquelle participe la MSP du plateau de l'Aubrac est un premier pas vers cette amélioration. La présence médicale est encore très précaire sur les dispositifs d'addictologie et le travail de sensibilisation auprès de ces professionnels de premiers recours est à développer à court, moyen et long terme.

Sur le 5^{ème} secteur, les comorbidités existantes entre maladie psychiatrique et addiction aux substances psychoactives sont prises en charge dans le cadre d'un lien étroit avec l'équipe addictologie du centre hospitalier. La création d'une équipe mobile de psychiatrie permettrait d'assurer une intervention plus coordonnée sur un hôpital de jour dédié à la prise en charge de l'addictologie au CH de Millau.

Enfin, l'Aveyron dispose désormais d'une unité de recours niveau II implantée au CH Sainte-Marie. Cette unité bi-départementale de sevrage complexe couvre l'Aveyron et le Tarn. Conformément aux prérogatives, l'admission doit avant tout être régionale et l'admission des patients originaires de ces deux départements doit être privilégiée. Néanmoins les partenariats et la communication restent à améliorer pour renforcer notamment les adressages des publics concernés vers l'Aveyron et équilibrer la file active. Des rencontres entre le CHS Sainte-Marie et le CHS Pierre Jamet d'Albi (fondation Bon Sauveur) sont en cours de planification pour améliorer cette collaboration.

- **Psychiatrie infanto-juvénile sur le département**

L'offre en pédopsychiatrie sur le nord-Aveyron repose sur réseau relativement lisible dans lequel les partenaires sont très interdépendants. Compte tenu de la faiblesse du taux d'équipement, la pédopsychiatrie aveyronnaise doit être des plus réactives.

Le service de pédopsychiatrie du CH de Rodez est un service médical, hospitalier, d'évaluation et de diagnostic. Ce service doit être très réactif pour pallier le manque de place (4 lits d'hospitalisations, DMS : 10 jours, Taux d'occupation : 108%).

Si plusieurs acteurs déplorent un nombre de lits de pédopsychiatrie insuffisants, d'autres analysent qu'une amélioration de la prise en charge se joue moins sur l'augmentation du nombre de lits que sur la proposition d'une offre de soins intermédiaire entre l'hospitalisation et la prise en charge en ville.

Néanmoins, l'offre ambulatoire, bien que variée, reste fortement empreinte du manque de psychiatres libéraux. Les dispositifs d'aval connaissent un phénomène de saturation qui tend à questionner l'organisation des orientations en amont, les adressages et les partenariats.

Les dispositifs sont nombreux et leur fonctionnement global est satisfaisant ; chacun devant faire face aux contraintes locales.

Le CAMSP de l'Aveyron joue bien son rôle de porte d'entrée dans le système de santé et assure ses missions de façon satisfaisante, en facilitant les prises en charge. Si les délais d'accès au CAMSP, autour d'un mois et demi, sont jugés satisfaisants, l'accessibilité géographique l'est moins. Le déploiement actuel du CAMSP ne lui permet pas de couvrir l'ensemble du territoire.

Rappelons que le CAMSP est implanté à Rodez, et dispose de deux antennes, l'une à Millau, l'autre à Villefranche-de-Rouergue. Pour parfaire la répartition territoriale de ce dispositif, une réflexion sur l'ouverture d'une antenne à Espalion est en cours.

Les ITEP sont très réactifs et couvrent convenablement le département. Par ailleurs, le maillage territorial Nord-Aveyron doit être renforcé pour améliorer l'accès aux consultations en CMP, aux guidances infantiles et aux IME. Les temps d'attente sont encore considérés comme importants par les familles et les professionnels de santé.

Les IME et leurs SESSAD pour déficients intellectuels couvrent le département. Le territoire de Decazeville vient d'être conforter pour réduire les délais d'attente des enfants scolarisés en milieu ordinaire.

La complémentarité et la coordination entre les secteurs médico-social et sanitaire pour accompagner les enfants et jeunes adultes présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont effectives mais doivent être formalisées.

Cela s'ajoute aux difficultés concernant la transition avec le secteur médico-social, notamment pour le public de la petite enfance (Dispositifs saturés, délais d'attente trop longs). On relève également sur le département quelques difficultés en termes de couverture sur le secteur G03 (Naucelle, Villefranche-de-Rouergue) et le secteur G02 (Espalion).

Afin d'améliorer l'offre en Aveyron, certains acteurs s'accordent à dire qu'il faut développer les équipes de consultations sur les territoires et renforcer les offreurs de prises en charge pour être opérationnel en tous lieux et dans des délais convenables.

Les enjeux d'adressage et d'orientation et de suivi sont importants, l'objectif étant de renforcer la réactivité tant sur les consultations que sur la prise en charge et l'accompagnement.

Ce sont souvent les situations de crises qui révèlent les dysfonctionnements organisationnels et/ou le manque de formation. L'offre doit être réorganisée de manière plus transversale et dans une logique de prise en charge et d'accompagnement global. Dans cet objectif, il serait intéressant de lancer un cycle sur les formations croisées, formations communes et réflexions communes.

Les CMP ont par ailleurs mis en place des partenariats avec les différents acteurs de la prise en charge : l'école (notamment au travers la participation aux équipes de suivi de scolarisation), le CH de Rodez, les établissements médico-sociaux et services et établissement sociaux. Cependant ceux-ci sont très peu formalisés.

Ainsi pour faciliter les transitions entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte, mais aussi les coordinations entre tous les secteurs, il est nécessaire de travailler sur la formalisation des liens avec notamment des adressages priorités dans certains cas ; par exemple, il semblerait intéressant de travailler sur la création de passerelles avec le secteur médico-social pour obtenir des adressages facilités, sinon priorités, pour les situations particulières et les troubles spécifiques.

Aussi, pour optimiser l'offre en pédopsychiatrie sur le département il est nécessaire de valoriser et soutenir les dispositifs existants et poursuivre leur ancrage dans un réseau départemental. Par ailleurs, il faut renforcer le maillage pluridisciplinaire en travaillant sur l'attractivité des professionnels dans différents secteurs.

Les enjeux de la petite enfance doivent être replacés au cœur des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement et des professionnels spécialisés doivent intervenir pour renforcer les diagnostics précoces. Les délais d'attente pour les bilans psychométriques sont encore long (environ 6 mois) et il faut y remédier rapidement. Il serait de renforcer les compétences spécifiques sur la petite enfance par le biais de formations spécialisées. Les liens avec les dispositifs type PMI doivent naturellement être renforcés.

L'offre millavoise en pédopsychiatrie est flexible et beaucoup d'ajustement sont effectués en rapport à la pathologie et/ou l'âge des patients pour répondre à la logique de parcours (par exemple, les jeunes patients déjà suivis en psychiatrie infanto-juvéniles restent suivis dans ce service jusqu'à leur majorité, dans de rares situations un peu plus tard).

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Sud-Aveyron ne dispose pas d'offre d'hospitalisation spécifique. Le Sud Aveyron est actuellement dépourvu de lit de pédopsychiatrie ; les hospitalisations ont lieu à Rodez, service avec lequel la pédopsychiatrie millavoise entretient de bons rapports. Cette absence de lits pose notamment des problèmes d'éloignement et de changement d'équipe médico-soignante. Or, le CH de Millau a pour projet la demande de création de 5 lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie. Cela viendrait renforcer l'offre préexistante, et permettrait d'accueillir et de prendre en charge des adolescents de 11 à 16 ans de façon adaptée, urgente et continue.

On note également un lien fort avec les associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux.

De nombreux partenariats avec les structures petites enfance (Halte-garderie, crèches de Millau et St Affrique), avec les collèges et lycées sont en place pour faciliter les parcours de ce jeune public. Les équipes pluridisciplinaires mènent un travail important de repérage et des protocoles de travail sont mis en place (ex : protocoles de travail avec la maternité de Millau) ;

Les dispositifs de prises en charge font également partis du réseau P'tit Mip en ex-Midi-Pyrénées et Naitre et grandir en ex-Languedoc-Roussillon.

Les troubles du spectre autistique sont bien pris en charge avec des équipes formées à l'autisme, ainsi que les troubles envahissants du développement. Une grosse activité est attribuable au CMP avec un important glissement de tâches.

De nombreuses prises en charge individuelles se font en CATTP. L'articulation entre les différents dispositifs de prise en charge se fait en fonction des caractéristiques démographiques, de la pathologie et de la scolarisation.

Il existe par ailleurs une cellule de veille petite enfance comprenant des acteurs de la petite enfance, du pôle obstétrique, des urgences pédiatriques et de pédopsychiatrie. Un important travail de coopération entre les services sociaux, pédiatres libéraux et hospitaliers, urgentistes (qui alertent s'ils constatent de trop nombreux passages de mêmes enfants aux urgences), pédopsychiatres et médecins de PMI, favorise le signalement d'enfance en danger.

La pédopsychiatrie du secteur Sud Aveyron est empreinte d'une éthique professionnelle positive et elle entretient de bons liens organisationnels et fonctionnels avec les établissements médico-sociaux. Des conventions formalisent ces relations.

Les délais importants de consultations de psychologues et psychomotriciens sont directement à rattacher à la faible densité professionnelle sur le département.

- **Accès à une prise en charge spécialisée pour les adolescents et continuité avec la psychiatrie adulte**

La prise en charge des adolescents présente effectivement des spécificités qui ne sont ni celles de l'enfant ni celles des adultes et appelle une réponse individualisée et adaptée à la situation du jeune.

En ce qui concerne la prévention de la souffrance psychique, particulièrement chez les adolescents, il est nécessaire de renforcer les actions de prévention et la capacité des jeunes à développer des comportements favorables à leur santé et de prévenir la dépression des adolescents en milieu scolaire.

Dans le département de l'Aveyron, le réseau des acteurs de la prévention doit être d'avantage renforcé en développant et en formalisant les contacts entre partenaires de la prévention. Ces actions doivent s'effectuer en lien avec l'éducation nationale, la pédopsychiatrie ainsi que tous les autres acteurs concernés par les parcours en santé mentale des familles et jeunes en situation difficile.

La prise en charge et l'accompagnement des jeunes adolescents atteint d'une fragilité et/ou maladie psychique reste largement perfectible. Bien conscients des problématiques qui se rattachent à ce jeune public, les acteurs du département déplorent à l'unanimité l'absence d'une offre adaptée aux parcours de ces jeunes vulnérables. C'est un âge sensible pour l'émergence de pathologies psychiatriques et l'enjeu des relais entre les établissements reste fragile.

On relève sur le département, une absence de formalisation de coopérations entre la psychiatrie infanto-juvénile et les établissements médico-sociaux prenant en charge ce public. Le développement de partenariats formalisés peut être identifié comme un réel levier d'amélioration.

Un autre enjeu du travail partenarial consiste en l'amélioration du relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte autour de la transition des 16 ans.

En Aveyron, la limite supérieure de prise en charge en pédopsychiatrie est fixée à 16 ans, or il n'y existe pas à ce jour de dispositifs adaptés pour les 16-18 ans. Un peu plus de 60 % de ces jeunes bénéficient des services de l'UADO sur un temps court, 30 % sont adressés à la clinique de Rodez (Bourran) et les 10% restants, qui sont en général des patients très problématiques, sont hospitalisés à l'UIF ou sur du court séjour au CH Sainte-Marie.

Le contact prématuré de ces jeunes avec la psychiatrie adulte et ce qu'elle comprend peut avoir des conséquences significatives sur l'état de santé mentale et le parcours de ces jeunes fragilisés. L'articulation entre l'inter-secteur infanto-juvénile du CH de Rodez et la psychiatrie adulte nord-aveyronnaise doit être améliorée pour anticiper et faciliter cette transition, somme toute très délicate.

Sur le secteur Sud Aveyron, les adolescents qui ont bénéficié de l'offre en pédopsychiatrie depuis leur plus jeune âge sont suivis jusqu'à leur majorité voire légèrement au-delà dans certains cas. Les nouveaux patients sont quant à eux accompagnés par l'équipe mobile adolescents (RASTA) et la psychiatrie adulte après évaluation de leur situation. Pour faciliter la transition, des réunions ont lieu entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte au moins deux fois par an. Des projets relais sont en cours de réflexion (ex : relais IME vers la psychiatrie adulte via le CMP).

À cet effet, et très sensibles au sort de ces jeunes sur le département, les acteurs des différents secteurs ont entrepris et/ou participé à de nombreux travaux et projets concernant la prise en charge et

l'accompagnement en santé mentale. De nombreux projets sont susceptibles d'améliorer l'offre à court, moyen termes :

- Le projet de la Maison des adolescents (MDA) est à poursuivre, en partenariat avec les acteurs institutionnels et opérateurs concernés. Il s'agit d'un lieu d'accueil, de conseil et d'orientation, non stigmatisant qui apportera des solutions et un soutien aux divers besoins d'un adolescent fragilisé. La MDA doit couvrir tout le département avec des points de références (Rodez, Villefranche-de-Rouergue, Millau, St-Affrique) et des permanences.
- Gestion des cas complexes : projet « amélioration de l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples ». Ce projet repose essentiellement sur un travail de réseau et de coordination des professionnels du secteur social, du secteur médico-social, du secteur sanitaire, de la justice et de l'éducation nationale. Son objectif premier est de prévenir les ruptures de prise en charge pouvant aggraver la souffrance des adolescents par une articulation cohérente des partenaires dépassant les clivages institutionnels tout en respectant les missions et rôle de chacun. Ce projet propose et organise des espaces d'analyses cliniques formalisés et destinés à répondre aux situations des adolescents à difficultés multiples. Il détermine pour chaque situation les conditions d'une cohérence véritable entre les prises en charge effectuées par les différentes institutions pour aboutir à une réponse la plus globale possible.
- Projet du développement de l'activité ambulatoire des adolescents : projet novateur avec mutualisation des compétences entre le CH Sainte-Marie et l'UMPA du CH Rodez. Développer les dispositifs ambulatoires et plus précisément l'HJ représente un réel levier dans l'amélioration de l'offre de soins à destination des adolescents, en répondant de manière plus souple et réactive à la demande. Il s'agit de mettre à disposition les locaux de l'hôpital de jour St François (Rodez) pour prendre en charge un groupe de jeunes âgés de 14 à 16 ans, une fois par semaine. C'est un travail d'anticipation et de préparation à la transition vers la psychiatrie adulte. Ce projet nécessite encore à ce jour un agrément de l'ARS pour valider les prises en charge en CMP d'un public mineure.
- CATTP adolescents à Millau : ce projet a été validé par l'Agence régionale de Santé, mais la situation financière actuelle du CH de Millau ne permet pas la mise en route de cette structure.

Sur le secteur Sud, le CH de Millau souhaite porter de nombreux projets pour améliorer l'offre de santé mentale, notamment :

- Projet de création d'un accueil familial thérapeutique en pédopsychiatrie pour la prise en charge d'enfants de 3 à 12 ans en souffrance psychologiques et le soutien aux parents
- Projet de création d'une équipe mobile d'intervention rapide à visée diagnostique et thérapeutique pour les jeunes enfants âgés de 0 à 11 ans. Cette équipe aura un rôle de

repérage, d'évaluation précoce et facilitera l'inclusion en milieu ordinaire de l'enfant.

Pour faire vivre ces projets, il sera nécessaire de renforcer les moyens humains et de s'adapter aux contraintes locales.

Dans le Sud-Aveyron, la présence d'établissements scolaires disposant de gros internats ainsi que la problématique des jeunes « mis au vert » originaires de toute la France, en situation d'éloignement familial, amplifient les besoins pour ce type de public ; les équipes pluridisciplinaires travaillent particulièrement en lien avec ces établissements.

Il existe par ailleurs une importante problématique d'addiction chez ces jeunes corrélé à des problèmes de déscolarisation et de suicide. La mise en place de l'équipe mobile a permis de réduire le taux d'hospitalisation en urgence. C'est une équipe aujourd'hui bien repérée, qui prépare aux séjours et aux suivis. Enfin, depuis 2000, les parcours de soins sont mieux organisés et les situations sont moins dégradées grâce à la mise en place des consultations avancées avec une évaluation de situation.

L'équipe mobile pour enfants âgés de 11 ans et plus permet l'évaluation des situations, facilite l'accès et les parcours de soins des adolescentes ainsi que le parcours scolaire. Les sorties vers les IME et les ULIS nécessitent des suivis. Les professionnels font clairement part de leur besoins d'un dispositif pour les temps de prise en charge pour adolescents plus long.

Certains constats partagés mènent à des propositions des prises en charge, parmi lesquelles :

- la mise en place d'une référence paramédicale « adolescent » sur chaque secteur (CMP principal),
- le développement de en place des familles d'accueil spécialisée avec une prise en charge et un accompagnement étoffé pour faciliter la stabilisation de ces jeunes et repenser un projet d'avenir (scolaire, formation ou orientation vers une structure médico-sociale),
- l'ouverture de structures de soins-études adossé à un internat thérapeutique (présence d'un infirmier) sur le département pour que les jeunes puissent continuer leurs études sans être déstabilisés
- une réflexion commune sur un projet interdépartemental pour la prise en charge des jeunes adolescents, au moyen d'un partenariat par convention avec une unité dédiée aux adolescents dans un département voisin, de manière à éloigner l'adolescent (dans son intérêt) dans un autre département. Un contrat de retour permettrait de préparer au mieux la suite du parcours du jeune.

Des expérimentations peuvent être menées à partir du 1^{er} janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de 6 à 21 ans chez lesquels un médecin, notamment un médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique (article 68 de la loi de modernisation du système de santé). Dans le cadre de ces expérimentations, qui devraient concerner 1500 jeunes, les médecins ou psychologues

scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations donneront lieu à un financement forfaitaire. Un décret précisera les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment concernant le suivi des patients et le financement des consultations.

4.4 Réhabilitation et réinsertion sociale : focus sur les thérapies alternatives et la place des aidants.

Au cours des dernières années, l'évolution de la considération sociétale et des pouvoirs publics de notre pays envers les souffrances psychiques s'est traduite par des textes législatifs et réglementaires, notamment les lois sur les handicaps (2005) et sur les soins sans consentements (5 juillet 2011 et 27 septembre 2013) ainsi que des programmes d'action comme le Plan Psychiatrie et Santé mentale (2011-2015) ou encore plans Régionaux de Santé, rapport relatif la santé mentale de Michel LAFORCADE (octobre 2016) et la Loi de Modernisation de notre système de santé récemment votée.

La loi du 5 juillet 2011 a aussi explicitement prévu dans son article L.3221-4-1 que les ARS veillent au soutien et à l'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques par les établissements de santé et par les associations agréées ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charges des malades.

- **Accompagnement des aidants naturels et des familles**

En France, plus de 3 millions de personnes sont au service des personnes en situation de handicap mental et de leurs familles.

En Aveyron, les associations qui accompagnent les aidants, familles et proches sont très engagées. Elles défendent un esprit associatif d'entraide, de solidarité et d'assistance mutuelle et prônent la préservation du capital santé du patient au travers de la prise en compte de la parole de l'entourage, et de sa santé. Elles participent activement à la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale.

Au niveau départemental, les représentants de l'Union Nationale de Famille et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques décrivent le contexte actuel de l'Aveyron comme étant partiellement favorable pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique. Ainsi, les personnes en situation de handicap psychique doivent fournir de nombreux efforts pour vivre dans la cité. Les besoins spécifiques à ce public doivent donc être bien mieux identifiés et considérés afin de garantir des réponses adaptées au plus près des besoins.

Les associations telles que l'UNAFAM nécessitent d'être soutenues via notamment la pérennisation des financements des associations d'usagers malades et de familles ou le renforcement des effectifs dans les associations de familles. De la même manière, la communication et l'information large sur l'existence des associations de pairs et d'aidants familiaux doit être renforcée. La mise en place des Semaines d'information sur la santé (SIMS) désormais en quinzaines, constitue une initiative à

encourager. La sensibilisation des acteurs et de la population conduira inévitablement à des actions et des réflexions pour favoriser l'insertion, la citoyenneté et la qualité de vie du couple aidant/aidé.

L'UNAFAM propose et anime des groupes de paroles qui permettent à l'entourage de sortir de l'isolement, de l'impuissance, de redevenir acteur et de participer à faire alliance avec les soignants et professionnels médico-sociaux.

Elle propose également des ateliers Prospect animés par des pairs aidants. Ces ateliers, grâce aux échanges sur leur vécu, conduisent à une analyse permettant de retrouver espoir et de se projeter positivement dans l'avenir.

Par ailleurs, la mise en place de la formation « mieux accompagner un proche bipolaire », de journée de sensibilisation aux « troubles psychiques », permet, par la transmission de connaissances, de sortir de la stigmatisation et de la culpabilité que ressentent les proches.

Ces différents acteurs sont au clair sur la nécessité de proposer un ou plusieurs modes d'accompagnement, mais ont besoin d'un éclairage quant aux réponses à mettre en œuvre.

En effet, par la spécificité de leurs besoins, les personnes en situation de handicap psychique obligent les professionnels des différents secteurs à travailler ensemble, les positionnant alors dans une logique de décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Au CH Sainte-Marie, des rencontres trimestrielles à destination des familles des patients, animées par deux médecins psychiatre de l'établissement, sont en place depuis juin 2011. En préalable à chaque réunion, une campagne d'information au sein du CH et auprès des associations de représentants des usagers est organisée par voie d'affichage. C'est une démarche menée en lien avec l'UNAFAM qui répond au besoin d'information sur la maladie mentale exprimé par les familles.

- **Éducation thérapeutique**

« L'éducation thérapeutique vise à faire acquérir au patient des compétences qui lui permettent d'assurer par lui-même tout ou partie de son traitement et de réaliser les changements personnels nécessaires pour concilier son projet de vie avec les exigences de la gestion de la maladie et du traitement » Pr Rémi GAGNAYRE (Laboratoire de pédagogie de la santé).

Les équipes du CH-Sainte Marie ont mis en place un projet d'éducation thérapeutique, « Vivre avec sa schizophrénie », expérimenté dans le secteur G01 et à étendre aux autres secteurs. L'aire géographique de recrutement englobe les quatre secteurs du territoire de santé pris en charge par le Centre Hospitalier Sainte Marie. Il s'agit d'un programme d'éducation thérapeutique axé autour de 4 objectifs :

- Etre capable de recenser ses connaissances sur sa maladie de les partager en groupe, de les enrichir, de les organiser de manière à pouvoir les partager de façon satisfaisante (pour le patient) et avoir le sentiment de s'être fait comprendre.
- Etre capable de reconnaître son traitement, de savoir faire les liens entre ses symptômes et ses médicaments, de reconnaître leurs effets, leurs avantages, leurs inconvénients ; en connaissant

les stratégies de corrections de leurs effets secondaires et d'adaptation de leur prise à des situations particulières de vie ; de manière à comprendre l'utilité de sa prescription afin de trouver de l'intérêt à prendre son traitement au quotidien.

- Etre capable de recenser ses prodromes, de connaître ceux que perçoit l'entourage, de manière à appliquer un plan d'action personnalisé en reconnaissant les signes avant-coureurs de la rechute.
- Etre capable d'identifier les besoins qui nécessitent une aide extérieure en classant et en hiérarchisant leur priorité de traitement de manière à identifier ses propres compétences et les ressources auxquelles on peut faire appel.

À ce jour, le programme connaît encore quelques difficultés dans la dynamique de lancement mais l'équipe du CH Sainte-Marie travaille sur une organisation qui vise à optimiser le recrutement des bénéficiaires, notamment au travers de l'optimisation des canaux de communication.

L'éducation thérapeutique constitue une approche essentielle et nouvelle dans les prises en charge et l'accompagnement en santé mentale. Il faut poursuivre l'effort pour développer et encourager l'utilisation de ce type d'alternative thérapeutique. Il faut également encourager la mise en place et développement de programmes de psychoéducation.

Le CH Sainte-Marie développe également :

- la remédiation cognitive, constituée par l'ensemble des techniques rééducatives visant à restaurer les fonctions cognitives défailtantes (mémoire, attention, fonction exécutive, cognition sociale)
- l'éducation pour la santé, qui a pour but que chaque citoyen acquiert tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité.

Le processus thérapeutique ne peut négliger l'ensemble patient-famille, en particulier s'ils vivent ensemble. Ces thérapeutiques concernent donc également les familles et visent à créer une véritable alliance entre soignants, patients, aidants et professionnels. Un projet de psychoéducation à destination des familles est en cours de réflexion.

Sur le 5^{ème} secteur et dans le cadre de l'Unité Fonctionnelle de Thérapies de Groupe et de Psychodrame, il existe depuis 2012 des groupes destinés aux aidants des familles touchées par la maladie mentale d'un de leur proche :

- Groupe des aidants auprès de sujets victimes d'addiction
- Groupe des aidants de personnes âgées atteintes de détérioration mentale
- Groupe des aidants aux familles

Un projet de mise en place d'un groupe thérapeutique de jeunes est en cours de réflexion. La psychiatrie reçoit et soigne les sujets à partir de 16 ans, mais les phénomènes socio-économiques ont

déplacé l'adolescence. Les jeunes ont particulièrement besoin de soins spécifiques et d'évoluer avec leurs pairs. Pour ce faire, le groupe thérapeutique semble être un outil qui fédère ces jeunes, le groupe étant primordial à l'adolescence ou post adolescence. La psychothérapie de groupe étant sans aucun doute le soin adapté pour aider cette population à se soigner en proposant un cadre de travail et au travers d'un certain nombre d'ateliers et de jeux d'acteurs.

Ces groupes montrent des résultats très satisfaisants pour les familles pouvant ainsi s'alléger de leur souffrance et rétablir un lien de qualité avec leur proche malade et d'autre part un effet par rebond sur l'état de santé de leur proche.

Par ailleurs, les programmes d'aide aux aidants tels que « Profamille » ne sont plus valorisables en tant que programme d'éducation thérapeutique alors même qu'ils permettent de diminuer le taux de rechute des patients atteints de schizophrénie.

En effet, les méta-analyses montrent un taux de rechute divisé par quatre à un an, et divisé par deux les années suivantes lorsqu'un programme de suivi spécifique est proposé aux familles.²⁴

- **Réinsertion dans le logement et la vie professionnelle**

Plus de 30 % des malades vivent à la rue ou sont en grande précarité. Un tiers des patients vivent chez leurs parents. Il est nécessaire de permettre aux personnes en souffrance psychique de se maintenir dans un logement ou d'avoir accès à un hébergement ou un logement, dès que cette possibilité peut être envisagée. Il reste également à créer des établissements et dispositifs spécifiques dédiés au logement ou à l'hébergement des personnes souffrant d'un handicap psychique. Un trop grand nombre de patients est hospitalisé faute de dispositifs spécialisés d'aval. Cela peut passer par le déploiement de programmes tels qu' « un chez soi d'abord » et/ou en s'assurant que le plan hébergement logement des personnes en souffrance psychique sera bien destiné aux personnes en situation de précarité, ou par la promotion du logement adapté (pensions de familles, résidences accueil) comme de l'accueil en familles gouvernantes

Le département dispose de dispositifs intéressants tels que les appartements relais et les appartements thérapeutiques. L'ouverture récente de 5 places en appartements de coordination thérapeutique à Villefranche de Rouergue (Espoir 12) permet de faciliter cette réinsertion pour des patients souffrant d'affections de longue durée, de maladie chronique avec une souffrance psychique associée.

Dans cette dynamique de développement de dispositifs pour la réinsertion dans le logement, l'UDAF Aveyron soutenu par la DDCSPP projette la mise en place d'une résidence accueil pour personnes en situation de handicap psychique de 20 places à l'horizon 2020.

Les appartements associatifs de psychiatrie à Millau permettent et facilitent la réinsertion en milieu ordinaire. Ils enrichissent grandement l'offre de santé mentale sur le cinquième secteur. L'association Trait d'Union comporte un certain nombre de dispositifs qui permettent d'améliorer les soins et l'accompagnement socio-médical, pour conforter la stabilisation de l'utilisateur en vue de son insertion par

²⁴ Pharaoh F, Rathbone J, Mari JJ, et al. Family intervention for schizophrenia. Ochrane Database Syst Rev 2003.

le logement et la santé. Elle permet aussi d'accompagner l'évolution des publics et de leurs besoins dans les dispositifs du secteur AHI (Accueil, Hébergement, Insertion).

L'évolution de la psychiatrie en France impose nécessairement des modifications dans les prises en charge. On relève un bon fonctionnement global de la nouvelle filière réhabilitation du CH Sainte-Marie, qui offre une palette de possibilités de prise en charge et d'accompagnement intéressante. La création d'une équipe mobile de réinsertion et de réhabilitation, par redéploiement des effectifs du service, permet un meilleur accompagnement des patients en lien avec l'hébergement en appartement, au plus près des besoins du patient qui retrouve une routine quotidienne et des repères hors de l'hôpital. Cette filière doit être soutenue dans son organisation et doit fonctionner avec souplesse et flexibilité dans l'offre pour faciliter les parcours entre l'extra et l'intra hospitalier.

La filière réhabilitation œuvre également pour faciliter les trajectoires d'insertion et de réinsertion professionnelle. Dans les entreprises, la méconnaissance des troubles psychiques et les idées reçues constituent un des premiers freins à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique.

Au regard de la demande, plus de 30 % dans les ESAT de l'ADAPEI par exemple, il est nécessaire d'augmenter la capacité d'accueil en ESAT des personnes en situation de handicap psychique. Au-delà de la capacité d'accueil, certains acteurs déplorent le manque de flexibilité dans ces dispositifs, notamment sur l'aménagement des temps de travail.

Sur le département de l'Aveyron, il n'existe pas d'ESAT ni d'atelier spécifique au handicap psychique. A défaut, il faudrait préciser officiellement le cadre de fonctionnement des ESAT mixtes ouverts aux personnes handicapées psychiques avec l'application des critères précis pour l'accueil des personnes handicapées psychiques et de rendre obligatoire l'agrément des établissements mixtes par l'ARS et l'inscription de celle-ci dans le projet d'établissement. Le secteur médico-social et l'ensemble du réseau doivent par ailleurs intégrer une nouvelle façon de prodiguer les soins et faciliter les accès aux foyers.

Il est nécessaire de favoriser l'emploi en milieu ordinaire des personnes en situations de handicap psychique en favorisant les dispositifs d'emploi accompagnés, comme le « job coaching », qui consiste en l'accompagnement dans la durée de la personne et de l'entreprise.

Il faut enfin favoriser les démarches de placements et de formations et appuyer les dispositifs de maintien à l'emploi.

4.5 Évolution des pratiques professionnelles : focus sur la formation et la recherche

Les formations constituent un moyen efficace pour lutter contre le cloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Très importantes, elles contribuent inévitablement et directement à l'amélioration des pratiques et donc des parcours. L'accès à la formation favorise une dynamique d'apprentissage en accompagnant les nouvelles générations sur le terrain. Elles favorisent la mobilité et évitent la fatigabilité du personnel.

Les acteurs du département sont intéressés par le lancement de cycles sur les formations croisées et les formations communes qui faciliteraient l'anticipation et les réflexions collectives sur les différentes situations complexes et/ou de crise. Certains professionnels participant à la prise en charge et l'accompagnement en santé mentale et psychiatrie se sentent parfois impuissants et insuffisamment formés.

L'organisation de rencontres (journées thématiques, colloques, réunions, temps d'échange,...) est effective sur le département mais reste à renforcer ; à ce titre, certains acteurs déplorent que des journées très intéressantes aient trop souvent lieu hors du département.

L'ADAPEI 12-82, en lien avec le centre de formation « Proformation » (association filiale de l'ADAPEI 12-82), a pour projet de proposer l'organisation des formations annuelle inter-associations pour accompagner les professionnels dans la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique.

Pour inscrire les prises en charge dans une logique de parcours, il faut promouvoir le développement de la formation initiale, continue mais aussi des formations croisées combinées à des retours d'expériences, avec le développement de tutorat et des stages couplés pour faciliter les interactions entre les différents acteurs et créer des liens facilitateurs. Des rencontres régulières sur le territoire doivent être organisées pour permettre l'identification des différents acteurs et favoriser le développement d'une culture commune.

La filière universitaire de médecine générale devrait d'avantage être axée sur un modèle bio-psycho-social. L'évolution de la formation des infirmiers en psychiatrie contribue au manque de spécialisation. Il faut rappeler l'importance de la clinique et faire en sorte que les infirmiers, mais aussi tous les autres acteurs de prise en charge développent une culture commune clinique pour favoriser la communication et faciliter le diagnostic. Concernant les pratiques professionnelles stricto sensu, un glissement informel de tâches est déjà à l'œuvre entre psychiatres et psychologues, et psychiatres et infirmiers spécialisés.

Sur le cinquième secteur de l'Aveyron, des liens avec la faculté de médecine de Toulouse et la faculté de psychologie sont opérationnels et 8 rencontres de formations de 3^{ème} cycle ont été organisées.

Le développement professionnel continu des professionnels médicaux et paramédicaux s'avère essentiel pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en prenant en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des soins.

En outre, 22 millions d'euros sont consacrés chaque année à la recherche en psychiatrie ; à titre de comparaison, l'on dépense 120 milliard d'euros par an pour la prise en charge des maladies mentales. La France investit seulement 2 % de son budget pour la recherche biomédicale en faveur de la recherche en santé mentale (7 % pour l'Angleterre, 11 % pour les États-Unis) alors que la file active de personnes malades représente 18% des hospitalisations.

Malgré l'engouement naturel pour la recherche de la part des médecins psychiatres, on relève une faiblesse concernant recherche en psychiatrie sur le département, qui reste peu structurée, notamment en raison de la densité médicale qui oblige les professionnels à prioriser la clinique.

Le CH Sainte-Marie adhère à la FERREPSY (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Languedoc-Roussillon-Midi Pyrénées) créée en juin 2015, à l'initiative de plusieurs établissements psychiatriques. L'objectif est d'initier, promouvoir et fédérer les activités de recherche en psychiatrie et santé mentale, de favoriser le partage de pratiques et d'améliorer la qualité des soins, dans le cadre d'un dispositif identifié et repérable, pourvu d'un périmètre suffisant pour pouvoir mener à bien des études pertinentes. Pour la recherche, le CH Sainte-Marie est très orienté vers la métropole Toulousaine.

Cette participation s'inscrit dans une dynamique de développement d'une véritable politique dans le champ des recherches. L'enjeu consiste à développer des recherches qui contribueront à la mise en œuvre de soins d'excellence pour toutes les personnes souffrants de troubles psychiques, afin qu'elles aient accès à des soins personnalisés prenant en compte une approche biopsychosociale. Améliorer la diffusion des savoirs en formant les professionnels du « prendre soin » forme un corolaire naturel de cette dynamique, et contribue à l'émergence d nouveaux métiers.

Concernant plus particulièrement la thématique du suicide, il est nécessaire de poursuivre les formations au repérage et à la prévention des crises suicidaires, notamment en généralisant et en consolidant le développement dans les bassins de santé de la formation des professionnels (professionnels des champs sanitaire, médico-social, social, éducatif et judiciaire) au repérage et à la prévention des crises suicidaires. Ces actions de prévention du suicide doivent être renforcées, notamment auprès de publics prioritaires tels que les jeunes et les agriculteurs.

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS

ADAPEI 12-82 : Association Départementale d'Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales
ADPEP 12 : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
ALD : Affection de Longue Durée
ALT : Allocation Logement Temporaire
ARS : Agence régionale de santé
CASAP : Centre d'Accueil et de Soins aux Pharmaco-Dépendants
CATTP : Centre d'accueil thérapeutiques à temps
CCAS : Centre communal d'action sociale.
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre hospitalier spécialisé.
CLSM : Conseil local de santé mentale.
CLSC : Centre Locaux de Service Communautaire
CMP : Centre médico-psychologique
CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale
EMGP : Equipe Mobile Géronto Psychiatrie
EPSM : Établissement public de santé mentale.
ESAT : Établissement ou service d'aide par le travail.
GEM : Groupe d'entraide mutuelle.
HAS : Haute autorité de santé.
IME : Institut Médico-Educatif
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé.
PRS : Projet régional santé.
PTSM : Projet Territorial en Santé Mentale
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé.
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale.
SROS : Schéma Régional d'Organisation de l'Offre de Soins
UADO : Unité d'Accueil, de Diagnostic et d'Orientation
UEM : Unité d'Enseignement Maternelle
UIF : Unité Intersectorielle fermée
UMPA : Unité Médico-Psychologique pour Adolescent
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.
MDA : Maison Des Adolescents
MNA : Mineur Non Accompagné
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

ANNEXE 1 : Fiche de travail

Évaluation des besoins et amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours en santé mentale

Amélioration de l'accès aux soins, la promotion de la qualité et de la diversité des pratiques

Les facteurs déclencheurs du projet

- La santé mentale est un enjeu de santé majeur
- L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit le concept de parcours comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale
-
- Axe fort du nouveau PRS

L'organisation des parcours en santé mentale et psychiatrie est un défi collectif

Objectifs généraux

- ✚ Identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services et la formation des professionnels.
- ✚ Concevoir et consolider une démarche de structuration des parcours en psychiatrie et santé mentale à l'échelle d'un territoire.
- ✚ Préconiser des actions pour y remédier

Objectifs intermédiaires

- Faire un bilan de l'existant (Principales caractéristiques du territoire, cartographie de l'offre en santé mentale, recherche de leviers d'amélioration, valoriser et optimiser l'existant)
 - Définir et fiabiliser l'évaluation des besoins en santé mentale
 - Améliorer la continuité de la prise en charge en santé mentale pour répondre aux besoins de parcours individualisé
 - Développer et structurer un réseau d'acteurs, formaliser la coopération, construire un partenariat entre l'action sociale, médico-sociale et sanitaire
 - Mettre en place une méthodologie d'action et/ou un système de réponse rapide à la demande des acteurs locaux et des publics
-