

ANNEXES

Table des matières

Annexe 1 Carte des territoires de l'Isère

Annexe 2 Ressources documentaires

Annexe 3 Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017

Annexe 4 Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019

Annexe 5 Liste des personnes interrogées dans le cadre du diagnostic

Annexe 6 Captures d'écran plateforme de contribution en ligne Usagers et Professionnels

Annexe 7 Communiqué de lancement du PTSM Isère

Annexe 8 Communiqué d'invitation aux Journées de lancement du PTSM Isère

Annexe 9 Fiches Objectifs des groupes-actions

Annexe 10 Réponse CPAM de l'Isère

Annexe 11 Diagnostic quantitatif Observatoire Régional de Santé

Annexe 12 Contribution au diagnostic du PTSM de l'Isère - Enquête UNAFAM

Annexe 13 Contribution Association Familiale de l'Isère pour les Personnes Handicapées (AFIPH)

Annexe 1 Carte des territoires de l'Isère



Annexe 2 Ressources documentaires

• NATIONAL

- ANAP. *L'organisation des centres médico-psychologiques - guide de bonnes pratiques organisationnelles*. 2008. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/lorganisation-des-centres-medico-psychologiques-guide-de-bonnes-pratiques-organisationnelles/>
- ANAP. *Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires*. 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-place-la-rehabilitation-psychosociale-dans-les-territoires/>
- *Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072756>
- Arrêté du 27 juin 2019 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. **[En ligne] Disponible sur :** <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038792936&categorieLien=id>

- **Autisme, changeons la donne. Dossier de presse. 2018 [En ligne] Disponible sur :** https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_autisme_changeons_la_donne.pdf
- **Cahier des charges des Maisons des Adolescents. 2016. [en ligne] Disponible sur :** <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesmda.pdf>
- Centre National De Ressources Et D'appui Aux CLSM. *Etat des lieux national 2018 des CLSM en France.* [En ligne]. Disponible sur : <http://clsm-ccoms.org/2018/09/20/etat-des-lieux-2018-des-clsm-en-france/>
- **Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la sante mentale. [En ligne] Disponible sur :** https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=19900403&numTexte=04060&pageDebut=04060&pageFin=
- **Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. [En ligne] Disponible sur :** <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035315389&categorieLien=id>
- Direction générale de l'offre de soins. *Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.* [en ligne]. Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44293.pdf
- HAS. *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux.* 2018. [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf
- HAS. *Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023.* 2018. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf
- Inspection Générale des Affaires Sociales. *Mission relative à l'Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile (CMP-IJ).* 2018. [En ligne] Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf
- LAFORCADE, Michel. *Rapport relatif à la santé mentale.* 2016. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
- *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.* [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. *Feuille de route santé mentale et psychiatrie.* 2018. [En ligne] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- Ministère Des Solidarités Et De La Sante. *Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de*

santé mentale. [En ligne] Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43485.pdf

- Santé Publique France. BEH *Populations migrantes : violences subies et accès aux soins*. n°17-18. 2019. [En ligne] Disponible sur : <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/index.html>
- *Stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. [En ligne] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. 2018. [En ligne]. Disponible sur : https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

• RHÔNES ALPES

Suicide

- ARS/ORS. *Formation En Prévention Du Suicide : Module Sentinelles, La formation d'évaluateur en prévention du suicide, La formation d'intervenant de crise en prévention du suicide*.
- ORS, ARS SANTE, PUBLIQUE France. *Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes*. [En ligne]. 2019. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ORSuicide_Bull5_2019.pdf

Incurie

- M'HARRAK Sylvie, PICHON Adrien (ALPIL). *De la clinique à l'agir, comment penser collectivement la prise en charge ?* [Présentation Diaporama] 2018.

Projet régional de santé

- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHÔNE ALPES. *Projet Régional de Santé : Cadre d'orientation stratégique 2018-2028*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/publications-du-projet-regional-de-sante>
- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHÔNE ALPES. *Projet Régional de Santé : Schéma régional de santé 2018-2023*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/publications-du-projet-regional-de-sante>
- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHÔNE ALPES. *Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2023*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/publications-du-projet-regional-de-sante>
- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHÔNE ALPES. *Suivi et évaluation PRS 2018-2028*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/publications-du-projet-regional-de-sante>

- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHÔNE ALPES, ORS OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE. *Données de Santé* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/publications-du-projet-regional-de-sante>

Guides

- INSTITUT REGIONAL JEAN BERGERET (Etablissement de la Fondation ARHM). *Numéros d'urgence et structures œuvrant pour la prévention du suicide*. 2019. 72p.
- INSTITUT REGIONAL JEAN BERGERET (Etablissement de la Fondation ARHM). *Aide à distance et téléphonie sociale*. 2019. 12 p.
- INSTITUT REGIONAL JEAN BERGERET (Etablissement de la Fondation ARHM). *Accompagnement du deuil et postvention*. 2019. 56 p.

Enquêtes

- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHONE ALPES, Dr. YNESTA, Sylvie ; DANGUIN Anne-Sophie. *Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes*. 2015. 154 p.
- AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHONE ALPES, Dr. YNESTA, Sylvie ; DANGUIN Anne-Sophie. *Les hospitalisations psychiatriques au long cours en Rhône-Alpes*. 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Consulter%20les%20r%C3%A9sultats%20de%20l'enqu%C3%Aate.pdf>

• ISERE

- ROUAULT Charlotte. *Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain*. Thèse : UFR de Médecine : Université de Grenoble : 2016

Association d'Usagers

- COMMISSION DES ASSOCIATIONS D'USAGERS (CDAU). *Projet des Bénéficiaires de Soins 2019-2023*.
- FERROUD, Gérard. *K2 Aide et soutien aux bipolaires et aux proches : Conférence du 20 mai 2008 au Château de Sassenage*.
- FERROUD, Gérard. *Entretien : Colloque Pair-aidance Ministère de la santé Paris*. [Présentation Diaporama]. 2019.
- UNAFAM. *Contribution au diagnostic du PTSM en Isère, Résultats du questionnaire UNAFAM*. 2019. 35 p.
- UNAFAM. *Position de l'UNAFAM en matière de soins et de recherche en psychiatrie et santé mentale*. 2017. 13 p.

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE, Consortium Consultants. *Diagnostic de territoire Jeunesse : 12 / 25 ans Présentation intermédiaire*. [Présentation Diaporama]. 2018.
- DEPARTEMENT DE L'ISERE, Consortium Consultants. *Contrat Territorial Jeunesse 12 / 25 ans - CTS - 17 octobre 2018*. [Présentation Diaporama]. 2018.
- URIOPSS. *Rapport d'étude Maison des adolescents Isère Aide à la structuration juridique*. 2016. 23 P.

Personnes Âgées – Personnes en situation de handicap

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2016-2021*. 2016. 61p.

Précarité

- POPS Point précarité Santé. *Rapport d'Activité 2016*. [En ligne]. 2016. Disponible sur : https://www.pops38.fr/images/stories/docs_pdf/RA-PoPS-2016.pdf

Zones blanches

- IREPS ARA Délégation Isère, BEOLET Elisa, RAMBAUD Julie, REIA ZOOGONES Priscille. *ETAT DES LIEUX ZONES BLANCHES Haut-Rhône Dauphinois, Vercors, Grésivaudan*. 2017. 13 p.

Handicap Psychique

- RESEAU HANDICAP PSYCHIQUE - RéHPsy. *Livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département de l'Isère*. [En ligne]. 2013. Disponible sur : https://www.rehpsy.fr/IMG/pdf/livre_blanc_38_final.pdf
- RESEAU HANDICAP PSYCHIQUE - RéHPsy. *Santé Mentale / Handicap psychique Répertoire des associations, services et associations en Isère (38) pour adultes*. [En ligne]. 2013. Disponible sur : https://www.rehpsy.fr/IMG/pdf/repertoire_hp_v_4_du_07_01_2013.pdf
- RESEAU HANDICAP PSYCHIQUE - RéHPsy. *Contribution à l'élaboration du diagnostic territorial du département de l'Isère en vue de la mise en œuvre d'un plan d'action*. 2019. 5 p.

Prévention

- AIDES. *Rapport d'Activité 2018*. 19 p.

Guides

- AGENCE REGIONALE DE SANTE, délégation de l'Isère. *Liste des établissements et services médico sociaux de l'Isère secteur handicap*. 2010. [En ligne]. Disponible sur : https://www.rehpsy.fr/IMG/pdf/LISTE_ESSMS_SOUS_CPTENCE_ARS_V_07_10_10.pdf

- RéHPsy. *Répertoire Santé mentale / handicap psychique, des associations, services et établissements en Isère (38) pour adultes*. 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://www.rehpsy.fr/IMG/pdf/repertoire_hp_v_4_du_07_01_2013.pdf

Organisation territoriale

- *Groupement Hospitalier De Territoire Alpes Dauphine Convention constitutive*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/20161010_ConvConst_AlpesDauphine.pdf

Quartiers prioritaires

- *Atlas des quartiers de la politique de la ville de l'Isère contrats de ville 2014-2020*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.isere.gouv.fr/content/download/21180/143447/file/Atlas>

• TRIEVES

Collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale

- DEVILLIERES, Marie-Claude. *Du secteur psychiatrique au territoire de santé : Comment une politique publique ouvre un espace de collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale*. Mémoire : Politique Publique de Santé : Université de Grenoble : 2013.

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Fiche Jeunesse, Trièves*. 2018. 12 p.

• PORTES DES ALPES

Guides de bonnes pratiques

- CCAS L'Isle D'Abeau Secteur Santé, Centre Psychothérapique Nord Dauphiné Fondation Georges Boissel. *Guide de bonnes pratiques : Soins sans consentement Sur la commune de L'Isle D'Abeau*. 2014. 32 p.

Pédopsychiatrie

- FLEURY, Régis - GHND, Groupe Hospitalier Nord Dauphiné. *Feuille de route Service de pédopsychiatrie*. 2019. 35 p.
- FLEURY, Régis. *Projet de service de pédopsychiatrie*. 2019. 5p.
- SFPEADA. *Projet pour le CMP de demain. L'évolution nécessaire des CMP pour la psychiatrie de demain de l'enfant et de l'adolescent*. [En ligne]. 2018. Disponible sur : <http://sfpeada.fr/wordpress/wp-content/uploads/2018/11/PROJET-POUR-LE-CMP-DE-DEMAIN.pdf>

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE, Groupe ENEIS. *Territoire Porte des Alpes, Diagnostic Enfance Jeunesse, Rapport final*. [Présentation Diaporama]. 2018
- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Fiche Jeunesse, Portes des Alpes*. 2018. 12 p.

Diagnostics locaux de santé

- *Plan local de santé Territoire de Bourgoin-Jallieu 2013 – 2015*. [En ligne]. Disponible sur : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/BOURGOIN_JALLIEU_Plan_local_sante.pdf
- *Contrat local de santé de Bourgoin-Jallieu*. 2014. [En ligne]. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2017-09/20140207_bourgoin.pdf
- ORS. *Actualisation du diagnostic local de santé de Bourgoin-Jallieu*. 2014. [en ligne] Disponible sur : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/DLS2_Bourgoin.pdf

• VOIRONNAIS CHARTREUSE

Incurie

- ASSOCIATION ALPIL, RHONE, AGENCE REGIONALE DE SANTE. *Compte rendu Rencontres CLSM Pays Voironnais : L'incurie dans l'habitat*. 2018.

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Voironnais Chartreuse. 2018. 12 p.

Diagnostics locaux de santé

- *Contrat Local de santé du Pays Voironnais 2017-2022*. [En ligne]. 2017. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-06/CLS_paysvoironnais_vd_signe.pdf
- *Bilan d'activité 2017 : Centre Intercommunal d'Action Sociale du Pays Voironnais*. 2018
- *Bilan d'activité 2018 : Centre Intercommunal d'Action Sociale du Pays Voironnais*. 2019
- *Diagnostic santé en Pays Voironnais : Ateliers « santé mentale » du 8 avril et du 27 mai 2016*. 2016

• MATHEYSINE

Jeunes

- NAHUM Romane, Foyer Pour Tous. *Paroles et portraits de jeunes en Matheysine : analyse de l'enquête & préconisations*. 2018. 56 p.
- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Matheysine. 2018. 12 p.
- POURVIS Jean-Michel. *Communauté de Communes Matheysine, Pays de Corps, Vallée du Valbonnais. Coordination Enfance – Jeunesse, Diagnostic Territorial Enfance-Jeunesse : Eléments d'analyse et propositions d'actions*. 2014. 35 p.

• VERCORS

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Vercors. 2018. 12 p.

• VALS DU DAUPHINE

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Fiche Jeunesse, Vals du Dauphiné*. 2018. 12 p.
- DEPARTEMENT DE L'ISERE, Groupe ENEIS. *Territoire Vals du Dauphiné, Diagnostic Jeunesse, 12/25 ans*. [Présentation Diaporama]. 2019

Diagnostics locaux de santé

- IREPS RA, Délégation Isère. *Diagnostic de santé partagé sur le territoire Vals du Dauphiné*. 2014. 4 p.

• SUD GRESIVAUDAN

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Fiche Jeunesse, Sud Grésivaudan*. 2018. 12 p.

• OISANS

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Fiche Jeunesse, Oisans*. 2018. 12 p.
- COLLECTIF SANTE EN OISANS, IREPS ARA. *Synthèse de l'état des lieux sur la santé des jeunes en Oisans (16-25 ans)*. 2016. 20 p.

• ISERE RHODANIE

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. *Fiche Jeunesse, Isère Rhodanienne*. 2018. 12 p.
- LA MAISON DES ADOLESCENTS. *Mieux prendre en charge les adolescents : Enquête auprès des généralistes de l'Isère rhodanienne - mai 2016*. [En ligne]. Disponible sur : <http://rmcvienne.fr/Blog/wp-content/uploads/2016/09/Enqu%C3%AAtte-MG-IR-2016.pdf>

Diagnostic local de santé

- ORS, Observatoire Régional de La Santé. *Diagnostic local de Santé Pays Roussillonnais*. 2016. [En ligne]. Disponible sur : http://www.ccpaysroussillonnais.fr/diag_sante.pdf
- JUILLAT Gaëtan. *Diagnostic de l'offre de soins de 1 er recours dans l'agglomération du pays viennois et des territoires limitrophes focus sur les quartiers en politique de la ville de vienne*. 52 p.
- ORS, Observatoire Régional de la Santé. *Diagnostic local de santé pays viennois*. 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://www.vienne-condrieu-agglomeration.fr/wp-content/uploads/2017/11/rapport_pays_viennois_final-2.pdf
- *Plan Local de santé du pays viennois 2013 - 2015*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.vienne-condrieu-agglomeration.fr/wp-content/uploads/2017/09/plq_ville_plan_local_sante_2013-2015.pdf
- *Assemblée plénière Conseil Local de Santé Mentale 20 novembre 2018*. 2018. [Présentation Diaporama].

Guides

- *Guide Ressources en Santé Mentale du Pays Viennois*. 2017. [En ligne]. Disponible sur : http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/plq_ville_guide_sism_2017-1.pdf

• HAUT RHÔNE DAUPHINOIS

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Haut Rhône Dauphinois. 2018. 12 p.

• GRESIVAUDAN

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Grésivaudan. 2018. 12 p.

• BIEVRE VALLOIRE

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Bièvre Valloire. 2018. 12 p.

Diagnostic local de santé

- IREPS Auvergne Rhône Alpes. *Etat des lieux des besoins en matière d'accès aux soins et à la prévention Territoire de Bièvre-Valloire*. 2017. 20 p.

• AGGLOMERATION GRENOBLOISE

Jeunes

- DEPARTEMENT DE L'ISERE. Fiche Jeunesse, Bièvre Valloire. 2018. 12 p.

CLSM

- BEGOU Carole. *La démarche de Conseil Local de Santé Mentale Echirolles*. 2019. 16p.
- BEGOU Carole. *Des thématiques à la constitution de groupes de travail, CLSM Echirolles*. 2019.
- DIRECTION COMMUNICATION, VILLE DE GRENOBLE. *Le Conseil Local de Santé Mentale de Grenoble*. [Plaquette d'information]. 2013

Diagnostics locaux de santé

- ORS, Observatoire Régional de la Santé Auvergne Rhône Alpes. *Diagnostic local de santé qualitatif Saint-Martin D'Hères*. 2018. 70 p.
- *Plan Municipal de santé Grenoble 2016 -2020*. 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.grenoble.fr/472-plan-municipal-de-sante.htm>
- *Contrat local de santé Grenoble 2018-2023*. 2018. 102 p.
- *Diagnostic santé, ville de Grenoble*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.grenoble.fr/472-plan-municipal-de-sante.htm>
- *Rapport d'Activité 2017 : Coordination des psychologues des lieux d'écoute de l'agglomération grenobloise*. 27 p.
- GROUPE ENEIS. *Rapport de diagnostic : Etude sur les conduites addictives de la population grenobloise*. [Présentation Diaporama]. 2018.
- GROUPE ENEIS. *Réalisation d'une étude croisant les enjeux des conduites addictives et de consommation de substances psychoactives chez les jeunes avec ceux du trafic de stupéfiants*. [Présentation Diaporama]. 2019.

Professionnels

- AGECSA. *Partenariat entre une équipe de médecins généralistes de centres de santé et l'équipe d'un CMP*. [Présentation diaporama]. 2018.
- JACOUD, Astrid ; COUVERT, Isabelle. *Analyse du vécu et des enjeux relationnels des médecins généralistes et psychiatres, dans le cadre de rencontres régulières : une étude qualitative en Isère*. Thèse : UFR de Médecine : Université de Grenoble : 2018.
- BOURGEAT, Mélissa. *L'accompagnement des professionnels du secteur médico-social auprès des personnes vieillissantes en souffrance psychique*. Mémoire : Sciences sociales et Humaine : Université de Grenoble. 2015.
- *Désormais psychiatres et généralistes s'accordent pour les prescriptions*. *Concours Médical*, Tome 40. p. 27. 2018.

Guides

- AGECSA. *[RESSOURCE] accueil et écoute de la souffrance mentale à Grenoble*. 2018. [En ligne]. Disponible : <https://www.agecsa.fr/blog/souffrance-mentale-lieux-ressources-a-grenoble/>

• ALPES SUD ISERE

Diagnostic local de santé

- L'ESPACE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE. *Diagnostic local de santé sur le Territoire Alpes Sud Isère*. 2008. 96 p.

Jeunes

- ORS, Observatoire Régional de la Santé. *Jeunes suivis par la mission locale en Alpes Sud-Isère, Etude qualitative*. 2008. 69 p.
-

Le 3 janvier 2019

JORF n°0176 du 29 juillet 2017

Texte n°16

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

NOR: SSAH1710848D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>
Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/2017-1200/jo/texte>

Publics concernés : établissements de santé autorisés en psychiatrie ; professionnels de santé ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; représentants des usagers et des familles ; psychologues ; agences régionales de santé ; collectivités territoriales.

Objet : modalités d'élaboration et priorités du projet territorial de santé mentale.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret fixe les priorités du projet territorial de santé mentale. Il précise également la méthodologie et les délais maximum de son élaboration, en définissant notamment le rôle des agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 114-1-1 et L. 114-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 3221-5-1 et L. 3221-6 ;

Vu la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, notamment son article 5 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article R. 3224-1 devient l'article R. 3225-1 ;

2° Il est rétabli un chapitre IV comprenant les articles R. 3224-1 à R. 3224-10 ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Projet territorial de santé mentale

« Art. R. 3224-1.-I.-Le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 :

« 1° Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;

« 2° Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3° Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

« II.-La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées mentionnées au I de l'article L. 3221-2 lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie.

« III.-Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

« IV.-Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

« Art. R. 3224-2.-I.-Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de

l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence.

« II.-Pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale sur ce territoire :

« 1° S'assurent de la participation des communautés psychiatriques de territoire mentionnées au VI de l'article L. 3221-2, lorsqu'elles existent ;

« 2° Veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale ;

« 3° Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

« III.-L'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant.

« IV.-Le défaut d'élaboration d'un projet territorial de santé mentale par les acteurs est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de dix-huit mois à compter de la date d'échéance du délai de cinq ans suivant la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant arrêté le précédent projet territorial de santé mentale.

« Art. R. 3224-3.-Pour établir l'état des ressources disponibles, identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et préconiser des actions pour y remédier, le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 prend en compte les éléments suivants :

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

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

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

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

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

« 6° L'accès aux droits ;

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

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

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

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

« Le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

« Art. R. 3224-4.-Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.

« Art. R. 3224-5.-I.-**Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.**

« A ce titre, il prévoit l'organisation de :

« 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;

« 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;

« 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

« II.-Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :

« 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

« 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;

« 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;

« 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

« III.-Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

« Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;

« 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.

« II.-Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

« Art. R. 3224-7.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« A ce titre, il veille à ce que soient prévus :

« 1° L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;

« 2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;

« 3° L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

« Art. R. 3224-8.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

« Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

« A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.

« II.-Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

« 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;

« 2° L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;

« 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;

« 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

« Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

« A ce titre, il vise à :

« 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;

« 2° Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. »

Article 2

Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret.

Article 3

La ministre des solidarités et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 juillet 2017.

Edouard Philippe

Par le Premier ministre :

La ministre des solidarités et de la santé,
Agnès Buzyn

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées,
Sophie Cluzel

Annexe 4 Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019

Ministère des solidarités et de la santé
Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction Régulation de l'offre de soins
Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques
et santé mentale (R4)
Mél. : DGOS-R4@sante.gouv.fr
La directrice générale de l'offre de soins
à
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : **SSAH1901616J**

Classement thématique : établissements de santé

Validée par le CNP, le 11 janvier 2019 - Visa CNP 2019-03

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui **Catégorie** : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application.

Résumé : La présente instruction vise à accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en oeuvre des projets territoriaux de santé mentale. Elle renvoie en annexe à une note de cadrage pour structurer l'organisation des soins de réhabilitation psychosociale au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie .

Mots-clés : projet territorial de santé mentale ; soins de réhabilitation psychosociale ; parcours de santé et de vie ; soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux ; services.

Textes de référence :

Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69 ;

Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale « Ma Santé 2022 » ;

Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018.

Annexes :

Note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale.

Diffusion : ARS, établissements et professionnels de santé.

1. Eléments de contexte

« Ma santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale.

Cet objectif est inscrit dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie diffusée dans le cadre du Comité Stratégique de la santé mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018, présidé par la Ministre des solidarités et de la santé.

Il figure dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) qui priorise l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

La présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale et les ARS dans la structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

L'objectif est de garantir aux personnes vivant avec des troubles mentaux invalidants, ou connaissant des limitations des fonctions et des habiletés sociales en raison de leur pathologie, un accès à ces soins dans une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte de leurs capacités, de leurs compétences et de leurs choix. Ces nouveaux outils thérapeutiques porteurs de sens et d'espoir pour les patients et leurs proches ont vocation à compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires.

Cette offre de soins doit s'inscrire dans un travail en réseau qui englobe l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie, notamment des soins primaires, éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville, venant en soutien de l'autonomie et de l'insertion sociale et professionnelle afin de permettre la mise en oeuvre du projet global de réhabilitation favorable au rétablissement de la personne. Son cadre de mise en oeuvre est le PTSM, permettant d'organiser entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et avec les usagers et les familles, une prise en charge globale et coordonnée des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques ou susceptibles d'en développer, adaptée aux lieux de vie des personnes.

2. Note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale

La note de cadrage annexée à la présente instruction a été élaborée au sein d'un groupe de travail réuni par la DGOS avec les professionnels concernés, dans le cadre du comité de pilotage de la psychiatrie. Elle propose un cadre d'organisation afin de structurer le développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, au sein des PTSM.

Cette note de cadrage décrit les publics cibles, le parcours de soins en réhabilitation psychosociale ainsi que l'organisation territoriale attendue et propose des indicateurs d'évaluation et de suivi à destination des acteurs. Elle prévoit la structuration d'une offre de soins de réhabilitation organisée en proximité, intégrée dans les parcours de santé et de vie des personnes, ainsi que des fonctions de soutien, de formation et de recherche organisées au niveau régional dans un ou plusieurs centres « support ».

L'offre de soins de réhabilitation doit s'inscrire autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes en proximité, en favorisant les coopérations et les partenariats mis en oeuvre dans le cadre du PTSM. Parallèlement à la note de cadrage et en complément, des références de littérature scientifique et des ressources documentaires dédiées à la réhabilitation psychosociale sont mises en ligne sur le site sante.gouv.fr sur la page consacrée au PTSM incluant notamment les outils de l'ANAP (synthèses, fiches pratiques organisationnelles et managériales).

3. Mise en oeuvre sur les territoires : financement, calendrier, suivi et évaluation

La structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale s'inscrivant dans le cadre du PTSM arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au plus tard en juillet 2020¹, l'objectif est que le déploiement de cette offre soit réalisé d'ici 2020.

En conséquence, un appel à candidatures régional doit être organisé, s'appuyant sur la note de cadrage jointe en annexe, avec des financements prévus pour les lauréats comme mentionné dans Ma santé 2022.

Pour engager sans tarder cette démarche, des crédits DAF inscrits en base à hauteur totale de 5,247 millions d'euros ont été délégués aux ARS dans la 2ème circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé, sur la base d'une répartition populationnelle.

Ces crédits sont destinés à accompagner le financement :

- du ou des centres « support » identifiés au niveau régional, disposant d'une expérience solide et reconnue en soins de réhabilitation psychosociale ;

¹ Date limite de transmission au directeur général de l'ARS du PTSM en application de l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux Projets territoriaux de santé mentale

- de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale existante et à développer dans le cadre du PTSM.

Vous veillerez à renforcer dans un premier temps les offres de proximité déjà formalisées sur le territoire et à accompagner le développement de nouvelles offres de soins de réhabilitation afin qu'à l'échéance de 2020, une couverture homogène des territoires soit assurée.

Les centres de soins « support » identifiées par les ARS auront pour missions complémentaires de diffuser les connaissances et les outils en réhabilitation psychosociale (organisation de journées, congrès, formations...), fournir un appui à la structuration des offres de proximité (aide à l'ingénierie de projets, formation des professionnels...), soutenir leur fonctionnement via une animation territoriale, faire avancer la recherche et l'évaluation.

Ces centres « support » pourront contribuer, à la demande de l'ARS et en appui de celle-ci, à la diffusion de l'offre de soins de réhabilitation sur les territoires.

Vous réaliserez le suivi et l'évaluation de la structuration des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, en lien avec les établissements de santé et les acteurs concernés, dans le cadre de la mise en oeuvre du PTSM. Pour cela, des indicateurs sont proposés dans la note de cadrage, qui pourront être complétés selon les besoins des territoires.

En fonction des actions mises en oeuvre et des besoins complémentaires identifiés par les ARS, une tranche complémentaire de crédits pourra intervenir pour poursuivre le déploiement de cette offre de soins sur les territoires.

Vous veillerez à communiquer aux acteurs de votre région la note de cadrage annexée à cette instruction. Celle-ci sera également mise en ligne sur le site internet du Ministère².

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par la Secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation
Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation
Sabine FOURCADE
Secrétaire générale des ministères chargés
des affaires sociales

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>

Annexe 5 Liste des personnes interrogées dans le cadre du diagnostic

Entretiens individuels ou collectifs réalisés dans le cadre du PTSM de l'Isère

Service	Structure	Personne	Fonction
Centre de santé	AGECSA	Dr Philippe PICHON Dr Bruno CARON	Médecin Généraliste Psychiatre
Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) Tignieu-Jamezieu		Dr Benoit FOSSIER	Médecin Généraliste
Centre Médico-Psychologique (CMP) Monestier de Clermont	Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI)	Mme Marie-Claude DEVILLIERES	Cadre de santé
Pharmacie Croizat St Martin d'Hères		Mme Céline FRANCOIS	Pharmacienne
Le Caméléon		Mr Thibault COURVOISIER	Psychologue coordinateur
Association d'accompagnement des migrants			
Protection Maternelle et Infantile (PMI) Villefontaine	Département de l'Isère	Mme Marie-France AUBLANC	Infirmière puéricultrice
SOS Médecins		Dr Laurent CHALLENGE	Médecin Généraliste
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) Psy	Etablissement de Santé Mentale des Portes de l'Isère (ESMPI)	Mme Isabelle MUSY	Cadre sociale
CMP Alliance Ados	CHAI	Mme Laurette JAUNENC SOLER	Cadre de santé
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	AIDES	Mme Anita VIOSSAT	Déléguée de lieu de mobilisation
Service d'Addictologie Mutualiste (SAM) des Alpes	Mutualité Française	Dr Agnès FAGOT	Médecin
Réseau Handicap Psychique (RéHPsy)		Mme Anne NGAKUI	Case Manager
Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale et Remédiation Cognitive (C3R)	CHAI	Dr Benjamin GOUACHE	Psychiatre
Les couleurs de l'accompagnement		Mr René BAPTISTE	Président
Santé Publique et Environnementale	Ville de Grenoble	Mr Loïc BIOT	Directeur

Point Précarité Santé (POPS)	L'Oiseau Bleu	Mme Marie BERTRAND Mme Célia CHABLY Mme Alvine RANE	Infirmière animatrice Médiatrice en santé Infirmière animatrice
Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)	Département de l'Isère	Mme Cécile BERTRAND Mme Emmanuelle CAUSSE	Chef de service Psychologue
Education nationale		Dr Florence BORGHESE Mme Claude POULET	Médecin conseiller technique Infirmière Coordinatrice
Centre de Santé Inter-Universitaire	Université Grenoble Alpes	Dr Sarah HUSTACHE	Médecin
Clinique du Grésivaudan		Mr Didier BROSSARD Mme Isabelle ESCODA Dr Calin BARNIA	Directeur Cadre de santé Psychiatre
ACTIS		Mme Tania VIEILLOT ETZOL Mme Annie CARRON	Responsable de service Prévention - Médiation - Tranquillité Chargée de médiation sociale
Méthode d'Action pour le l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA) Sud Isère	Département de l'Isère	Mme Anne ROYER	Gestionnaire de cas
Réseau Visage		Mme Véronique CURT	Cadre de santé
Urgences Hospitalières	CH de Vienne	Mme Delphine SAUZARET	Assistante sociale
Urgences Hospitalières	CHU de Grenoble	Dr Carole PAQUIER	Chef de service
Médecine somatique	ESMPI	Dr Ilyes KERDOUCI	Médecin somaticien
Service de psychiatrie	CHU de Grenoble	Pr Thierry BOUGEROL	Chef de service
Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EMGP)	ESMPI	Mme Anne CAMUS	Infirmière
Centre d'accueil intercommunal	Ville de Grenoble	Mr Jean-Alexandre PEYROTTE Mr Gilles AMOUSSOU Mme GNEMMI	Directeur Coordinateur équipe éducative Adjointe de direction
Service Départemental d'incendie et de Secours		Dr Christophe ROUX	Médecin Colonel
Gendarmerie de La Tour du Pin		Mr Jonathan MEYER	Adjudant Chef
Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI)	CHAI	Dr Benjamin GODECHOT	Psychiatre

Réseau Anaïs	MRSI	Dr Anne CORMORECHE-MONGE	Médecin Coordinateur
Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient (UTEP)	CHAI	Dr Diane BOURDERY	Chef de pôle
Accompagner Le Handicap Psychique en Isère (ALHPI)		Mme Alima SEBA	Directrice
Juge des libertés	Tribunal de Grande Instance de Grenoble	Mme La Juge Marie-Laure MAS	Juge des libertés
Sous-préfecture de Vienne	Préfecture de l'Isère	Mr Le Sous Préfet Jean-Yves CHIARO	Sous-Préfet
Association des maires de l'Isère		Mr Christian COIGNÉ	Vice-Président
UNAFAM 38		Mme Aude DE CORNULIER Mme Françoise BRAOUDAKIS Mme Myriam BODELLE Mr Claude GUERRY	Bénévole Bénévole Présidente Vice-Présidente
Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)		Dr Patrice BARO	Président
Entretiens		Mr Gérard FERROUD Mr Maxime PLAZA	Adhérents de l'association
Médecine du travail	Schneider Electric	Dr Carine GRESSIN Mme Nicole DAURAT	Médecin du travail Infirmière du travail
IREPS		Mr Marc BRISSON Mme Alice COSTE	Délégué territorial Chargée de projets
Equipe Mobile Adolescents Interfas	CHAI	Mr Alain MARIN	Psychologue coordinateur
Equipe de liaison	CH de Bourgoin-Jallieu	Mme Magali CHARABOUTIQUE	Infirmière de Pratiques Avancées
Médecine interne	CHU de Grenoble	Mme Claire GUILMAIN	Cadre de santé
GEM Main dans la Main		Entretien de groupe	Usagers
OXYGEM		Entretien de groupe	Usagers
Maison des Réseaux de Santé de l'Isère (MRSI)		Entretien de groupe	Coordinateurs d'appui, Psychologues, Assistants sociaux, Infirmier ETP, Assistants de coordination
Groupe opérationnel PTSM		Entretien de groupe	Coordinateurs CLSM, Agents du CHAI, Personnel de l'ESMPI

Annexe 6 Captures d'écran plateforme de contribution en ligne Usagers et Professionnels

Projet Territorial de Santé Mentale de l'Isère - Diagnostic

Le PTSM émane de la loi de modernisation de notre système de santé (2016), article 69. Tous les territoires sont amenés à conduire ce travail, dont l'objectif est l'amélioration des parcours en santé mentale.

Le point de départ du PTSM est un diagnostic territorial partagé. Dans cet objectif, cette plateforme iséroise vous permet de contribuer à cette phase du diagnostic.

Merci par avance de votre participation.

Vous êtes

- Un professionnel
- Un usager / représentant d'usagers

SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms

Projet Territorial de Santé Mentale de l'Isère - Diagnostic

***Obligatoire**

Le Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes définit un parcours comme "la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur, dans un territoire donné nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du médico-social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement."

D'après-vous, quelles sont les principales problématiques des parcours en santé mentale sur votre territoire ? *

Votre réponse

Concrètement (dans votre quotidien) quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ? *

Votre réponse

Pour vous, quels sont les points forts du territoire en matière de santé mentale ? *

Votre réponse

D'après votre expérience, quelles seraient les réponses pratiques à vos difficultés ? *

Votre réponse

Pour terminer, d'après vous, quels sont les axes de travail à prioriser dans le champ de la santé mentale en Isère ? *

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT

Page 4 sur 5

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms

Annexe 7 Communiqué de lancement du PTSM Isère

Communiqué envoyé le 19 Février 2019

Professionnels de la santé, du social, du médico-social, usagers, aidants... construisons ensemble le PTSM Isérois !

Communiqué - Février 2019

Lancement du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Isère

La loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé, article 69, instaure les Projets Territoriaux en Santé Mentale (PTSM) sur le territoire national. Leur objectif est l'amélioration concrète des parcours en santé mentale.

En Isère, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes a missionné **la Commission Spécialisée Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé (CTS)**, pour son élaboration.

Le 19 Décembre 2018 la CSSM a validé la méthodologie de projet du PTSM de l'Isère. La Maison des Réseaux de Santé Isère (MRSI) a été désignée comme coordinatrice du projet.

Au-delà d'un document officiel, **les acteurs de la CSSM poursuivent l'objectif d'identifier et d'initier des pistes d'amélioration concrètes des parcours en Santé Mentale**. Il est un engagement collectif à une meilleure coordination et articulation des activités de chacun, au service des parcours.



L'enjeu de ce PTSM consiste à aboutir à des pistes de solutions concrètes à mettre en œuvre par les acteurs, pour l'amélioration des parcours.

Il s'attachera particulièrement à la faisabilité de la mise en pratique des recommandations effectuées, notamment sur la base des moyens que peuvent mobiliser les acteurs.

Le PTSM sera un projet dynamique, évolutif et engageant pour les prochaines années sur notre territoire. Le document de contractualisation marquera le point de départ du PTSM, dont la concrétisation opérationnelle s'étalera sur les mois à venir.

UNE PLATEFORME EST A LA DISPOSITION DES ACTEURS DES PARCOURS EN SANTÉ MENTALE, PROFESSIONNELS ET USAGERS, POUR CONTRIBUER AU DIAGNOSTIC PARTAGÉ (réponse individuelle ou collective) avant le 15 mars 2019 :

<http://mrsi.fr/projet-territorial-de-sante-mentale-isere/>

Pour plus d'informations : coordinatrices.ptsm@mrsi.fr



Annexe 8 Communiqué d'invitation aux Journées de lancement du PTSM Isère

Communiqué envoyé le 1^{er} Août 2019

L'ÉTAT DES LIEUX DES PARCOURS EN SANTÉ MENTALE RÉALISÉ DANS LE CADRE DU PTSM DE L'ISÈRE MET EN ÉVIDENCE 3 PRIORITÉS D'ACTION

A l'issue de l'analyse de paroles d'acteurs en santé mentale (professionnels, usagers et familles), recueillies par l'intermédiaire d'entretiens individuels, collectifs et d'une plateforme de contribution, 3 priorités d'action ont été identifiées sur le territoire de l'Isère.

LA PLACE DES CMP DANS LES TERRITOIRES ET LES LIENS AVEC LES AUTRES ACTEURS

Les CMP ont clairement été identifiés pas les acteurs comme l'acteur principal de l'offre de soin publique, gratuite et de proximité en santé mentale. Structure pivot des soins sectorisés, bénéficiant d'une forte visibilité, les acteurs ont exprimé de fortes attentes quant à leurs missions et leurs fonctionnements. Quelle cohérence entre les missions des CMP et les attentes exprimées par les acteurs ? Quelle place le CMP occupe-t-il dans la cohérence des autres réponses existantes en ambulatoire ?

DU REPÉRAGE D'UNE DIFFICULTÉ A UNE RÉPONSE RAPIDE ET SIMPLIFIÉE

Nombreux sont les acteurs (entourage ou professionnels) ayant exprimé des difficultés à savoir qui interpeller ou quelle conduite tenir dans des situations où ils identifient une souffrance psychique chez une personne qu'ils connaissent ou rencontrent pour la première fois. Comment agir en amont, pour éviter le passage aux urgences et anticiper la crise quand cela est possible ? Quelle réponse aux acteurs de tous champs (famille, proche, pompier, infirmière scolaire, professionnel de l'université, médecin généraliste, assistante sociale, bailleur...) identifiant une problématique de santé mentale, chez une personne, adulte, enfant, âgée... en capacité ou non d'exprimer une souffrance psychique ?

LA PERSONNE AU CŒUR DE SON PARCOURS EN SANTÉ MENTALE

Les acteurs ont souligné la nécessité de travailler à renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leur parcours de santé. Comment développer la prévention en santé mentale, développer les pratiques orientées rétablissement, la pair-aidance, l'éducation thérapeutique du patient ?

Comment œuvrer aux renforcements des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et tout au long de la vie ? Comment accompagner l'appropriation des guides de bonnes pratiques, des recommandations en santé mentale ?

Une priorisation nécessaire qui ne met pas de côté les autres problématiques identifiées. Ces trois priorités sont un premier pas pour amorcer des synergies entre acteurs et élaborer des réponses adaptées aux attentes au plus près des territoires.

AFIN DE LANCER LA SECONDE PHASE DU PTSM DE L'ISÈRE, QUI CONSISTE A ÉLABORER DES ACTIONS CONCRÈTES EN RÉPONSES AUX PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES, DES "GROUPES-ACTIONS" AUTOUR DE CES 3 PRIORITÉS SERONT OUVERTS A TOUS CET AUTOMNE.

UNE PRÉSENTATION DU DIAGNOSTIC SERA RÉALISÉE.

- Le 15 octobre 2019 sur le territoire de Vienne
- Le 5 novembre 2019 sur le territoire de Bourgoin-Jallieu
- Le 13 novembre 2019 sur le territoire de Grenoble

USAGERS, BÉNÉFICIAIRES DE SOINS, REPRÉSENTANTS D'USAGERS, AIDANTS, FAMILLES, PROCHES, PROFESSIONNELS DU SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL, SANITAIRE, SALARIÉS OU LIBÉRAUX, ÉLUS, PROFESSIONNELS DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'UNIVERSITÉ, ACTEURS DE LA PRÉVENTION, DU LOGEMENT...

TOUS LES ACTEURS DES PARCOURS EN SANTÉ MENTALE SONT INVITÉS A PARTICIPER !

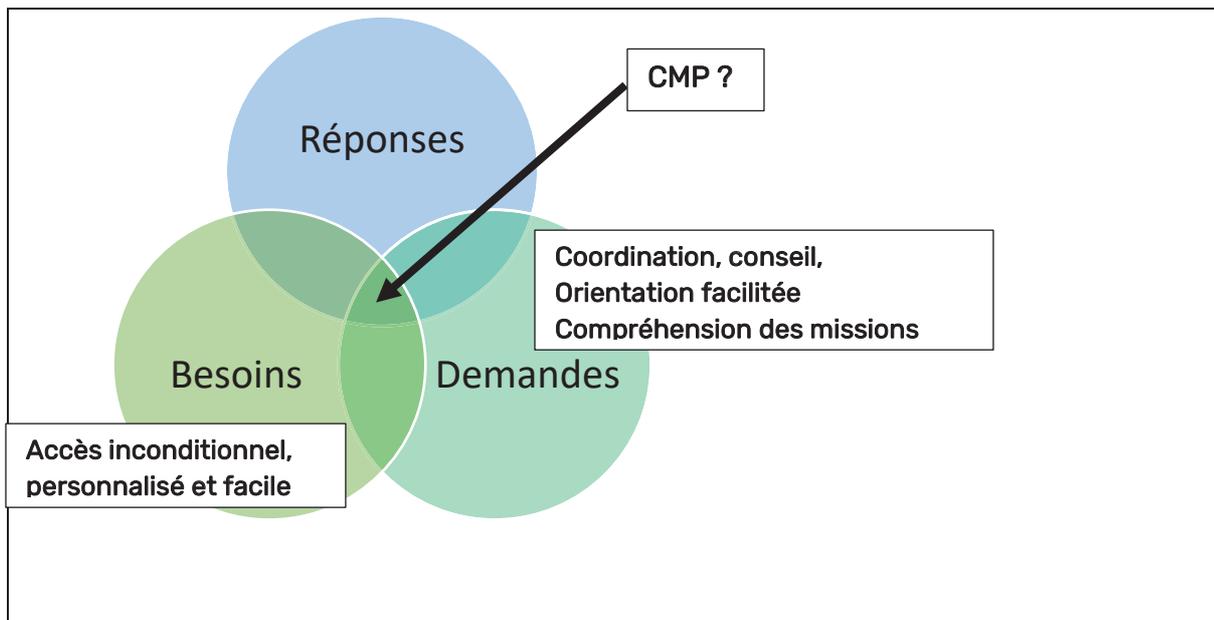


Pour plus d'informations : coordinatrices.ptsm@mrsi.fr

Annexe 9 Fiches Objectifs des groupes-actions

Fiche 1

TITRE
La place des CMP dans les territoires et les liens avec les autres acteurs
CONSTAT - PROBLEMATIQUES
<p>Les CMP ont clairement été identifiés par les acteurs comme l'acteur principal de l'offre de soin publique et de proximité en santé mentale. Pour autant, les acteurs ont exprimé de fortes attentes quant à leurs missions et leurs fonctionnements.</p> <p>L'accessibilité aux CMP enfant, adolescent et adulte est une problématique partagée par de nombreux acteurs des parcours de santé mentale. Les demandes des professionnels, sociaux, médico-sociaux et sanitaires sont notamment centrées sur l'orientation simple de personnes, le partage d'information et le conseil.</p> <p>Pour rappel, la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, précise que « <i>les spécialistes en psychiatrie se situent tout à la fois en 'première ligne', les patients pouvant avoir recours directement à eux, et en 'seconde ligne', agissant notamment par le conseil et la formation des professionnels auxquels la population s'adresse le plus souvent, ou qui se trouvent confrontés à des situations clés pour la santé mentale.</i> »</p> <p>Côté des bénéficiaires de soins, ou des personnes en demande de soins ou des familles, les besoins qu'ils identifient se situent au niveau de la rapidité des réponses, l'accompagnement proposé et la facilité à s'y rendre.</p> <p>L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement : définit les Centres Médico-Psychologiques (CMP) comme des « <i>unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique</i> ».</p> <p>Enfin, la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale :</p> <p>« <i>Le centre médico-psychologique occupe une place prépondérante, car assurant une double fonction : accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs.</i></p> <p><i>Il se doit d'être aisément accessible, par ses heures d'ouverture, sa localisation, et les modalités d'accueil, tout particulièrement lors de la première prise de contact ; [...] Il importe enfin de rappeler que le respect du libre choix implique d'accueillir un patient qui n'est pas du secteur.</i> »</p>



OBJECTIFS

Questionnement central

Quelle cohérence entre les missions des CMP et les attentes exprimées par les acteurs ?

Ce qui implique d'être en capacité de répondre aux questions suivantes :

Quelle est la place du CMP dans l'offre en santé mentale en Isère ?

- Quelles missions ?
- Quelle(s) alternative(s) face à la diversité des besoins, des parcours et des publics ? (Notamment les adolescents, les enfants)

Quelles sont les marges de manœuvre des CMP pour répondre aux attentes exprimées des acteurs relatives à leur fonctionnement ?

- Lisibilité des missions et de la sectorisation
- Partage d'information
- Le turn over des équipes
- La possibilité d'aller dans les lieux de vie
- Accessibilité par les transports
- Réduction des délais d'attente
- Horaires d'ouverture
- La personne qui ne peut faire la démarche de se rendre au CMP ou même de l'appeler

Fiche 2

TITRE
Du repérage d'une difficulté à une réponse rapide et simplifiée en santé mentale
CONSTATS - PROBLEMATIQUES
<p>Nombreux sont les acteurs (entourage ou professionnels) ayant exprimé des difficultés à savoir qui interpeller ou quelle conduite tenir dans des situations où ils identifient une souffrance psychique chez la personne qu'ils connaissent ou rencontrent pour la première fois.</p> <p>Il ne s'agira pas de traiter dans ce groupe la question de la prise en charge de l'urgence. Mais d'agir en amont, pour éviter le passage aux urgences, anticiper la crise quand cela est possible.</p>
OBJECTIFS
<p><u>Questionnement central</u></p> <p>Quelle réponse aux acteurs de tous champs (pompier, infirmière scolaire, professionnel de l'université, médecin généraliste, assistante sociale, bailleur...) identifiant une problématique de santé mentale, en amont de l'urgence, chez une personne, adulte, enfance, âgée... en capacité ou non d'exprimer une souffrance psychique ?</p> <p>Ce qui implique d'être en capacité de répondre aux questionnements :</p> <ul style="list-style-type: none">- Quelle offre existe-t-il en réponse aux besoins d'accès rapide à une expertise sur une situation ?<ul style="list-style-type: none">● Quelles missions des équipes mobiles ? spécificités, territoires, modalités d'interventions, quels liens avec le CMP ?● Demande de conseil ?● Evaluation d'une situation à domicile ?● Développement des Premiers Secours en Santé Mentale ?● La réponse est-elle uniquement issue de la psychiatrie ?● Les espaces intermédiaires pour accueillir la personne lambda ?- Quels outils au repérage précoce ?- Comment faire « émerger » les autres acteurs hors équipes spécialisées en psychiatrie concourant au prendre soin en santé ? quelles responsabilités et champ d'action ?- Comment construire ensemble une réponse adaptée et graduée ?

TITRE
La personne au cœur de son parcours en santé mentale
CONSTATS – PROBLEMATIQUES
<p>Usagers, représentants d’usagers, professionnels, sont en demande croissante de renforcement de la place de la personne au cœur de son parcours. Les guides de bonnes pratiques, les recommandations publiées dans le champ de la santé mentale, sont des outils qui placent la personne au cœur du parcours, avec une approche par le rétablissement, la réhabilitation psychosociale. Pour autant, il est constaté par les acteurs le peu d’autonomie donnée à la personne, dès le diagnostic, ainsi que le peu de moyens mis en œuvre pour faciliter cette autonomie (pairs-aidants, aides sociales, Groupes d’entraide mutuelle, carnet de santé...).</p> <p>Un appui légal au développement des soins de réhabilitation psychosociale : « <i>Les soins de réhabilitation psychosociale s’inscrivent dans la démarche du projet territorial de santé mentale avec un travail en réseau qui doit impliquer l’ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie des personnes (autres acteurs du soin, acteurs éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville, etc..., venant en soutien de l’autonomie et de l’insertion sociale et professionnelle) afin de permettre la mise en oeuvre du projet global de réhabilitation, favorable au rétablissement des personnes.</i> » - Instruction n°DGOS/R4/2019/10 du 16 Janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.</p>
OBJECTIFS
<p><u>Questionnement central</u></p> <p>La personne acteur de son parcours en santé mentale au quotidien, pourquoi et comment ?</p> <p>Ce qui implique d’être en capacité de répondre aux questionnements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment encourager la participation des usagers dans leur parcours en santé mentale ? - Comment renforcer le pouvoir d’agir des personnes ? - Comment développer la prévention en santé mentale ? - Comment œuvrer aux renforcements des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et tout au long de la vie ? - Comment faciliter la connaissance des guides de bonnes pratiques, des recommandations ? - Sur quels moyens est-il possible d’agir pour favoriser l’autonomie ? - Développement des pratiques orientées rétablissement (réhabilitation psychosociale, Education Thérapeutique du Patient...) ?

Annexe 10 Réponse Contribution CPAM l'Isère

La CPAM de l'Isère est particulièrement vigilante à la bonne prise en charge des situations complexes en général, et en particulier celles, hélas croissantes, engendrées par la souffrance psychique.

L'assurance maladie ne refuse pas la prise en charge des transports vers les CMP, mais s'assure, en conformité avec la législation en vigueur, que ces transports sont remboursables.

En effet, depuis le 28 mai 2014, les frais de transports liés aux soins ou traitements dans les CMPP ou les CAMSP sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve de fournir une prescription médicale et de se soumettre au dispositif de l'accord préalable (décret n°2014-531 du 26/05/2014 – JO du 27/05/2014).

Les transports pour se rendre en CMP (entrée/sortie) ou en SESSAD (séances de regroupement uniquement) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve que la situation du bénéficiaire lui ouvre un droit aux transports (affection de longue durée).

En revanche, les transports pour se rendre en IME, ITEP ou IEM (entrée/sortie) ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie sur l'enveloppe de soins de ville et sont compris dans le budget de l'établissement.

Il est à noter que des arbitrages sont en cours avec le Ministère de la Santé et des Solidarités sur le périmètre tarifaire de certaines structures et sur certains points de la réglementation, qui sont donc susceptibles d'évoluer.

Lorsque les établissements médico-sociaux ne disposent pas du personnel nécessaire au sein de leur structure (orthophonistes ou kinésithérapeutes, par exemple), il est possible d'externaliser les soins.

Deux cas de figure peuvent alors se présenter :

- Si l'établissement a signé une convention avec un professionnel de santé libéral, il s'agit de soins externalisés, les transports sont inclus dans le budget de l'établissement.
- Si l'établissement n'a pas signé de convention avec un professionnel de santé libéral, il s'agit de soins complémentaires, l'Assurance Maladie prend en charge les transports sur l'enveloppe de soins de ville, selon les dispositions de droit commun (R322-10 du CSS).

Les motifs, restrictifs, pour lesquels l'assurance maladie pourrait être amenée à refuser un transport, vers ou depuis un CMP, sont donc les suivants : absence d'accord préalable, absence d'ALD, ou transports vers ou depuis des soins externalisés.

Hélène Cardinale
Directrice CPAM Isère

Annexe 11 Diagnostic quantitatif Observatoire Régional de Santé

Ci-après

Annexe 12 Contribution au diagnostic du PTSM de l'Isère – Enquête UNAFAM

Ci-après

Annexe 13 Contribution Association Familiale de l'Isère pour les Personnes Handicapées (AFIPH)

Ci-après

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE ISÈRE - DIAGNOSTIC QUANTITATIF

SEPTEMBRE 2019

Ce travail a été réalisé par l'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes, à la demande et avec le soutien technique et financier de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Réalisation du travail et mise en page

Magali VENZAC, chargée d'études

Ève GIOVANNINI, chargée d'études

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives

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

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org



Remerciements

L'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce diagnostic et tout particulièrement **Adeline GONZALEZ** et **Stefany RICHE**, coordinatrices à la Maison des réseaux de santé de l'Isère (MRSI).



Sommaire

CONTEXTE ET OBJECTIF	9
MÉTHODE	10
DONNÉES QUANTITATIVES	15
1. Éléments de contexte.....	15
1.1. Le territoire.....	15
1.2. Contexte socioéconomique.....	17
2. La santé mentale et le recours aux soins.....	25
2.1. La mortalité.....	25
2.2. Les affections de longue durée.....	26
2.3. Les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique.....	29
2.4. Les prises en charge en établissement de psychiatrie.....	31
2.5. Le recours aux psychiatres libéraux.....	36
2.6. Les consommations régulières de psychotropes.....	38
2.7. L'articulation ville hôpital.....	40
3. Offre de soins : inégale répartition et accès.....	43
3.1. Les médecins généralistes.....	43
3.2. Les psychiatres.....	44
3.3. Les psychologues.....	45
3.4. Les infirmiers.....	47
3.5. Les centres hospitaliers ayant une autorisation en psychiatrie.....	48
3.6. La psychiatrie de secteur.....	51
3.7. La psychiatrie en milieu pénitentiaire.....	53
3.8. Les dispositifs pour les publics en précarité.....	53
4. Offre médico-sociale.....	55
4.1. Les structures médico-sociales pour adultes handicapés.....	55
4.2. Les structures médico-sociales pour les enfants porteurs de handicap.....	62
4.3. Les structures médico-sociales d'addictologie.....	68
5. Offre communautaire.....	69
6. Indicateurs spécifiques aux enfants et adolescents.....	71
7. Indicateurs spécifiques aux personnes âgées.....	79
8. Synthèse.....	85

Contexte et objectif

Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale fixe le cadre d'élaboration de ces projets. Il prévoit pour ce faire une étape de diagnostic ainsi que des priorités d'action à mettre en œuvre.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a missionné la Commission Spécialisée Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé (CTS) de l'Isère, pour l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Isère (PTSM). La Maison des Réseaux de Santé de l'Isère (MRSI) a été désignée comme coordonnatrice du projet.

L'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes a lui-même été sollicité par la Délégation territoriale de l'ARS pour apporter un appui à la MRSI, selon les choix méthodologiques validés par la Commission spécialisée en santé mentale et les besoins d'ores et déjà identifiés par la MRSI.

La MRSI a ainsi concrètement sollicité l'ORS sur deux volets du diagnostic :

- un appui à l'élaboration des outils de recueil de données qualitatives et à l'interprétation des données recueillies par entretiens (la MRSI sera en charge de la réalisation du volet qualitatif du diagnostic de santé mentale du territoire) ;
- un partage de données quantitatives permettant d'affiner les constats sur la santé mentale dans le département.

Le présent rapport présente les résultats du volet quantitatif de ce diagnostic.

Ces résultats ont été présentés à la Maison des Réseaux de Santé de l'Isère le 29 avril 2019.

L'ensemble de la démarche a été mené de janvier à septembre 2019.

Méthode

L'analyse des données statistiques en vue de l'élaboration du projet territorial de santé mentale de l'Isère a été réalisée à partir des bases de données disponibles à l'ORS et de données disponibles dans l'Atlas de santé mentale. Ces données permettent de décrire la situation sociodémographique des territoires, l'offre de soin et médicosociale en présence, le recours aux soins de la population, mais également de disposer d'indicateurs permettant d'approcher l'état de santé et les besoins de santé de la population iséroise, en matière de santé mentale.

Les indicateurs sont présentés à l'échelle des bassins de vie de l'Insee (lorsque les données étaient disponibles à cette échelle) et du département de l'Isère et ils sont comparés à la région Auvergne-Rhône-Alpes. L'analyse par bassin de vie permet de rendre compte des disparités de situations au sein du département et des disparités d'accessibilité aux ressources de santé.

Par ailleurs, des données issues de l'Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble et de l'enquête BLITZ de l'Observatoire territorial des conduites à risques de l'adolescent (OCTRA) sont également présentées.

Les données quantitatives en lien avec la santé mentale mobilisées sont :

- les données sociodémographiques : démographie, emploi, qualifications, bénéficiaires de la CMUc, population couverte par le RSA... Ces données constituent des éléments de cadrage essentiels pour donner du sens à l'ensemble des informations sanitaires ;
- la mortalité : mortalité par suicide et mortalité par maladies liées à l'alcool ;
- les hospitalisations en MCO (médecine chirurgie obstétrique) : hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement, pour maladies liées à l'alcool et pour tentative de suicide ;
- la prévalence des Affection de longue durée (ALD) pour affections psychiatriques ;
- les prises en charge en psychiatrie : prises en charge ambulatoires et hospitalières
- le recours aux psychiatres libéraux ;
- les consommations de traitements psychotropes réguliers ;
- l'offre de soins : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, centres hospitaliers ayant une autorisation en psychiatrie, offre de soin de la psychiatrie de secteur etc. ;
- l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap ;
- l'offre communautaire : Conseils locaux de santé mentale (CLSM), Groupement d'entraide mutuelle (GEM) et programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants ;
- le recours aux soins ambulatoires : niveau de recours aux différents professionnels de santé libéraux

Sources de données

Données sociodémographiques (Insee)

Les données sociodémographiques présentées aux différentes échelles sont issues du recensement de la population de l'Insee disponibles au moment de l'analyse (données du Recensement de population 2015 publiées en juillet 2017).

Mortalité (Inserm CépiDc)

Les données de mortalité présentées concernent la mortalité par suicide et par maladies liées à l'alcool pour la période 2011-2015. Ces données proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm¹, qui recueille les certificats médicaux de décès.

Affections de longue durée (CnamTS, CCMSA, RSI)

La Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et le Régime social des indépendants (RSI) transmettent des données sur les prévalences en Affection de longue durée (ALD). Elles portent sur l'année 2016. Ces données sont déclinées selon les 30 motifs d'ALD, dont les affections psychiatriques présentées dans ce rapport.

Hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) (ATIH)

Les données d'hospitalisation analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) diffusées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Tous les séjours concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisés entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 dans les établissements MCO publics et privés de France métropolitaine ont été sélectionnés.

Les données sont disponibles à l'échelle du code géographique PMSI (qui regroupe plusieurs communes). Les effectifs de patients hospitalisés selon la commune de domicile sont estimés au prorata de la population au recensement de 2015.

Hospitalisations en psychiatrie (RIM-P) (ATIH)

Les données du Résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P), diffusées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), traitent des actes ambulatoires et/ou séquences et des hospitalisations en établissement spécialisé en psychiatrie concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et ayant fait l'objet d'une prise en charge en établissement de psychiatrie durant l'année 2016.

Les données sont disponibles à l'échelle du code PMSI. Les effectifs de patients suivis en établissement spécialisé en psychiatrie selon la commune de résidence sont estimés au prorata de la population au recensement de 2015.

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale

Recours aux soins (SNIIRAM DCIR Simplifié)

Les données de l'Assurance maladie, issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM - DCIRS) couvrent l'année 2017 et portent sur le recours aux psychiatres libéraux et la consommation de traitements médicamenteux. Ces données concernent les assurés du régime général, du régime agricole et de l'Assurance maladie des professions indépendantes (remboursées par les caisses de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Données provenant de l'Atlas de santé mentale

Les données extraites de l'Atlas de santé mentale analysées concernent :

- les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie (années 2012-2013)
- le temps d'accès aux unités d'hospitalisations temps plein de psychiatrie (2016)
- les ressources communautaires : les Conseils locaux de santé (CLSM 2016), les Groupes d'entraide mutuelle (GEM 2015), les programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP 2016) et les Semaines d'information en santé mentale (SISM 2016).
- les données concernant les unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé (2018)

Données provenant de la Drees

Les données issues de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) portent sur l'offre de soins :

- Accessibilité potentielle aux médecins généralistes (APL, 2016) ;
- effectifs et densité de psychiatres (Répertoire partagé des professionnels de santé-RPPS, 2018) ;
- effectifs et densité de psychologues et d'infirmiers (répertoire ADELI, 2018).

Établissements de santé (SAE)

Les données issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) concernent l'offre de soins au 31 décembre 2017.

Établissements médico-sociaux (Finess)

Les données issues du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess consultées le 01/03/2019) concernent les Centres médico-psychologiques et les établissements médico-sociaux.

Les données transmises par l'Agence régionale de santé concernent les permanences d'accès aux soins de santé (PASS année 2018), les Équipes mobiles précarité psychiatrie (EMPP année 2017), les structures médico-sociales d'addictologie (2017) et les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (2017). Ces données sont également issues du Finess.

Maison des adolescents (ANMDA)

Les données de l'association nationale des maisons des adolescents (MDA) sont relatives à la localisation des MDA en Isère (2018).

Déclinaisons géographiques

Dans la majorité des cas, les différents indicateurs sont présentés à l'échelle des bassins de vie et du département de l'Isère et comparés à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Précisions méthodologiques

Les taux relatifs aux indicateurs de santé mentale et de recours aux soins (mortalité, recours aux professionnels de santé libéraux, hospitalisation, recours aux établissements de psychiatrie) sont, dans la majorité des cas, des « taux standardisés ». Ils sont calculés et utilisés lorsque les données sont sensibles à la structure par âge de la population étudiée.

Ainsi, le taux standardisé (standardisation directe) est le taux qui serait observé dans un territoire si ce dernier avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au 1^{er} janvier 2012). Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires (bassins de vie).

La valeur du taux comparatif est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux.

Données quantitatives

1. Éléments de contexte

1.1. Le territoire

Le département de l'Isère compte 521 communes au 1^{er} janvier 2018 et 32 bassins de vie, tels que définis par l'Insee.

Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Ces bassins de vie peuvent être interdépartementaux.

Les limites des bassins de vie correspondent en grande partie aux limites du département. Toutefois, 92 communes incluses dans ces bassins de vie sont situées hors du département (dont deux hors de la région) et 18 communes du département de l'Isère sont situées dans un bassin de vie qui n'est pas rattaché à l'Isère.

Le département de l'Isère



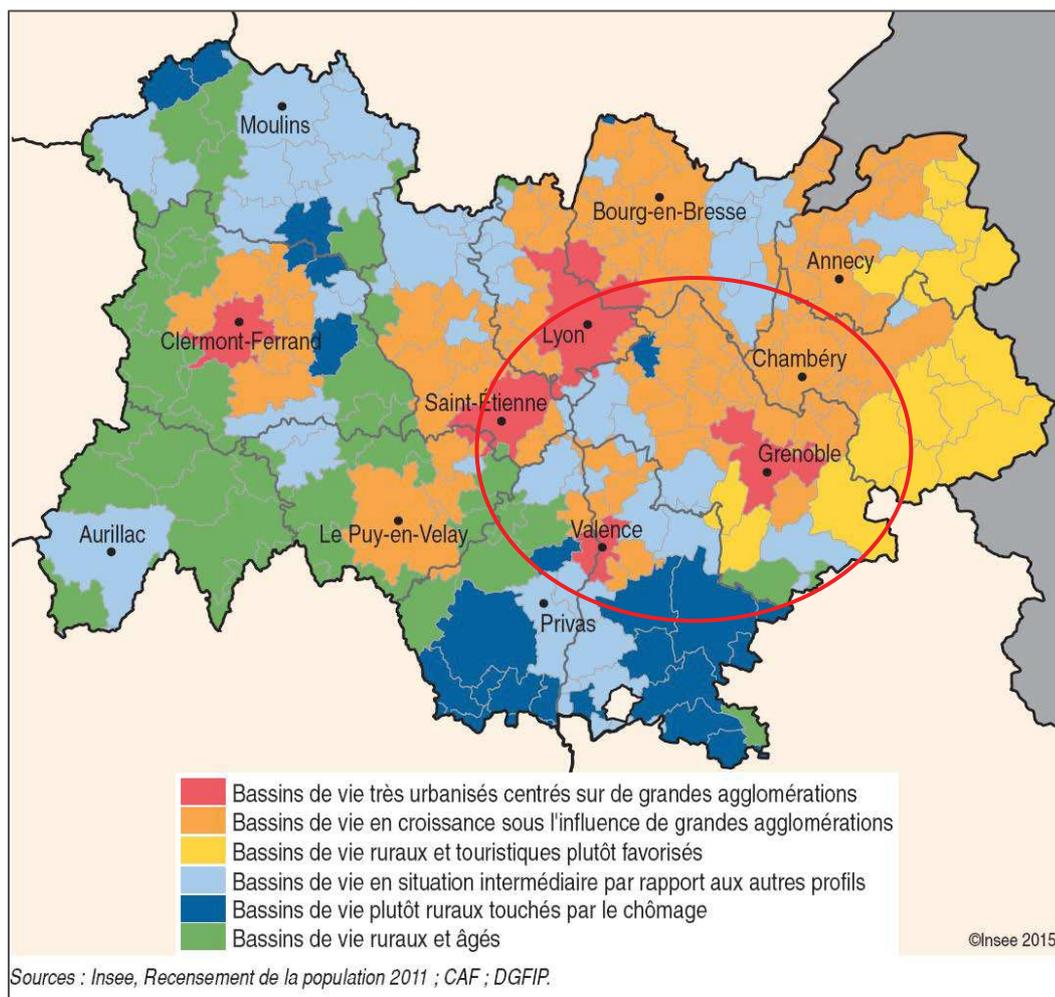
Sources : Insee (géographie au 1^{er} janvier 2018)

La typologie des bassins de vie² élaborée par l'Insee en 2015 permet de distinguer différents profils de territoire. Cette typologie prend en compte des indicateurs démographiques, de fragilité sociale, de ruralité du territoire, d'influence de l'urbain et de caractérisation du parc de logement.

Le département de l'Isère est composé d'une grande diversité de territoires. :

- un bassin de vie très dense et fortement urbanisé, centré sur l'agglomération grenobloise (représenté en rouge sur la carte).
- une grande partie du nord de l'Isère est composée de bassins de vie en croissance et sous l'influence des agglomérations grenobloise et lyonnaise (représentés en orange sur la carte)
- des bassins de vie ruraux (4) sont concentrés dans le sud de l'Isère (en montagne). Trois d'entre eux, les bassins de vie de Villard-de-Lans, Vif et le Bourg-d'Oisans sont classés dans les bassins de vie ruraux et touristiques plutôt favorisés tandis qu'un bassin de vie, Mens, se classe parmi les bassins de vie ruraux abritant une population âgée.

Typologie des bassins de vie en Auvergne-Rhône-Alpes selon l'Insee



² Typologie des bassins de vie de l'Insee 2015

1.2. Contexte socioéconomique

1.2.1. La population

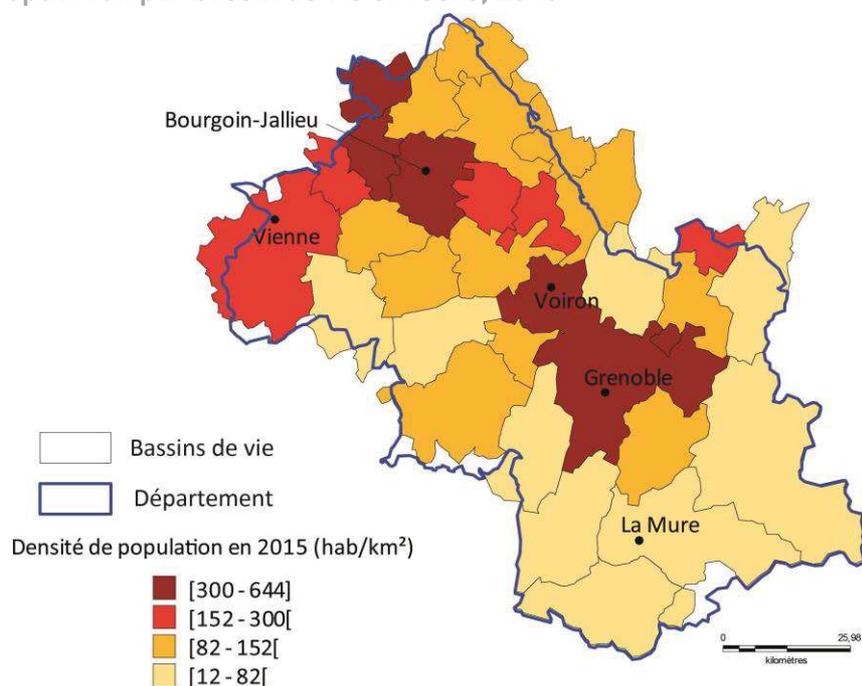
En 2015, l'Isère compte 1 251 060 habitants et représente 16 % de la population régionale. Le bassin de vie de Grenoble concentre 42 % de la population départementale.

- Une densité de population parmi les plus élevées de la région

Ce département est relativement dense, avec 168 habitants par km² en 2015, contre 113 habitants par km² en Auvergne-Rhône-Alpes. Comparativement aux autres départements de la région, l'Isère se classe au 3^{ème} rang des départements les plus densément peuplés, derrière le Rhône (561 hab/km²) et la Haute-Savoie (181 hab/km²).

Au sein du département, la densité de population varie de 12 habitants par km² dans le bassin de vie rural de Mens à 644 habitants par km² dans le bassin de vie de Grenoble. Les bassins de vie situés au nord du département et le long des axes autoroutiers reliant l'agglomération grenobloise à Lyon, apparaissent densément peuplés : les bassins de vie de Grenoble, Bourgoin-Jallieu, Villefontaine, Charvieu-Chavagneux ont une densité de population égale ou supérieure à 300 habitants par km².

Densité de population par bassin de vie en Isère, 2015



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

- Une croissance démographique comparable à celle de la région

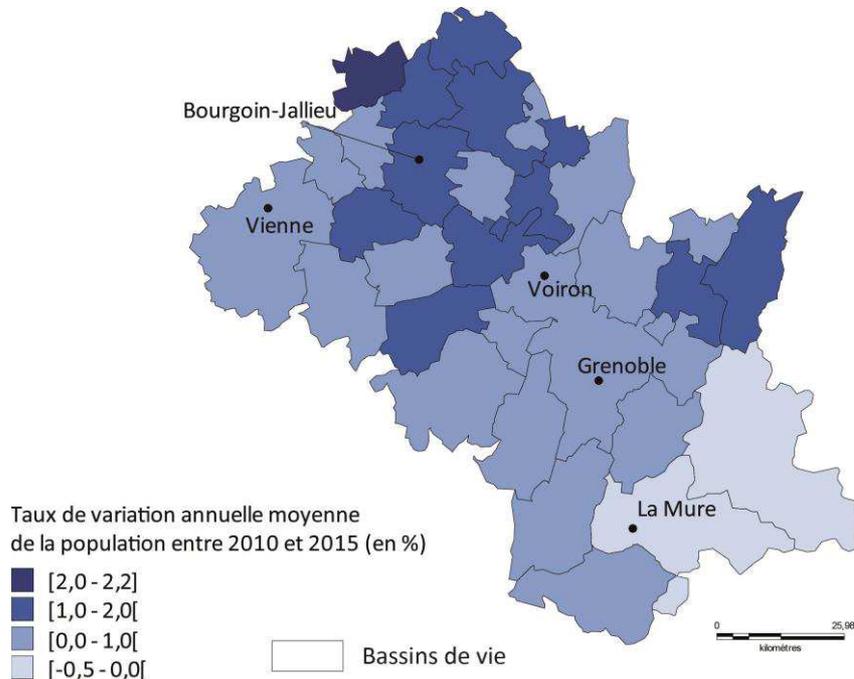
En 2015, le département de l'Isère comptait près de 45 000 habitants de plus qu'en 2010, soit un taux de variation annuelle de 0,7 %. Cette croissance démographique est comparable à celle enregistrée en Auvergne-Rhône-Alpes (0,8 %).

Seuls deux bassins de vie du territoire ont perdu des habitants entre les recensements 2010 et 2015 : Le Bourg-d'Oisans (-0,5 %) et La Mure (-0,03 %).

Les bassins de vie du nord et de l'est du département, sous l'influence des agglomérations lyonnaises et grenobloises, sont les plus dynamiques sur le plan démographique.

Les bassins de vie de Grenoble et Vienne connaissent, quant à eux, une croissance démographique modérée.

Taux (%) de variation annuelle de la population entre 2010 et 2015 par bassins de vie

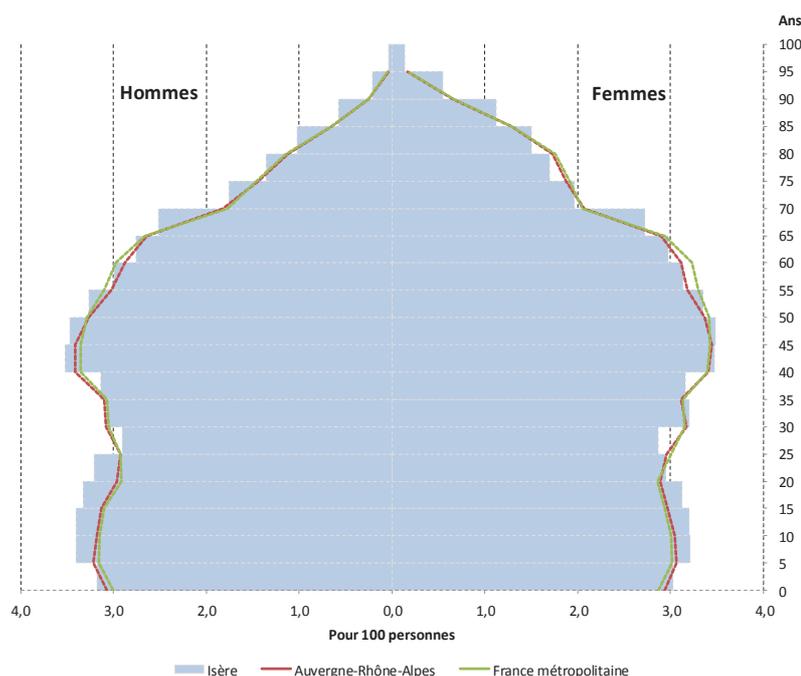


Source : Insee RP 2010 et 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Une population relativement jeune

La population du département de l'Isère est un peu plus jeune que l'ensemble de la région. En effet, la pyramide des âges montre une part de jeunes âgés de 5 à 25 ans plus élevée qu'en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

Pyramide des âges de l'Isère



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

L'indice de vieillissement du département s'élève à 66 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, ce qui est plus faible que celui enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes (76 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans).

Part (%) des jeunes et des personnes âgées dans la population, 2015

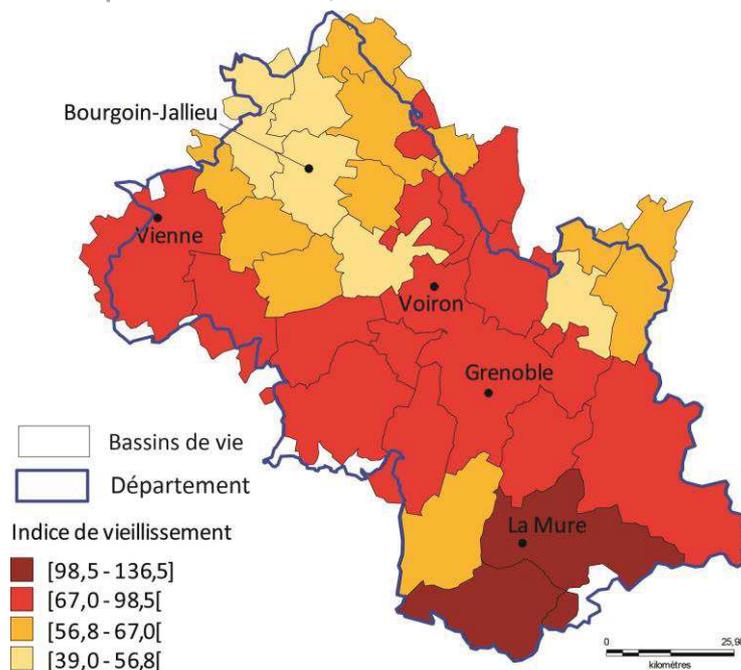
	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Part des moins de 20 ans (%)	25,9	24,6
Part des 65 ans et plus (%)	17,2	18,7
Indice de vieillissement* (%)	66,3	75,8

*Nombre d'habitants âgés de 65 ans et plus pour 100 habitants de moins de 20 ans

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

À l'échelle des bassins de vie, des différences sont observables. Les bassins de vie périurbains du nord du département, ainsi que les bassins de vie de Vif, Allevard, Pontcharra et le Touvet, apparaissent comme les plus jeunes. À l'inverse, quatre bassins de vie, situés au sud du département sont relativement âgés. Les bassins de vie de Mens (136 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), La Mure (99 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), Saint-Marcellin (85 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) et Le Bourg-d'Oisans (85 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) ont un indice de vieillissement relativement élevé.

Indice de Vieillesse par bassin de vie, 2015



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

1.2.2. Caractéristiques socio-économiques

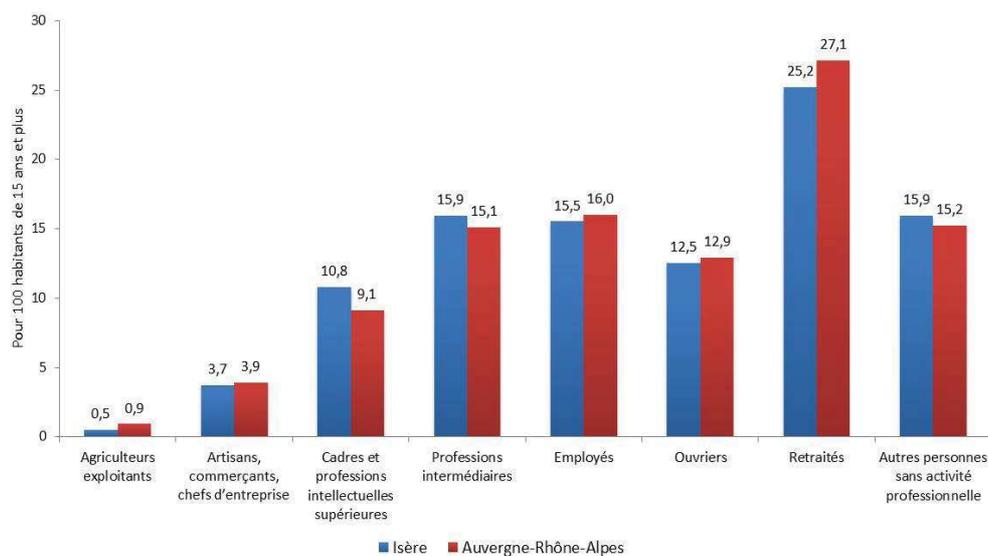
Le niveau socio-économique de la population a une forte influence sur l'état de santé et les besoins de santé de la population et notamment sur la santé mentale. Ainsi, les effets négatifs de la précarité sur la santé mentale et physique des populations engendrent des besoins de santé plus importants.

- Emplois et professions

Les parts de cadres et des professions intellectuelles supérieures dans la population iséroise sont plus élevées que celles observées en Auvergne-Rhône-Alpes, tout comme la part des professions intermédiaires.

Par ailleurs, en lien avec la structure par âge de la population, la part des retraités dans la population est plus faible qu'en région.

Répartition (%) de la population de 15 ans et plus selon la catégorie socioprofessionnelle, 2015

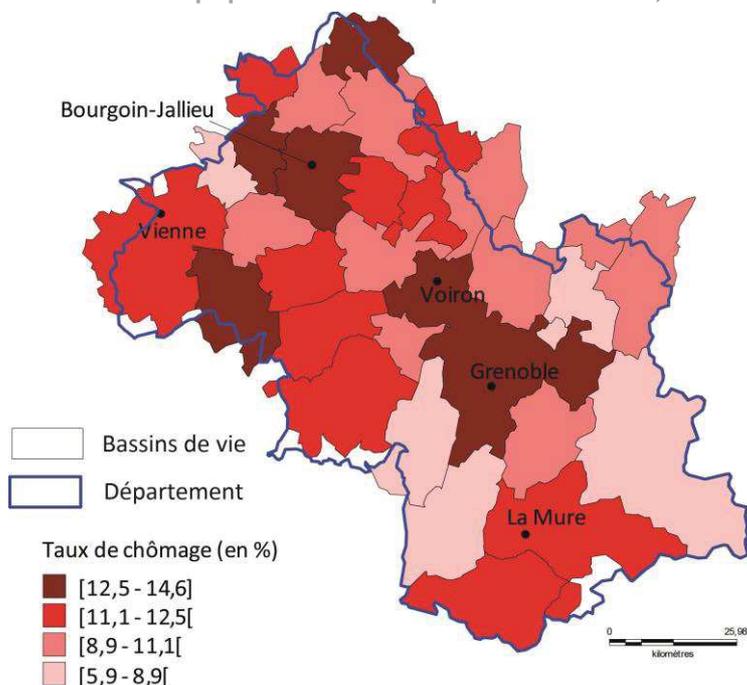


Source : Insee RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le taux de chômage, au sens du recensement (définition Insee), s'élève à 11,7 % dans le département de l'Isère, un taux comparable au taux régional (12,1 %).

Certains bassins de vie du territoire apparaissent toutefois plus touchés par le chômage : Grenoble (12,5 %), Bourgoin-Jallieu (12,7 %) mais surtout Beaurepaire (13,5 %), et Villefontaine (14,6 %). Le taux de chômage est particulièrement faible dans le bassin de vie de Bourg d'Oisans (5,9 %).

Part(%) des chômeurs* dans la population active par bassin de vie, 2015



*au sens du recensement

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

- Indicateurs de précarité

Plusieurs indicateurs permettent de rendre compte de la défavorisation sociale dans le territoire : la part de la population ayant des bas revenus³, la part des bénéficiaires de la CMUc⁴, la part de la population couverte par le RSA⁵ et le taux d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH)⁶. Par ailleurs, les données concernant la part des personnes vivant seules et des familles monoparentales sont également présentées car ces ménages sont plus souvent concernés par la précarité.

Ces indicateurs apparaissent globalement comparables ou plus favorables dans le département de l'Isère par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Caractéristiques socio-économiques

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Part des familles monoparentales (pour 100 ménages)	8,8	8,5
Part des personnes vivant seules (pour 100 ménages)	33,2	35,6
Part de population couverte à bas revenus (%)	12,4	13,1
Taux standardisés de bénéficiaires de la CMUc (%)	7,1	8,2
Part de la population couverte par le RSA (%)	4,0	4,0
Taux brut d'allocataires de l'AAH* (%)	2,2	2,7

*Chez les habitants de 20-64 ans

Sources : Insee (RP 2012, 2015), Cnaf, CCMSA (31/12/2016), Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Néanmoins, à l'échelle infra départementale la situation apparaît contrastée, comme le montre la part de population couverte à bas revenu calculée pour les bassins de vie de l'Isère. La part de la population à bas revenu est ainsi relativement élevée dans les bassins de vie de Villefontaine (15,6 %), de Bourgoin-Jallieu (15,2 %), de Vienne (14,1 %), de Grenoble (13,7 %), c'est-à-dire dans les zones urbaines avec des quartiers plus touchés par la précarité (notamment les quartiers classés en politique de la Ville) mais également dans les bassins de vie de la Tour-du-Pin (13,7 %), de Beaurepaire (13,4 %) et dans le bassin de vie rural de Mens (15,0 %),

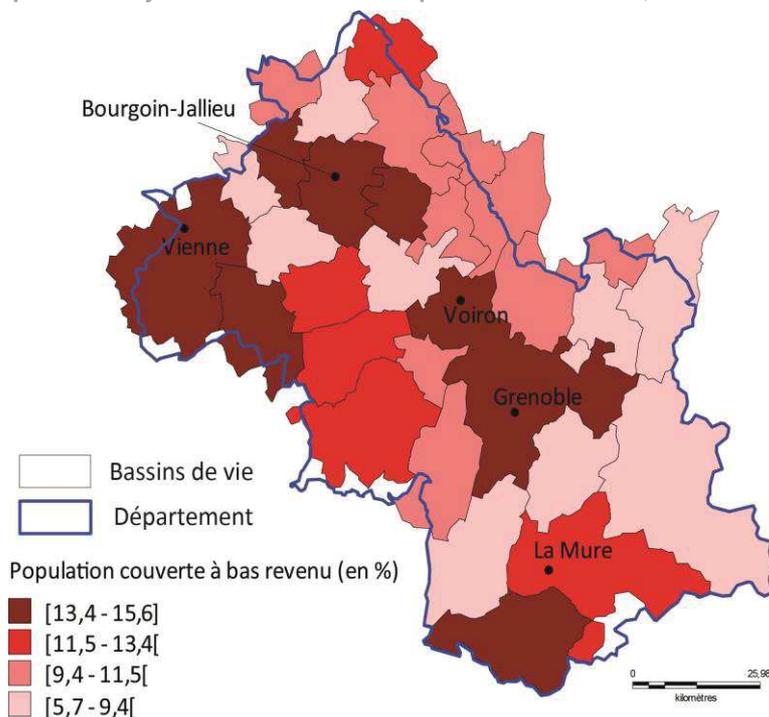
3 La part de la population ayant de bas revenus ou la part de la population couverte par les allocataires à bas revenus représente la part de la population (allocataires et ayant droit) ayant un revenu inférieur à 1 043 euros mensuel³, parmi les habitants de moins de 65 ans et non étudiants. Le seuil de bas revenus est fourni chaque année par l'Insee à partir de l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux hors revenus financiers imputés. En 2016, le seuil relatif aux revenus de l'année 2014 s'établit à 1 043 euro mensuel.

4 La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources⁴. Le plafond de ressource annuel à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMUc s'élève au 1er avril 2017 à 8 723 euros pour une personne. Ce plafond varie en fonction de la composition du foyer.

5 Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle.

6 L'Allocation adultes handicapés (AAH) est attribuée aux personnes atteintes d'un taux minimum (taux d'incapacité d'au moins 80 % ou compris entre 50 et 79 %, dans ce cas, la personne doit remplir la condition supplémentaire d'avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi) d'incapacité et disposant de ressources modestes afin de leur assurer une certaine autonomie financière. En 2018, le montant maximal de l'AAH était fixé à 860 euros par mois.

Part (%) de la population ayant de bas revenus par bassin de vie, 2016



Sources : Cnaf, CCMSA [31/12/2016], Insee [RP 2015]

Les indicateurs socio-économiques montrent une situation globalement comparable, voire plus favorable en Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Néanmoins, dans certains bassins de vie, la défavorisation sociale est marquée :

- le bassin de vie très urbanisé de Grenoble : le taux de chômage s'élève à 12,5 %, la part des bénéficiaires de la CMUc est de 9,4 %, la part de bénéficiaires du RSA se monte à 4,8 % ;
- le bassin de vie de Villefontaine : le taux de chômage s'élève à 14,6 %, la part des bénéficiaires de la CMUc est de 9,3 %, la part de bénéficiaires du RSA est de 5,6 %.
- le bassin de vie de Bourgoin-Jallieu : le taux de chômage s'élève à 12,7 %, la part des bénéficiaires de la CMUc est de 8,8 %, la part de bénéficiaires du RSA s'élève à 5,4 %.
- les bassins de vie de Vienne, Beaurepaire et la Tour du Pin peuvent également être mentionnés;

Par ailleurs, le bassin de vie de Mens cumule des éléments de fragilité : une population âgée et modeste. À l'instar de ce qui est observé dans d'autres territoires ruraux défavorisés, la question des distances et de l'accès aux ressources de santé de la population, certes peu nombreuse, constitue un enjeu central.

2. La santé mentale et le recours aux soins

Différentes données permettent d'appréhender l'état de santé mentale d'une population : les données directement en lien avec un diagnostic de troubles mentaux et du comportement (chapitre 5 de la CIM 10⁷) mais également les données en lien avec le suicide et les pathologies liées à l'alcool. En effet, les pathologies liées à l'alcool sont souvent en lien avec une addiction et de la souffrance psychique. De même, les suicides et tentatives de suicide sont associés à une détresse psychologique. Les données de recours aux soins sont également analysées dans ce chapitre.

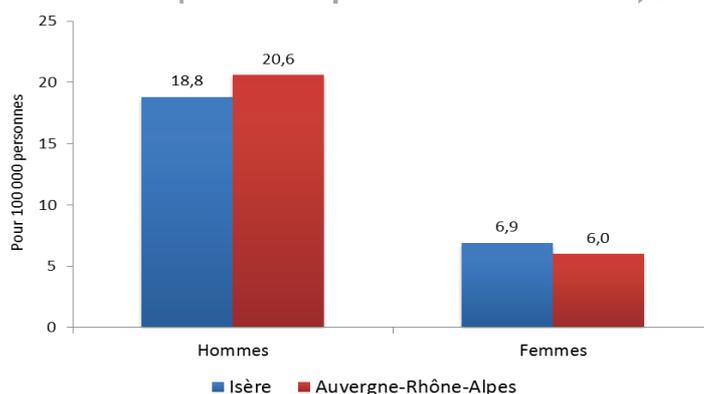
Ces indicateurs sont à interpréter avec précaution car un même indicateur, peut rendre compte à la fois de besoins de santé mais également de l'accès de la population à l'offre de soins et être un reflet des prises en charge proposées en psychiatrie dans un territoire. Ainsi, un taux de patients pris en charge en ambulatoire en psychiatrie relativement élevé peut révéler des besoins de santé de la population plus importants mais également un bon accès aux prises en charge en psychiatrie publique (et éventuellement de difficultés d'accès aux psychiatres libéraux).

2.1. La mortalité

Peu de décès sont directement liés aux troubles mentaux et du comportement. Les données de mortalité par suicide et par maladies liées à l'alcool, présentées ci-dessous, permettent toutefois d'approcher l'état de santé mentale de la population.

Sur la période 2011-2015, 147 décès par suicide, par an en moyenne, sont enregistrés en Isère, soit un taux de mortalité par suicide qui s'élève à 12,3 pour 100 000 habitants, comparable au taux régional (12,6 pour 100 000 habitants).

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

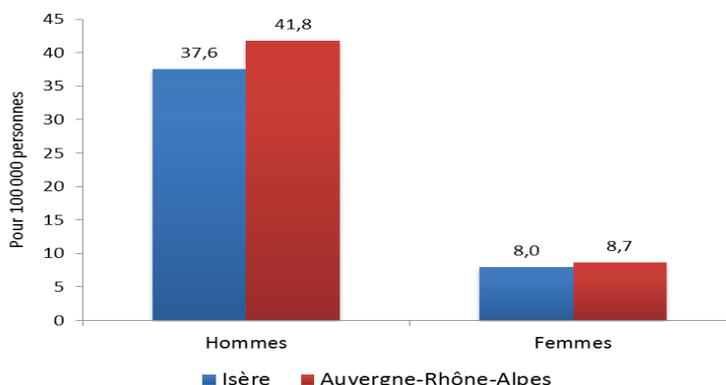


Sources : Inserm CépiDc (2011-2015), Insee (RP 2012-2013, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes)

⁷ Classification Internationale des Maladies, version 10. Le Chapitre 5 Troubles mentaux et du comportement recouvre les grandes classes de diagnostics suivants : les démences, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les psychoses, les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs de physiques, les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, le retard mental, les troubles du développement psychologique, les troubles du comportement et les troubles émotionnels durent l'enfance et le trouble mental sans autre indication.

Sur la même période, 250 décès par an en moyenne par maladie liées à l'alcool⁸ sont enregistrés dans ce département. Le taux de mortalité par maladies liées à l'alcool en Isère est très proche du taux régional (respectivement 21,5 et 23,7 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, un taux de mortalité lié à l'alcool plus faible qu'en région est observé.

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



Sources : Inserm CépiDc (2011-2015), Insee (RP 2012-2013, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes)

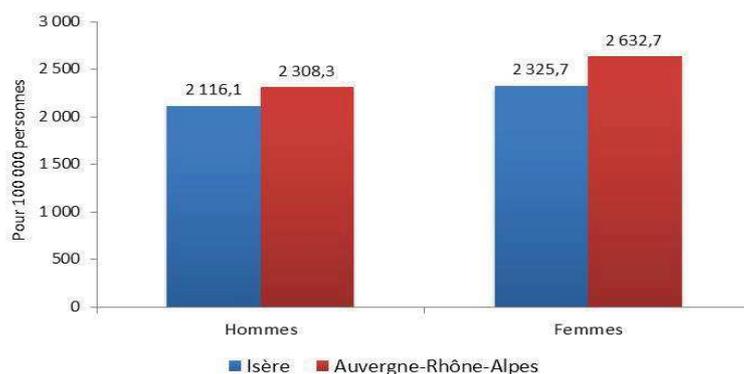
2.2. Les affections de longue durée

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur, dont l'ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) qui recouvre les diagnostics suivants : les psychoses, les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance, les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement. L'obtention d'une exonération du ticket modérateur est subordonnée à une demande d'un médecin à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical. Les déclarations d'ALD sont très praticiens-dépendantes. Ainsi ces indicateurs soulignent des tendances mais sont à interpréter avec prudence et à croiser avec les autres indicateurs présentés.

En 2016, 27 676 détenteurs d'une ALD pour affections psychiatriques sont dénombrés dans le département de l'Isère, soit un taux de prévalence des ALD pour affection psychiatrique de 2 348,5 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus). Les taux de prévalence d'ALD pour affections psychiatriques en Isère sont plus faibles qu'en région, quel que soit le sexe.

⁸ Les maladies prises en compte sont les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage et du larynx, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, les maladies alcooliques du foie et cirrhoses du foie.

Taux standardisés de prévalence des ALD pour affections psychiatriques pour 100 000 habitants, 2016



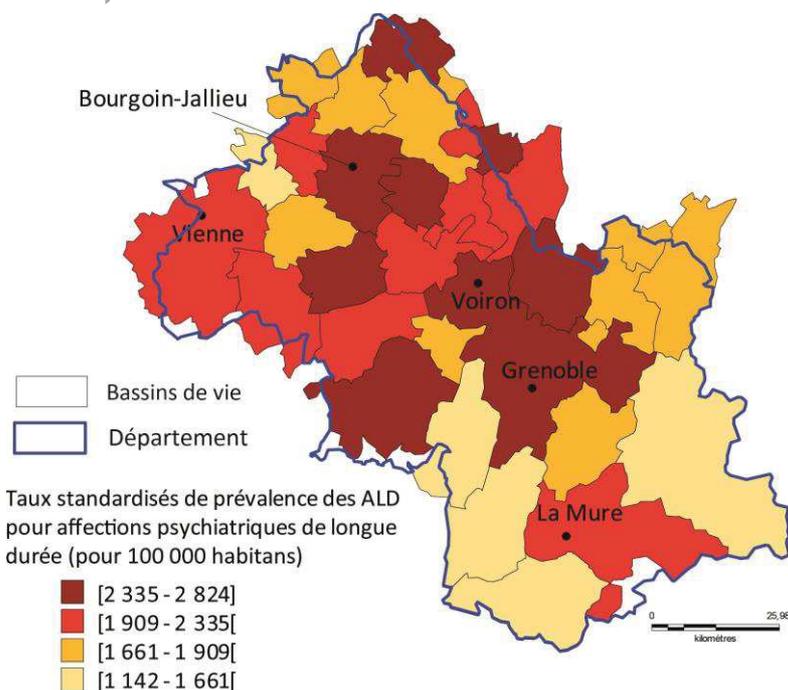
Sources : CnamTS, CCMSA, RSI (31/12/2016), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les taux de prévalence d'ALD pour affection psychiatrique apparaissent plus importants dans certains bassins du territoire : dans le nord et le centre du département, par rapport à la moyenne départementale, ces taux restent toutefois proches de la moyenne régionale. En effet, à l'exception du bassin de vie de la Tour-du-Pin [2 787 pour 100 000 habitants] et du bassin de vie d'Aoste [2 335 pour 100 000 habitants], dans les autres bassins de vie ces taux sont inférieurs à la moyenne régionale. Les taux de prévalence des ALD pour affections psychiatriques à Bourgoin-Jallieu, Grenoble et Saint-Marcellin s'élèvent respectivement à 2 525, 2 577 et 2 585 pour 100 000 habitants.

Ces taux de prévalence plus élevés d'ALD dans certains bassins de vie peuvent en partie s'expliquer par la présence d'un établissement psychiatrique, comme à Grenoble et Bourgoin-Jallieu, les patients concernés par une pathologie psychiatrique chronique ayant tendance à résider à proximité d'un établissement de soins.

À l'inverse, les taux de prévalence d'ALD apparaissent particulièrement faibles dans certains bassins du territoire au regard de la moyenne régionale, dans le sud du département, constitués de bassins de vie ruraux, éloignés des établissements psychiatriques. Les taux de prévalence des ALD dans les bassins de vie de Villard-de-Lans, Vif, Mens et le Bourg d'Oisans s'élèvent respectivement à 1 567, 1 558, 1 396, 1 143 pour 100 000 habitants.

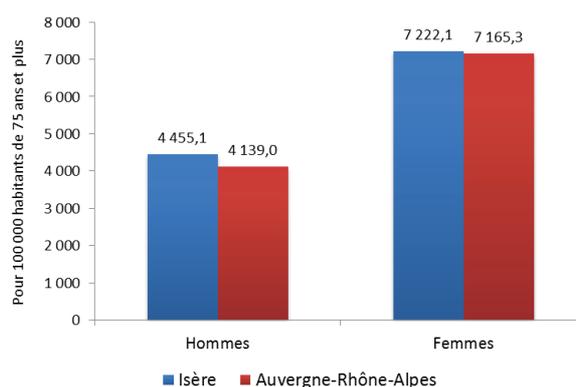
Taux standardisés de prévalence des ALD pour affections psychiatriques par bassin de vie pour 100 000 habitants, 2016



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI (31/12/2016), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Parmi les habitants âgés de 75 ans et plus, 6 309 détenteurs d'une ALD pour maladie d'Alzheimer sont dénombrés en 2016 dans le département de l'Isère, soit un taux de prévalence d'ALD pour maladie d'Alzheimer chez les 75 ans et plus de 6 145 pour 100 000, comparable au taux régional.

Taux bruts de prévalence des ALD pour maladie d'Alzheimer* chez les 75 ans et plus pour 100 000 habitants, 2016



*maladie d'Alzheimer et autres démences

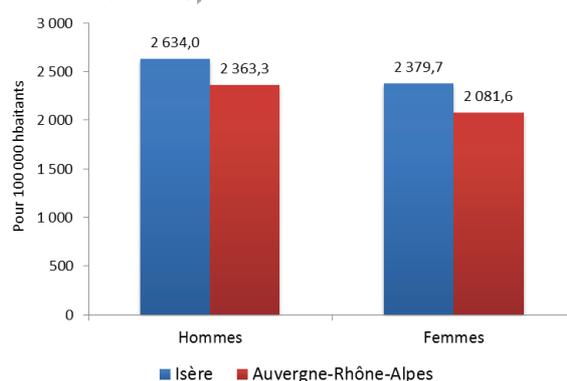
Sources : CnamTS, CCMSA, RSI (31/12/2016), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.3. Les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique

2.3.1. Les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement

En 2017, 14 029 patients isérois ont été hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique pour troubles mentaux et du comportement⁹ (44 % d'hommes et 56 % de femmes). Le taux de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux et du comportement en Isère, 2 493 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus) est ainsi un peu plus élevé qu'en région (2 211 pour 100 000 habitants).

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



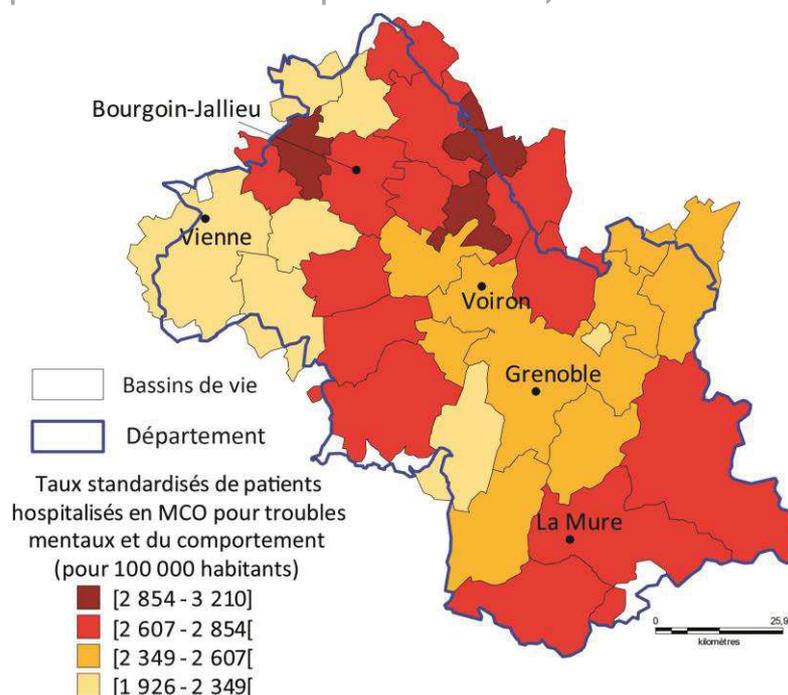
Sources : ATIH (PMSI-2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans la plupart des bassins de vie, les taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux et du comportement sont un peu plus élevés par rapport aux taux régional.

Seuls les bassins de vie de Beaurepaire (2 144), Crolles (2 054), Saint-Jean-de-Bournay (2 209), Vienne (2 131) et Villard-de-Lans (1 927) enregistrent des taux de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux et du comportement légèrement inférieurs au taux régional.

⁹ Les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement concernent les séjours ayant pour diagnostic principal, relié ou associé les codes F00-F99 de la classification internationale des maladies (CIM-10). soit les démences, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les psychoses, les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs de physiques, les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, le retard mental, les troubles du développement psychologique, les troubles du comportement et troubles émotionnels durent l'enfance et le trouble mental sans autre indication.

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux et du comportement pour 100 000 habitants par bassin de vie, 2017

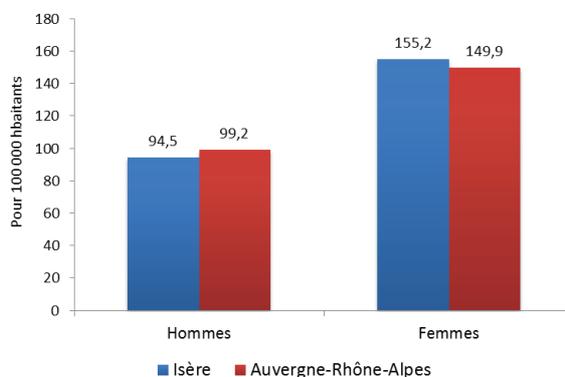


Sources : ATIH (PMSI-2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.3.2. Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide

En 2017, 1 556 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide d'Isérois sont dénombrés, dont 37 % concernent des hommes et 63 % des femmes. Le taux de séjour en MCO pour tentative de suicide en Isère, 125 pour 100 000 habitants, est comparable aux taux régional (125 pour 100 000 habitants).

Taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide pour 100 000 habitants, 2017

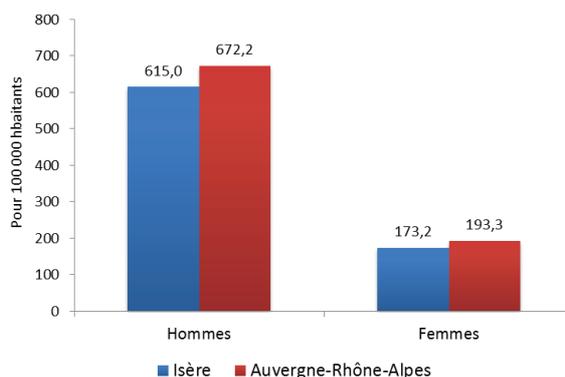


Sources : ATIH (PMSI-2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.3.3. Les hospitalisations pour maladies liées à l'alcool

En 2017 dans le département de l'Isère, 4 676 patients ont été hospitalisés pour maladies liées à l'alcool (dont 76 % d'hommes et 24 % de femmes), soit un taux de patients hospitalisés pour maladies liées à l'alcool, plus faible qu'en région (respectivement 381 et 420 pour 100 000).

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



Sources : ATIH (PMSI-2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

À l'échelle des bassins de vie, les taux de patients hospitalisés en MCO pour maladies liées à l'alcool sont variables. Les taux de patients hospitalisés pour maladies liées à l'alcool sont ainsi plus élevés dans les bassins de vie du Bourg-d'Oisans (591 pour 100 000 habitants), de Bourgoin-Jallieu (482 pour 100 000 habitants), et de Morestel (511 pour 100 000 habitants) que dans le département et la région.

2.4. Les prises en charge en établissement de psychiatrie

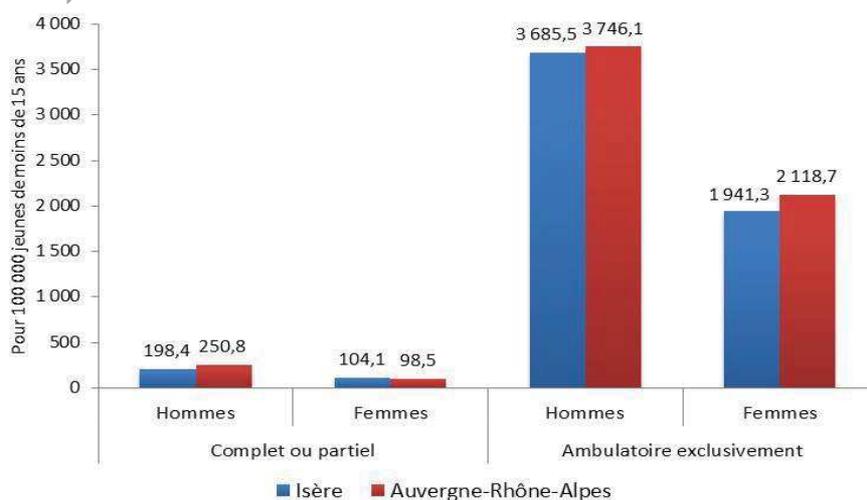
2.4.1. Les prises en charge chez les enfants et les adolescents de moins de 15 ans

Au cours de l'année 2017, 6 899 enfants et adolescents isérois de moins de 15 ans ont été vus en ambulatoire (exclusivement) en établissement de psychiatrie et 371 enfants et adolescents isérois de moins de 15 ans ont été hospitalisés à temps complet ou partiel en établissement de psychiatrie. Chez les enfants et les adolescents, les hospitalisations en psychiatrie sont rares : en Isère, comme au niveau régional, les prises en charge exclusivement ambulatoires concernent près de 95 % des patients de moins de 15 ans.

En 2017, en Isère, le taux de patients vus (exclusivement) en ambulatoire en psychiatrie est de 2 838 pour 100 000 habitants, un taux comparable au taux régional (2 951 pour 100 000 habitants).

Le taux de patients isérois de moins de 15 ans hospitalisés en psychiatrie (153 pour 100 000 habitants) est également comparable au taux régional (176 pour 100 000 habitants).

Taux de patients vus en établissement de psychiatrie chez les moins de 15 ans pour 100 000 habitants, 2017



Sources : ATIH (RIM-P 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.4.2. Les prises en charge chez les jeunes et les adultes

- Les prises en charge chez les 15 ans et plus

Au cours de l'année 2017, 20 170 Isérois de 15 ans et plus ont été vus en établissement de psychiatrie en ambulatoire (exclusivement). Le taux de patients vus en établissement de psychiatrie en ambulatoire (exclusivement) s'élève ainsi à 1 995 pour 100 000 habitants, un taux inférieur au taux régional.

En 2017, 7 178 patients isérois ont été hospitalisés à temps complet ou partiel en établissement de psychiatrie, soit un taux de patients hospitalisés en psychiatrie également plus bas en Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux de patients vus en établissement de psychiatrie chez les 15 ans et plus pour 100 000 habitants, 2017

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Taux de patients vus en établissement de psychiatrie exclusivement en ambulatoire	1 994,9	2 249,3
Taux de patients hospitalisés* en psychiatrie	711,3	841,0

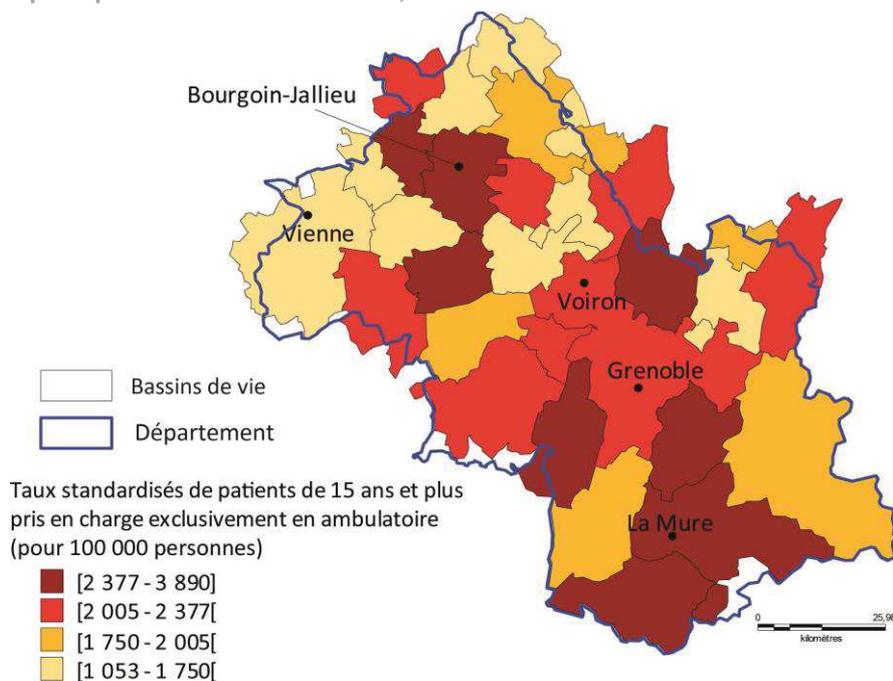
*à temps complet et partiel et ayant bénéficié ou non d'actes en ambulatoire

Sources : ATIH (RIM-P 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Certains bassins de vie enregistrent toutefois, pour les 15 ans et plus, des taux de patients pris en charge en psychiatrie en ambulatoire (exclusivement) supérieurs à la moyenne régionale. C'est le cas des bassins de vie de Bourgoin-Jallieu (2 511 pour 100 000 habitants), Villefontaine (2 699 pour 100 000 habitants), la Côte-Saint-André (2 685 pour 100 000 habitants), la Mure (3 890 pour 100 000 habitants) et Saint Laurent-du-Pont (2 867 pour 100 000 habitants).

Certains bassins de vie se démarquent par des taux de recours à la psychiatrie en ambulatoire particulièrement faibles (en jaune clair sur la carte) dont deux bassins de vie plutôt défavorisés sur le plan social : le bassin de vie de Vienne (1 543,8 pour 100 000 habitants) et de Montalieu-Vercieu (1 479,8 pour 100 000 habitants), où le taux de recours aux psychiatres libéraux est également faible¹⁰ (en raison notamment de l'éloignement de ces professionnels).

Taux de patients vus en établissement de psychiatrie exclusivement en ambulatoire chez les 15 ans et plus pour 100 000 habitants, 2017

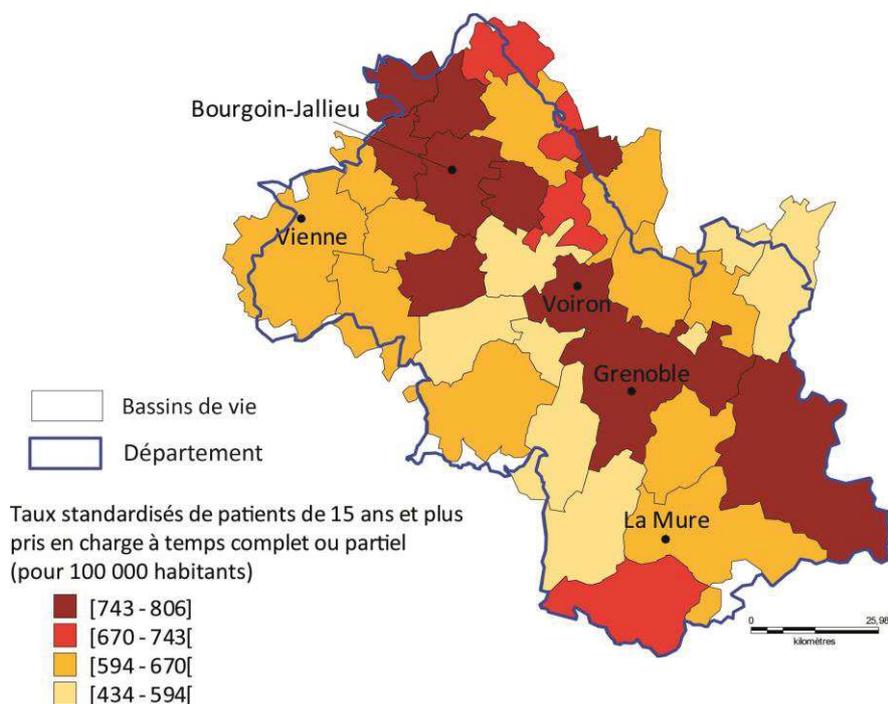


Sources : ATIH (RIM-P 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les taux de patients de 15 ans et plus hospitalisés en psychiatrie dans les 32 bassins de vie du territoire sont inférieurs au taux régional. Dans certains bassins de vie, des taux de patients hospitalisés plus élevés sont relevés par rapport à la moyenne départementale, même s'ils restent inférieurs à la moyenne régionale. C'est notamment le cas des bassins de vie de Villefontaine (787 pour 100 000 habitants), Grenoble (771 pour 100 000 habitants), Charvieu-Chavagneux (800 pour 100 000 habitants) et la Tour-du-Pin (760 pour 100 000 habitants).

¹⁰ Cf. Paragraphe 2.5.

Taux de patients hospitalisés* en psychiatrie chez les 15 ans et plus pour 100 000 habitants, 2017



*ayant bénéficié ou non d'actes ambulatoires

Sources : ATIH (RIM-P 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Les prises en charges en hospitalisation à temps plein chez les jeunes et les adultes de 18 ans à 64 ans

Le taux de patients hospitalisés à temps plein en établissement de psychiatrie, chez les 18-64 ans, pour troubles de l'humeur, addiction et pour troubles psychotiques, bipolaires dépressions sévères sont plus faibles dans le département de l'Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux (‰) de patients hospitalisés en psychiatrie à temps plein selon le motif, 2015

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	1,9	2,3
Pour addiction	0,8	0,9
Pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	2,5	3
Pour autres troubles mentaux sévères (TED* et déficiences)	0,4	0,3

*Chez les 18-64 ans. *Troubles envahissants du développement

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

Parmi les patients isérois de 18 à 64 ans hospitalisés à temps plein en établissement de psychiatrie pour addiction, 9‰ sont hospitalisés à nouveau dans les 30 jours suivant leur sortie. Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours dans les établissements de psychiatrie varient ainsi de 8 % pour les patients ayant des troubles de l'humeur à 9,1‰ pour les patients ayant des troubles mentaux dits sévères (troubles psychotiques, troubles bipolaires ou dépression sévère).

Taux (‰) de ré-hospitalisation à 30 jours* selon motif, 2015

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	8,0	10,0
Pour addiction	9,0	11,0
Pour troubles mentaux sévères**	9,1	10,4

*Nombre de personnes hospitalisées à temps complet deux fois pour un trouble avec moins de 30 jours d'intervalle divisé par le nombre total de personnes hospitalisées à temps complet pour ce même trouble

**Troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère

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

Concernant la part des patients hospitalisés au long cours (c'est-à-dire plus de 292 jours dans l'année), elle se situe en Isère à 2,5‰ pour les troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère et à 0,4‰ pour les troubles envahissants du développement et les déficiences.

Part (‰) de patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an* pour troubles mentaux sévères chez les 18-64 ans, 2015

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères	2,5	3,0
Pour autres troubles mentaux sévères (TED* et déficiences)	0,4	0,3

*Nombre de patients hospitalisés à temps complet depuis plus de 292 jours pour troubles mentaux sévères divisé par le nombre de personnes hospitalisées pour troubles mentaux

*Troubles envahissants du développement

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

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

Les taux d'hospitalisation sans consentement (tous modes légaux confondus) et hors hospitalisations en unité médicale pour patients difficiles est plus faible dans le département de l'Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (lui-même inférieur au taux national qui s'élève à 132,9 pour 100 000 habitants).

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

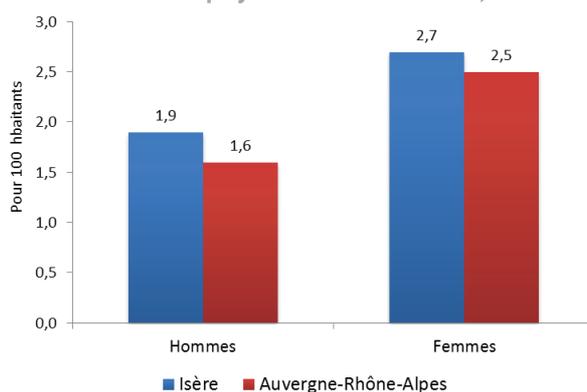
	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	105,6	124,7
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)	19	15,4
Soins psychiatriques su décision d'un tiers (SDT)	69,9	81,9
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	22,6	33,5

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

2.5. Le recours aux psychiatres libéraux

En 2017, 28 350 isérois ont eu recours au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral, soit un taux de recours aux psychiatres libéraux (2,3 % des habitants), plus élevé par rapport à la moyenne régionale (2,1 % en Auvergne-Rhône-Alpes).

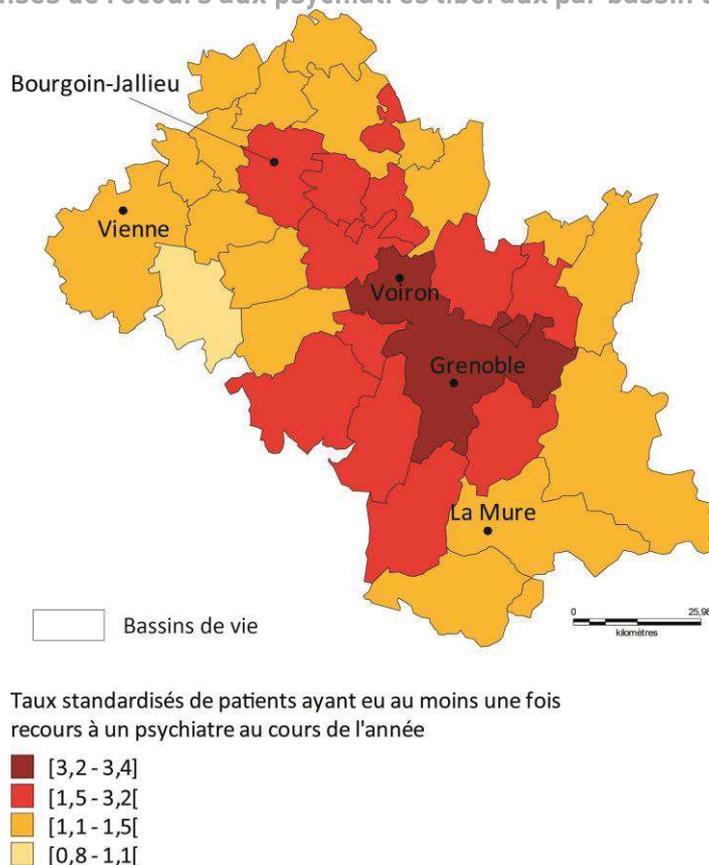
Taux (%) standardisés de recours aux psychiatres libéraux, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Certains bassins de vie se démarquent par des taux de recours aux psychiatres libéraux plus élevés par rapport à la moyenne départementale et régionale. Les taux de recours aux psychiatres libéraux sont ainsi plus importants dans le bassin de vie de Grenoble et de Crolles, en lien notamment avec la présence relativement importante de psychiatres libéraux dans les grandes villes comme Grenoble.

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



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En matière de recours aux professionnels de santé libéraux, seul le recours aux psychiatres est présenté. D'autres professionnels sont impliqués dans la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux, comme les médecins généralistes et les psychologues. Toutefois, les données de recours aux médecins généralistes ne permettent pas d'identifier les consultations pour ayant pour motif la prise en charge des troubles mentaux (comme la dépression par exemple) et il n'existe pas de données concernant le recours aux psychologues libéraux car ceux-ci ne sont pas considérés comme professionnels de santé dans le code de la santé publique.

2.6. Les consommations régulières de psychotropes

En 2017, 116 050 patients isérois étaient sous traitement régulier (au moins 3 prescriptions par an) de psychotropes, soit un taux de patients sous traitement psychotrope de 9 572 pour 100 000 habitants, inférieur au taux régional (10 255 pour 100 000 habitants).

Taux standardisés de patients sous traitement psychotrope (ensemble des psychotropes) régulier pour 100 000 habitants, 2017

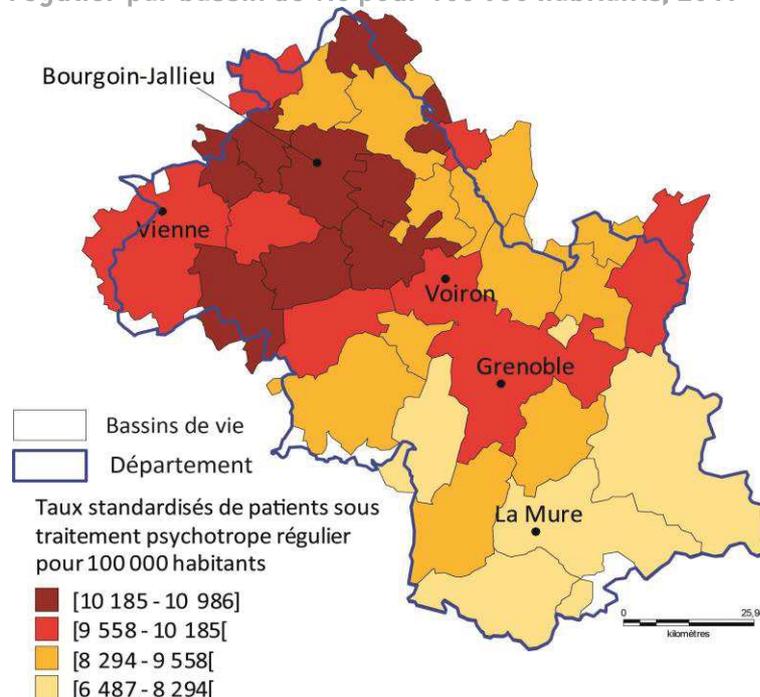
	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Hommes	7 457,5	7 973,4
Femmes	11 393,0	12 199,1
Ensemble	9 571,6	10 255,3

Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

À une échelle infra-départementale, des différences entre bassins de vie sont observées, même si les taux de patients sous traitement psychotrope dans l'ensemble des bassins de vie sont tous inférieurs ou comparables à la moyenne régionale.

Le taux de patients sous traitement psychotrope régulier sont plus faibles dans les bassins de vie situés au sud de Grenoble et en particulier les bassins de vie ruraux de Bourgoin-d'Oisans (6 487 pour 100 000 habitants) et de Mens (6 895 pour 100 000 habitants). À l'inverse, les taux de patients sous traitement psychotrope sont plus élevés dans les bassins de vie du nord du département (mais sont comparables à la moyenne régionale).

Taux standardisés de patients sous traitement psychotrope (ensemble des psychotropes) régulier par bassin de vie pour 100 000 habitants, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

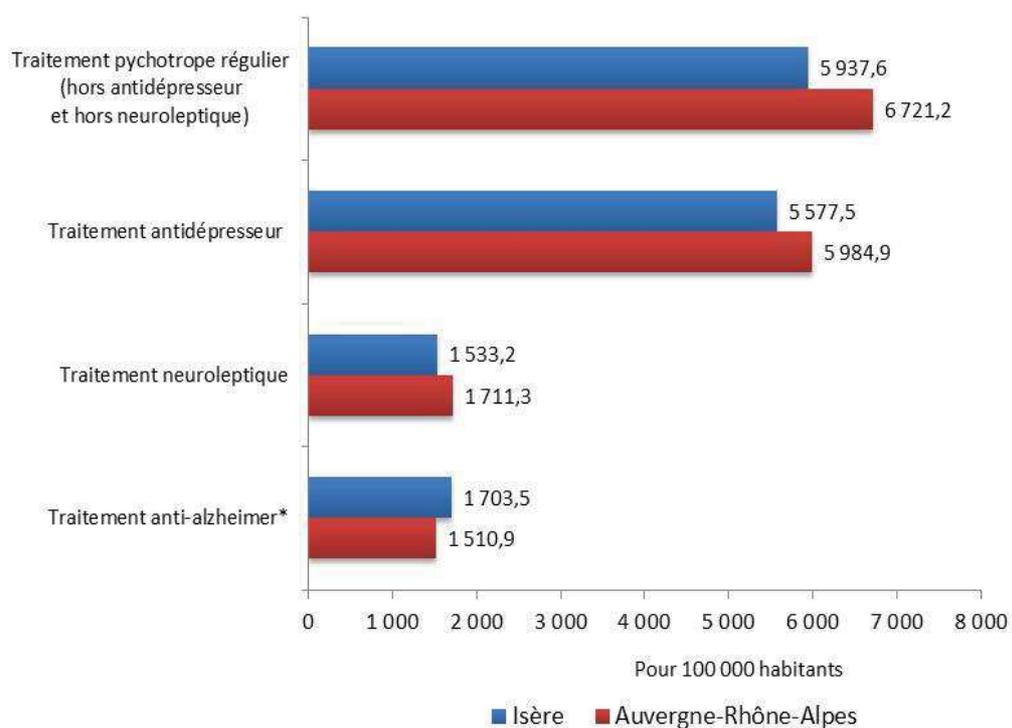
Parmi les différentes classes de médicaments psychotropes¹¹, les antidépresseurs sont les médicaments les plus consommés, dans ce département comme partout en France.

En 2017, le taux de patients sous traitement antidépresseur régulier s'élève à 5 578 pour 100 000 dans l'Isère, un taux plus bas que celui observé en Auvergne-Rhône-Alpes. Trois bassins de vie, Heyrieux, Montalieu-Vercieu et la Tour-du-Pin présentent cependant des taux de patients sous traitements antidépresseur réguliers supérieurs comparés à la région.

La consommation régulière de neuroleptiques est également plus faible en Isère (1 533 pour 100 000 habitants) que dans la région (1 711 pour 100 000 habitants). Par ailleurs, les taux de patients sous traitement réguliers de neuroleptiques dans l'ensemble des bassins de vie du département sont inférieurs ou comparables à la moyenne régionale.

Enfin, chez les habitants de 75 ans et plus, il est à noter un taux de patients sous traitement anti-Alzheimer un peu plus élevé qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés de patients sous traitement régulier pour 100 000 habitants, 2017



*taux bruts pour 100 000 habitants de 75 ans et plus

Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹¹ On distingue cinq grands groupes de médicaments psychotropes : les antidépresseurs, les neuroleptiques (dits aussi antipsychotiques), les anxiolytiques (ou tranquillisants), les hypnotiques (ou somnifères) et les stabilisants de l'humeur (dits régulateurs de l'humeur, thymorégulateurs ou parfois normothymiques).

2.7. L'articulation ville hôpital

Les données présentées¹² sont extraites de l'Atlas de santé mentale.

En 2012-2013, 16 % des patients hospitalisés en psychiatrie à temps complet étaient sans suivi en amont, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas eu de contact avec un médecin généraliste, un psychiatre libéral ou un CMP (quel que soit le professionnel rencontré) un an avant leur admission.

Le taux de patients sans suivi en amont est particulièrement élevé (32,9 % en Isère) pour les patients hospitalisés pour troubles envahissants du développement et pour déficiences, à l'image de ce qui est observé en région.

Part (%) des patients hospitalisés à temps complet sans suivi en amont*, 1 an avant l'admission, 2012-2013

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	8,5	11,2
Pour addiction	14,5	15,8
Pour troubles mentaux sévères (TMS) **	16,0	19,0
Pour autres troubles mentaux sévères (TED*** et déficiences)	32,9	32,1

*aucun contact avec un médecin généraliste, un psychiatre ou un CMP l'année précédente

** Troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères *** troubles envahissants du développement

Sources : SNIIRAM , RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps plein pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères ou troubles envahissants du développement et autres déficiences - 2012-2013 - extraction Atlas de santé mentale

2.7.1. Le suivi par un médecin traitant

La part de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie n'ayant pas déclaré de médecin traitant est particulièrement élevée parmi les patients ayant des troubles envahissants du développement et pour déficiences (30,1 % sur la période 2012-2013). Par ailleurs, près de 11 % des patients hospitalisés pour troubles psychotiques, troubles bipolaires et dépression sévère n'avaient pas déclaré de médecin traitant.

Globalement, soulignons que la part de patients hospitalisés à temps plein n'ayant pas déclaré de médecin traitant apparaît plus faible en Isère que dans l'ensemble de la région.

Part (%) des patients hospitalisés à temps complet n'ayant pas déclaré de médecin traitant, 2012-2013

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	2,9	3,4
Pour addiction	3,2	5,9
Pour troubles mentaux sévères (TMS)	10,9	13,7
Pour autres troubles mentaux sévères (TED et déficiences)	30,1	32,2

Sources : SNIIR-AM , RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps plein pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères ou troubles envahissants du développement et autres déficiences - 2012-2013 - extraction Atlas de santé mentale

¹² Données extraites de l'Atlas de santé mentale, utilisation d'un algorithme permettant le chaînage entre les remboursements de l'Assurance maladie et les hospitalisations à temps complet en établissement de psychiatrie.

Globalement, la part de patients hospitalisés à temps plein sans contact avec le médecin traitant deux mois avant l'hospitalisation apparaît plus élevée en Isère qu'en région.

Plus de la moitié des patients hospitalisés à temps complet pour troubles de l'humeur (58,3 %) ou addiction (52,4 %) n'ont eu aucun contact avec leur médecin traitant deux mois avant leur hospitalisation.

La part des patients hospitalisés à temps complet sans contact avec leur médecin traitant deux mois avant l'hospitalisation est également importante pour les patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères (38,0 %) et pour ceux hospitalisés pour troubles envahissants du développement et autres déficiences (28,7 %).

Part (%) des patients hospitalisés à temps complet sans contact avec le médecin traitant 2 mois avant l'hospitalisation, 2012-2013

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	58,3	55,4
Pour addiction	52,4	45,9
Pour troubles mentaux sévères (TMS)	38,0	36,4
Pour autres troubles mentaux sévères (TED et déficiences)	28,7	29,4

Sources : SNIIR-AM , RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps plein pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013 - extraction Atlas de santé mentale

La moitié ou plus, selon le type de troubles, des patients hospitalisés à temps complet en établissement de psychiatrie est sans contact avec le médecin traitant deux mois après la sortie d'hospitalisation.

La part des patients sans contact avec le médecin traitant deux mois après la sortie d'hospitalisation (à temps complet) est particulièrement élevée pour les patients ayant des troubles mentaux dits sévères : deux tiers pour les patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères et trois quart pour les patients ayant des troubles envahissants du développement et autres déficiences.

Soulignons toutefois que globalement, la part de patients hospitalisés (à temps complet) sans contact avec leur médecin traitant dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation est plus faible dans le département de l'Isère que dans la région.

Part (%) des patients hospitalisés à temps complet sans contact avec le médecin traitant 2 mois après la sortie d'hospitalisation, 2012-2013

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	49,7	51,1
Pour addiction	53,4	59,2
Pour troubles mentaux sévères (TMS)	66,4	67,9
Pour autres troubles mentaux sévères (TED et déficiences)	74,8	76,6

Sources : SNIIR-AM , RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps plein pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères ou troubles envahissants du développement et autres déficiences - 2012-2013 - extraction Atlas de santé mentale

2.7.2. Le suivi spécialisé en santé mentale

Les patients hospitalisés à temps complet pour troubles de l'humeur ou addiction en 2012-2013 sont près de 40 % à ne pas avoir eu de suivi spécialisé en santé mentale (par un psychiatre libéral ou un CMP, quel que soit le professionnel du CMP) en amont ou en aval (un an après la sortie) de leur hospitalisation. La part de patients hospitalisés à temps complet sans suivi spécialisé en amont ou en aval est également élevée pour les patients hospitalisés pour d'autres motifs : près de la moitié pour les patients hospitalisés à temps complet pour troubles envahissants du développement et déficiences et près d'un tiers pour les patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères.

Néanmoins soulignons que les taux de patients hospitalisés (à temps complet) sans suivi spécialisé en amont ou en aval sont plus faibles en Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Part (%) des patients hospitalisés à temps plein sans suivi spécialisé* en amont, un an avant l'admission (%), 2012-2013

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	43,6	49,3
Pour addiction	45,4	53,8
Pour troubles mentaux sévères (TMS)	32,7	42,1
Pour autres troubles mentaux sévères (TED et déficiences)	47,6	50,1

* par un psychiatre libéral ou un CMP, quel que soit le professionnel du CMP

Sources : SNIIR-AM , RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps plein pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères ou troubles envahissants du développement et autres déficiences - 2012-2013 - extraction Atlas de santé mentale

Part (%) des patients hospitalisés à temps plein sans suivi spécialisé en aval, un an après la sortie d'hospitalisation, 2012-2013

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Pour troubles de l'humeur	38,5	40,6
Pour addiction	38,6	47,4
Pour troubles mentaux sévères (TMS)	32,7	39,6
Pour autres troubles mentaux sévères (TED et déficiences)	49,7	53,6

Sources : SNIIR-AM , RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps plein pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères ou troubles envahissants du développement et autres déficiences - 2012-2013 - extraction Atlas de santé mentale

Ces données mettent en exergue, pour les patients hospitalisés en psychiatrie, des discontinuités de prise en charge entre la ville et l'hôpital, un constat national qui n'est pas spécifique au département de l'Isère.

Une partie de ces patients hospitalisés en psychiatrie (à temps plein) n'a pas déclaré de médecin traitant ou n'a pas de contact régulier avec celui-ci. Par ailleurs, plus d'un tiers ne bénéficient pas non plus d'un suivi spécialisé (par un psychiatre libéral ou un CMP) en amont et en aval de leur hospitalisation, ce qui pose notamment la question du suivi après une hospitalisation à temps plein en établissement de psychiatrie. Cependant, globalement, les patients isérois hospitalisés en psychiatrie semblent un peu mieux suivis par rapport à la région.

3. Offre de soins : inégale répartition et accès

3.1. Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans le repérage des troubles psychiques, le traitement des troubles légers et modérés (dépression et troubles anxieux notamment) et la prise en charge psychiatrique et somatique de patients ayant des troubles graves stabilisés. La question de l'accès aux médecins généralistes est ainsi centrale pour appréhender les questions de repérage des troubles et d'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques.

En 2018, selon le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 2 020 médecins généralistes, tous modes d'exercice confondus (libéraux, salariés et mixtes), exercent en Isère, soit une densité en médecin généraliste de 94 pour 100 000 habitants comparable à la densité régionale (93 pour 100 000 habitants).

Les médecins généralistes libéraux (exclusifs) sont, quant à eux, au nombre de 1 170, soit une densité de médecins généralistes libéraux (161 pour 100 000 habitants) également proche de la moyenne régionale (159 pour 100 000 habitants).

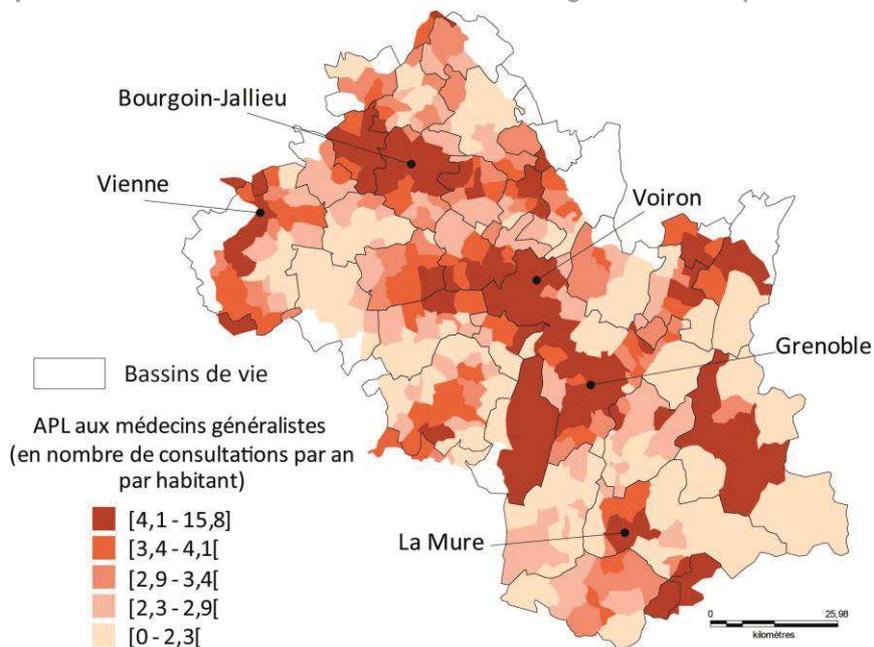
Au-delà des densités brutes de médecins généralistes, l'accessibilité potentielle localisée (APL)¹³ permet de rendre compte des disparités d'accès géographiques aux médecins généralistes à une échelle fine. L'APL est une mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes qui tient compte de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale, mais aussi de l'âge de la population (afin d'appréhender les besoins de soins) et de l'activité des médecins (nombre de consultations et de visites). L'APL est calculée au niveau de chaque commune et prend en compte l'offre et la demande des communes environnantes. L'indicateur tient compte de la distance (du temps d'accès) qui sépare le patient d'un médecin : plus ce temps augmente, plus l'APL diminue.

L'accès potentiel aux médecins se mesure ainsi en nombre de consultations/visites accessibles à moins de 20 minutes de trajet (en voiture) par an et par habitant. Les communes sont considérées comme sous-denses en médecins généralistes si elles enregistrent moins de 2,5 consultations par an et par habitant.

Selon cet indicateur, un tiers (33 %) des communes (172 communes) de l'Isère sont considérées comme sous-denses en médecins généralistes, avec 10,1 % de la population iséroise résidant dans une commune sous-dense en médecin généraliste (contre 11 % en Auvergne-Rhône-Alpes). Certains bassins de vie sont constitués d'un grand nombre de communes sous-denses en médecins généralistes, c'est notamment le cas des bassins de vie de Beaurepaire, Saint-Jean-de-Bournay, Vif mais également de Morestel.

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

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune, 2016



Sources : SNIIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE ; traitements Drees

3.2. Les psychiatres

En 2018, 288 psychiatres (tous modes d'exercice confondus) exercent dans le département de l'Isère, soit une densité en psychiatres de 23 pour 100 000 habitants, comparable à la densité régionale.

Parmi ceux-ci, la moitié sont salariés et l'autre moitié exercent en libéral ou mixte (une partie de l'activité en libéral, l'autre salariée), se démarquant ainsi de la région où la part des psychiatres libéraux ou mixtes est plus faible (40 % des psychiatres).

Ces psychiatres sont relativement âgés, en particulier les psychiatres libéraux ou mixtes, puisque plus des deux tiers (68,5 %) sont âgés de 55 ans et plus et donc susceptibles de partir à la retraite dans les dix à quinze prochaines années.

Enfin il est à noter que la part des psychiatres libéraux exerçant avec dépassement d'honoraire (secteur 2), donc peu accessibles aux ménages modestes, est plus faible en Isère que dans la région (19,4 % contre 34,1 %).

Effectifs et densité de psychiatres selon le mode d'exercice, 2018

	Isère				Auvergne-Rhône-Alpes		
	Effectif	Densité*	Part(%) 55 ans+	Part (%) secteur 2	Densité*	Part(%) 55 ans+	Part (%) secteur 2
Psychiatres tous modes d'exercice	288	23,0	50,3		23,1	48,6	
Dont : - Psychiatres libéraux ou mixtes	143	11,4	68,5	19,4	9,4	63,3	34,1
- Psychiatres salariés	145	11,6	32,4		13,6	38,5	

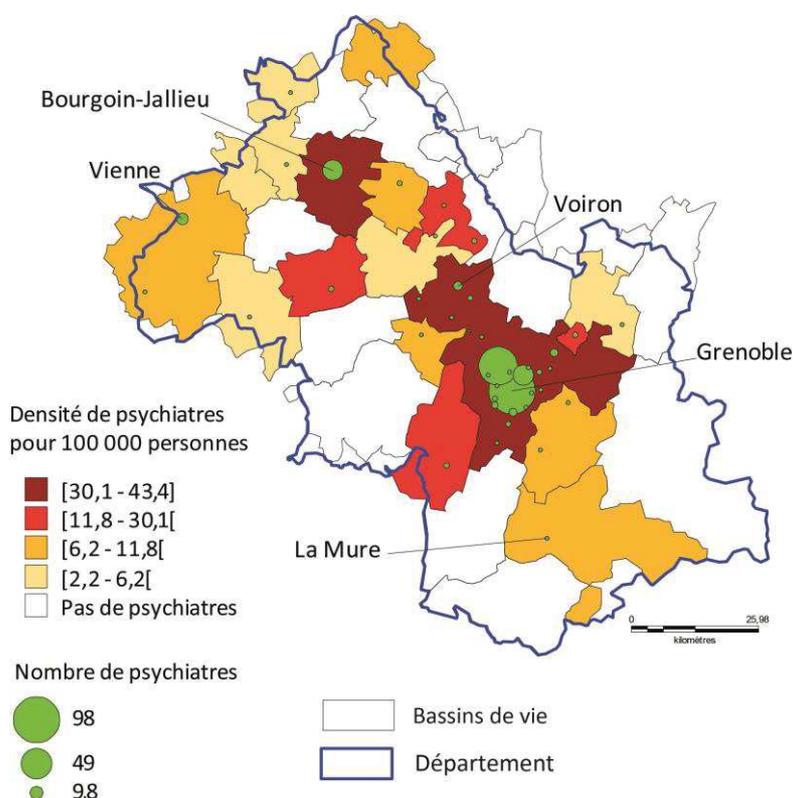
*Densité pour 100 000 habitants

Sources : RPPS 2018, Insee (RP 2015), CNAM (SNIIRAM DCIRS - 2017), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

À l'instar de ce qui est observé au niveau national pour les médecins spécialistes en général et pour les psychiatres en particulier, il est constaté une inégale répartition des psychiatres dans le département et une forte concentration dans les grandes villes.

Les psychiatres sont ainsi essentiellement présents dans les grandes agglomérations du département. Les densités en psychiatres (tous modes d'exercice) varient ainsi de 30,1 dans le bassin de vie de Bourgoin-Jallieu, à 0 dans 14 bassins de vie du territoire. En effet, 14 des 32 bassins de vie de l'Isère ne comptent aucun psychiatre en exercice (quel que soit le mode d'exercice considéré).

Effectif et densité de psychiatres (tous modes d'exercice) par bassin de vie, au 1^{er} janvier 2018



Sources : RPPS 2018, Insee RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.3. Les psychologues

En 2018, 1 404 psychologues (tous modes d'exercice) sont en activité dans le département de l'Isère, soit une densité de psychologues (tous modes d'exercice) de 112,2 psychologues pour 100 000 habitants, plus élevée par rapport à la moyenne régionale (102,1).

Parmi ceux-ci, 831 ont une activité salariée, soit une densité de psychologues salariés (45,8 pour 100 000 habitants) légèrement supérieure à la moyenne régionale (38,8 pour 100 000 habitants).

Concernant les psychologues libéraux, il est à rappeler que leurs consultations sont peu accessibles aux ménages modestes car, à ce jour, elles ne font pas l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie¹⁴.

Effectifs et densité de psychologues selon le mode d'exercice, 2018

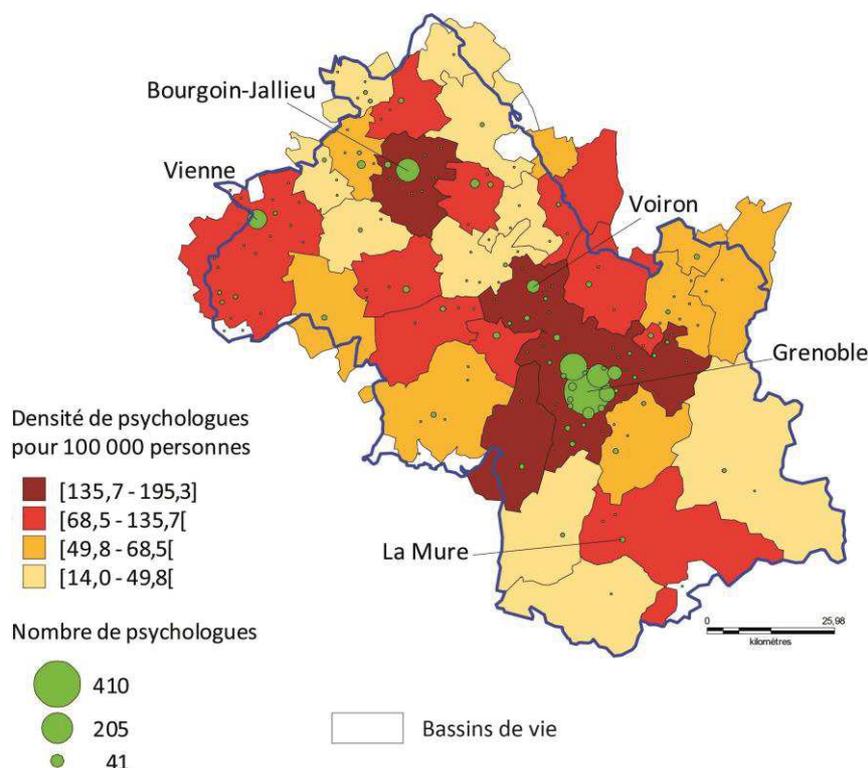
	Isère		Auvergne Rhône-Alpes
	Effectif	Densité*	Densité*
Psychologues tous modes d'exercice	1 404	112,2	102,1
Psychologues libéraux ou mixtes	573	45,8	38,8
Psychologues salariés	831	66,4	63,2

*Densité pour 100 000 habitants

Sources : ADELI 2018, Insee RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'inégale répartition géographique des psychologues et leur concentration dans les villes sont également constatées. La densité en psychologue varie ainsi de 14 pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Montalieu-Vercieu à 195 pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Bourgoin-Jallieu. Toutefois, ce phénomène est moins prononcé que pour les psychiatres et tous les bassins de vie du département ont au moins un psychologue en exercice au sein de leur territoire.

Effectif et densité de psychologues (tous modes d'exercice) par bassin de vie, au 1^{er} janvier 2018



* Tous les lieux d'exercice du psychologue sont représentés sur la carte mais les psychologues ne sont comptés qu'une fois dans le total départemental

Sources : ADELI 2018, Insee RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹⁴ L'Assurance maladie expérimente dans certains départements pilotes le remboursement des consultations de psychologues. Ces expérimentations concernent les patients adultes ayant des troubles légers à modérés (en cours dans 3 départements) et les enfants âgés de 6 à 21 ans (en cours dans 9 départements)

3.4. Les infirmiers

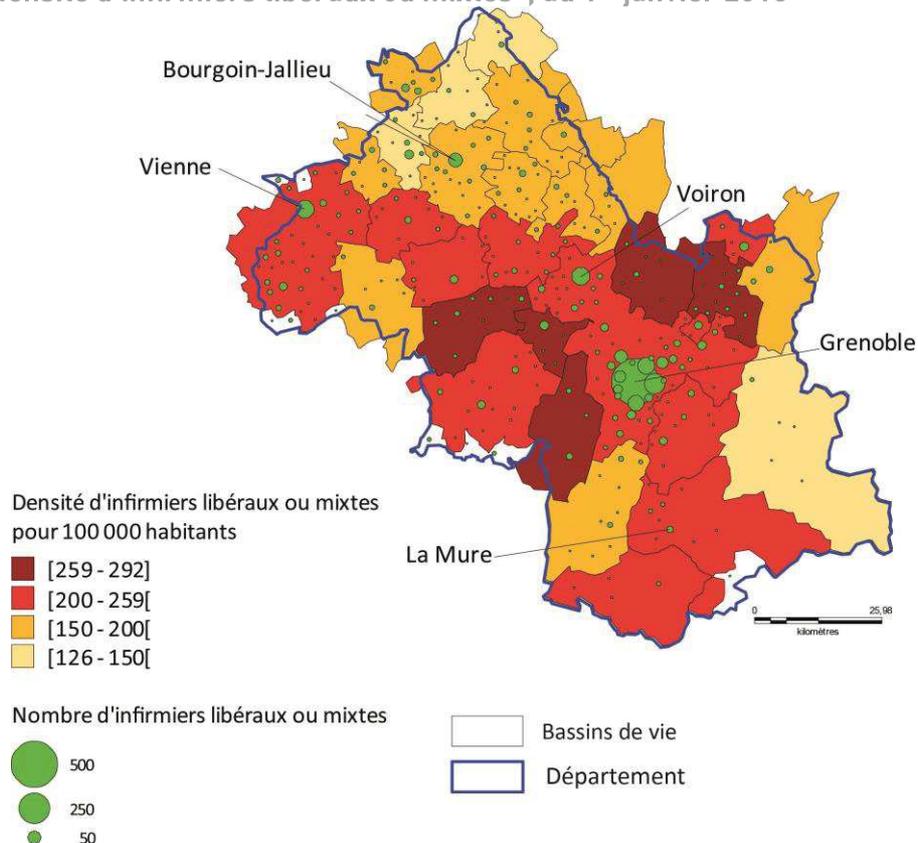
3.4.1. Les infirmiers libéraux ou mixtes

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

En 2018, dans le département de l'Isère on compte 2 599 infirmiers libéraux ou mixtes en exercice. La densité d'infirmiers libéraux ou mixtes dans le département de l'Isère (207,7 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants) est comparable à la densité régionale (208,8 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants).

La répartition des infirmiers libéraux ou mixtes est assez homogène sur le département même si des différences entre bassins de vie sont observées : les densités en infirmiers libéraux varient de 126 pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Montalieu-Vercieu à 291,2 pour 100 000 habitants dans le bassin de vie Saint-Étienne-de-Saint-Geoirs.

Effectif et densité d'infirmiers libéraux ou mixtes*, au 1^{er} janvier 2018



*Tous les lieux d'exercice de l'infirmier sont représentés sur la carte mais les infirmiers ne sont comptés qu'une fois dans le total départemental

Sources : ADELI 2018, Insee RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.4.2. Les infirmiers psychiatriques salariés

Les infirmiers psychiatriques jouent un rôle central dans les établissements psychiatriques, en ambulatoire et en hospitalisation (à temps complet ou partiel). Dans le cadre des Centres médico-psychologiques, ils mènent des activités variées: entretiens d'accueil, d'évaluation et d'orientation (premier accueil infirmier), consultation infirmière spécialisée, coordination du suivi avec, notamment, le médecin généraliste, les services sociaux et l'entourage de la personne, éducation thérapeutique, protocoles cliniques dédiés à l'observance du traitement, visites à domicile, actions de soutien des proches, etc. Ces activités permettent de réduire les délais d'accès aux soins, d'améliorer l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement et globalement la qualité des suivis.

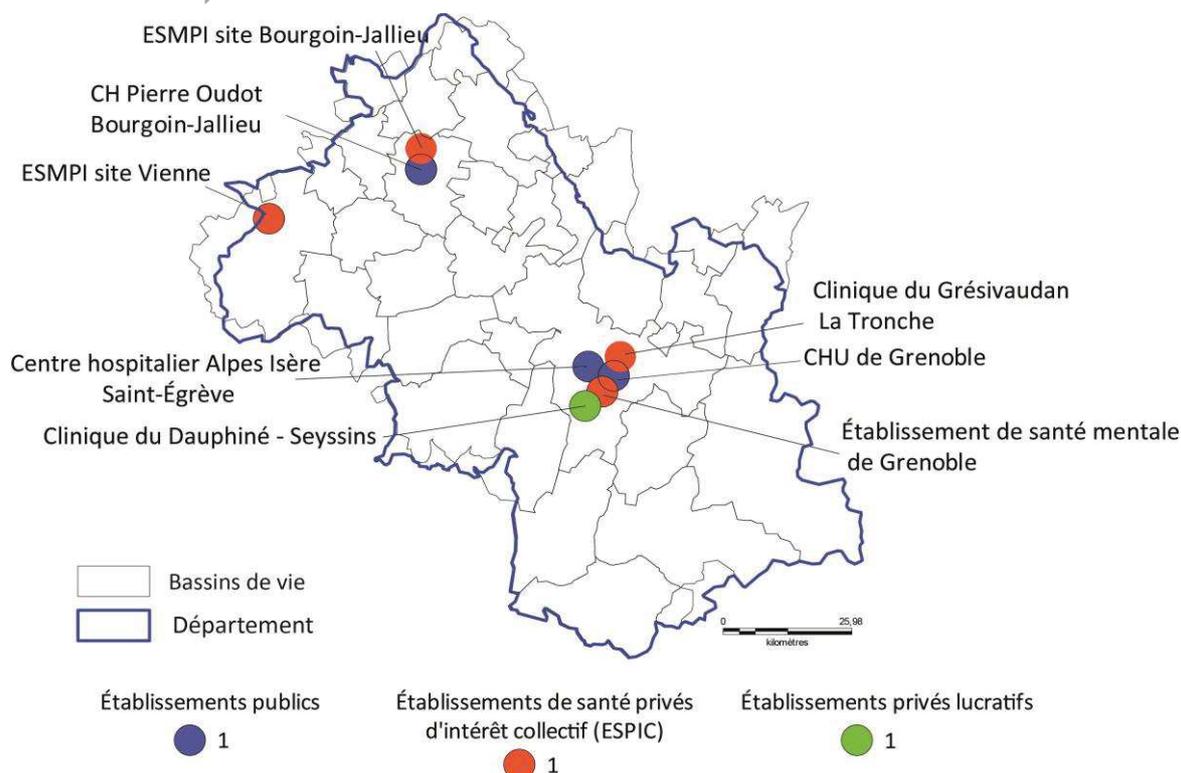
En 2018, 509 infirmiers psychiatriques salariés sont répertoriés dans le département de l'Isère, soit une densité de 40,7 infirmiers psychiatriques salariés pour 100 000 habitants, inférieure à la densité régionale (59,4 pour 100 000 habitants). (Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire Adeli, 2018)

3.5. Les centres hospitaliers ayant une autorisation en psychiatrie

Sept établissements ayant une autorisation en psychiatrie sont présents sur le département de l'Isère :

- Trois établissements publics : le centre hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu, le centre hospitalier Alpes Isère (CHAI) à Saint-Égrève et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble ;
- Trois établissements de santé privé d'intérêt collectif : l'établissement de santé mentale MGEN de Grenoble, l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère avec deux sites d'hospitalisation, l'un à Vienne et l'autre à Bourgoin-Jallieu et la clinique du Grésivaudan à La Tronche ;
- Un établissement privé lucratif : la clinique du Dauphiné à Seyssins.

Les centres hospitaliers ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement, 2017



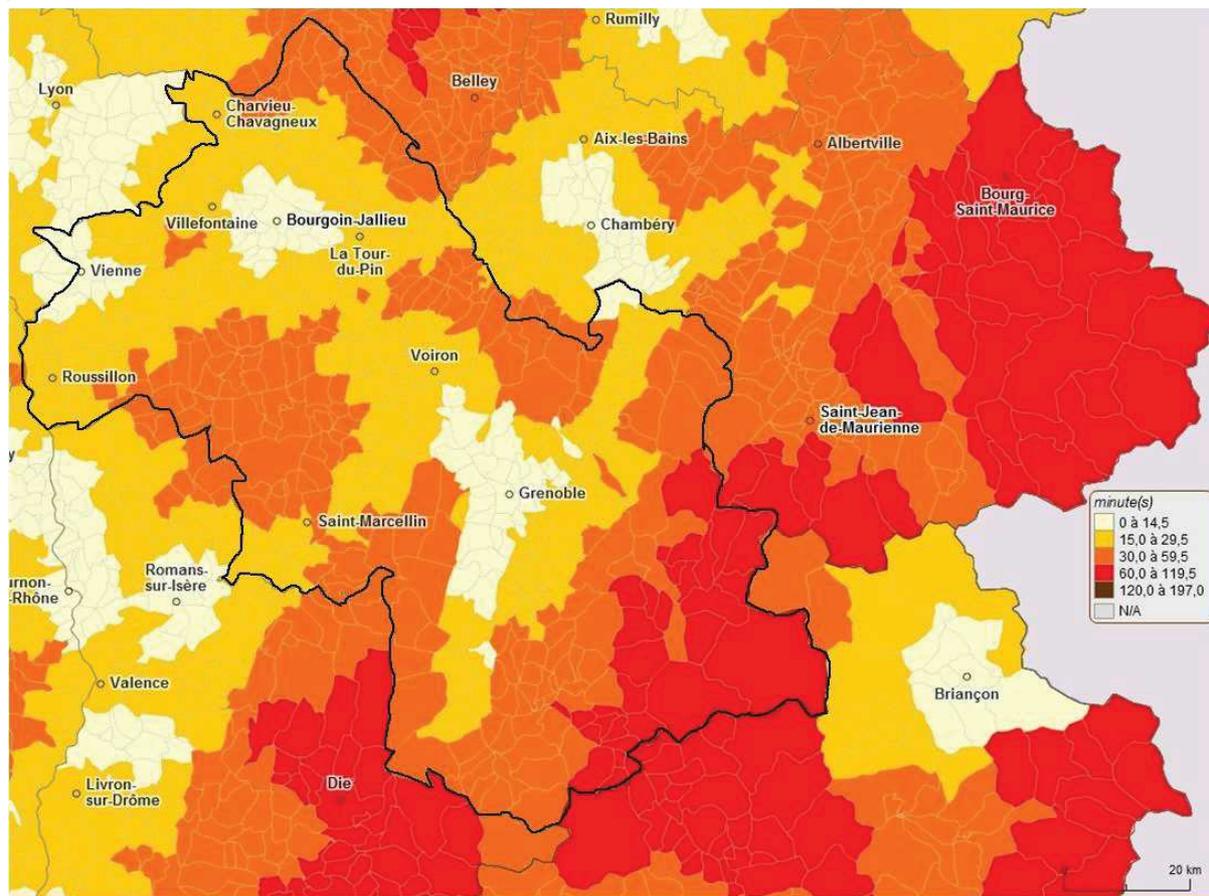
Sources : SAE 2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le temps d'accès à une unité d'hospitalisation à temps plein pour adultes est représenté par la carte suivante. Plus la couleur est foncée plus le temps d'accès est important.

Ainsi, les communes rurales situées au sud du département sont éloignées des unités d'hospitalisation à temps plein pour adultes (en rouge sur la carte) : le temps de trajet en voiture est supérieur ou égal à une heure.

Le temps d'accès aux unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile est également plus long pour les habitants des communes situées au sud du département. Dans les communes représentées en orange sur la carte le temps de trajet en voiture à une unité d'hospitalisation est supérieur ou égal à 53 minutes.

Temps d'accès* à l'unité d'hospitalisation (temps plein) de psychiatrie générale la plus proche, 2015

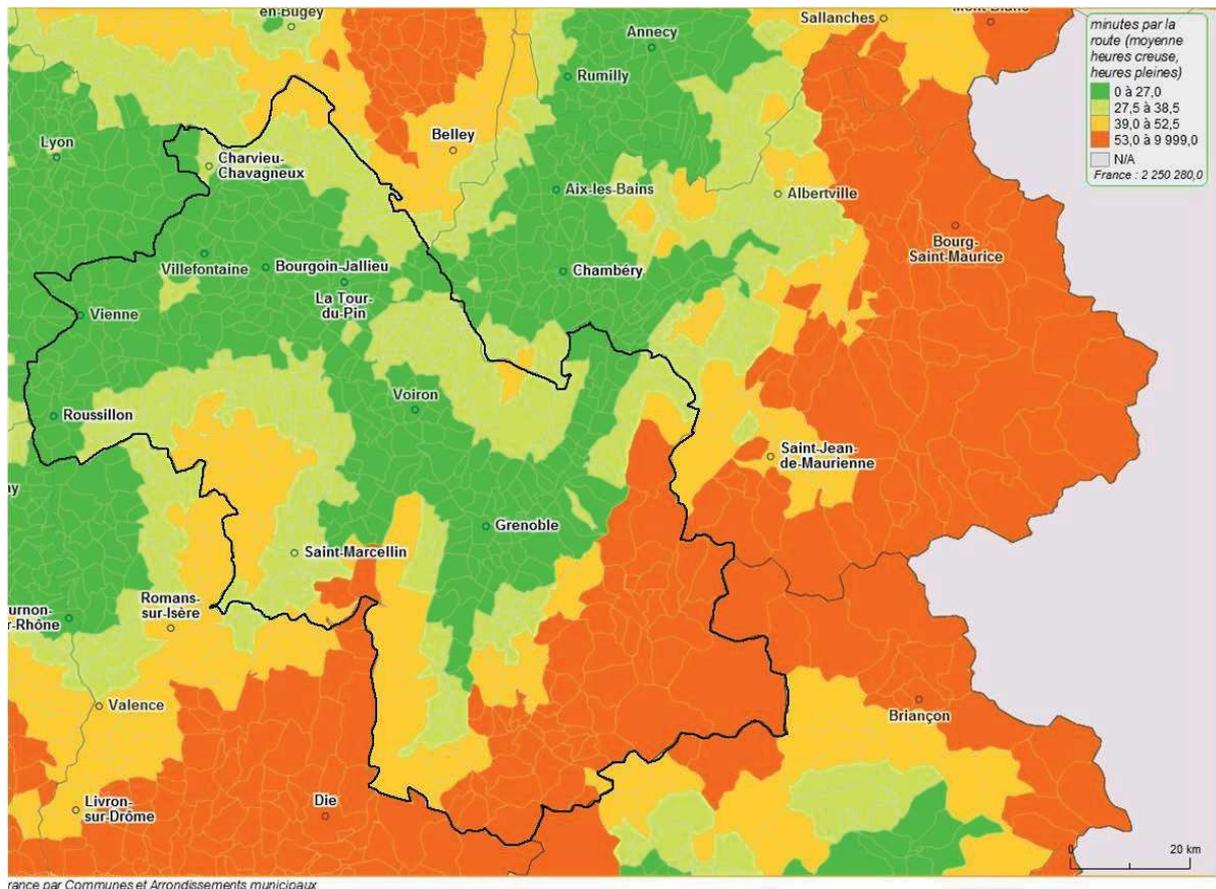


Communes et Arrondissements municipaux

*en minutes

Sources : SAE, Metric, extraction Atlas de santé mentale

Temps d'accès* à l'unité d'hospitalisation (temps plein) de psychiatrie infanto-juvénile la plus proche, 2015



France par Communes et Arrondissements municipaux

*en minutes

Sources : SAE, Metric, extraction Atlas de Santé Mentale

3.6. La psychiatrie de secteur

Les services de psychiatrie et de santé mentale sont organisés selon le principe de la « sectorisation » qui prévoit que toute personne nécessitant des soins psychiatriques est prise en charge en fonction de son lieu d'habitation et de son âge.

Ainsi, deux établissements de santé publics, le Centre hospitalier Alpes Isère de Saint-Égrève et le Centre Hospitalier Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu et un établissement de santé privé d'intérêt collectif (l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère) sont en charge de l'organisation des soins psychiatriques et de santé mentale dans le département de l'Isère, chacun sur une partie du territoire.

3.6.1. La psychiatrie générale

Le département de l'Isère est découpé en 15 secteurs de psychiatrie générale (jeunes et adultes à partir de 16 ans ou 18 ans). Les secteurs de psychiatrie générale proposent une gamme de soins allant de l'ambulatoire à l'hospitalisation à temps complet pour une population sur un territoire déterminé.

Selon la SAE¹⁵, en 2017, sont dénombrés, pour la psychiatrie générale :

- 691 lits d'hospitalisations à temps plein
- 21 places en placement familial thérapeutique
- 20 places d'accueil en appartement thérapeutique
- 179 places d'hospitalisation de jour et 4 places d'hospitalisation de nuit
- 21 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- 30 Centres médico psychologiques adultes

Aucune place d'accueil en centre post-cure, en centre de crise ni d'hospitalisation à domicile n'existe sur le département. De même, il n'existe pas dans le département de l'Isère d'urgences psychiatriques (hors services d'urgences des centres hospitaliers MCO).

3.6.2. La psychiatrie infanto-juvénile

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile offrent un éventail de soins allant de l'ambulatoire à l'hospitalisation à temps complet pour les enfants et les jeunes de 0 à 16 ans (parfois jusqu'à 18 ans). L'Isère est découpée en 6 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Sur l'ensemble du département sont décomptés :

- 30 lits d'hospitalisation à temps plein
- 137 places d'hospitalisation de jour et une place d'hospitalisation de nuit
- 12 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- 36 Centres médico psychologiques enfants
- 2 places en placement familial thérapeutique

3.6.3. Localisation des CMP enfants et adultes

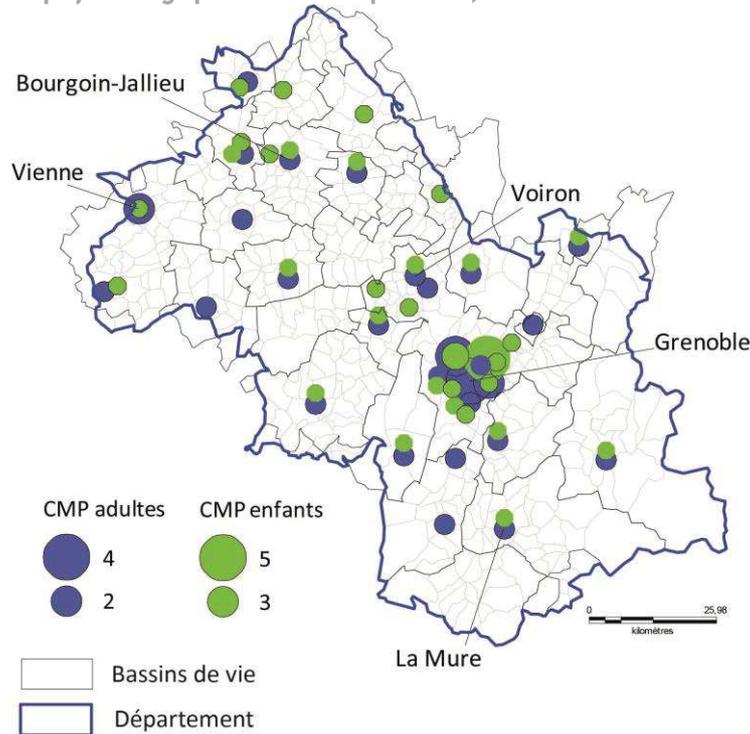
Les données extraites du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux¹⁶ précisent qu'en 2019, le département de l'Isère compte 35 CMP Adultes et 37 CMP Enfants.

En termes de répartition géographique, les CMP enfants et Adultes ne sont pas présents dans tous les bassins de vie, comme dans les bassins de vie de Saint-Étienne-de-Saint-Geoirs ou Montalieu-Vercieu, qualifiés de périurbains et le bassin de vie rural de Mens.

¹⁵ Statistique annuelle des établissements de santé

¹⁶ Ces données sont issues du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), extraction au 1^{er} mars 2019, ce qui explique le décalage avec les données présentées pour les secteurs de psychiatrie issues de la SAE 2017.

Les Centres médico psychologiques selon le public¹⁷, 2019



Source : Finess - consultation au 01/03/2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.7. La psychiatrie en milieu pénitentiaire

En Isère, la psychiatrie en milieu pénitentiaire est assurée par le centre hospitalier Alpes Isère. Les soins aux détenus sont assurés en milieu pénitentiaire, en ambulatoire dans le cadre de l'unité de consultation et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces et, si besoin, en hospitalisation à temps partiel (22 places) au service médico-psychologique régional de cette même maison d'arrêt.

3.8. Les dispositifs pour les publics en précarité

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont pour mission de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité. Les PASS proposent une aide administrative pour faciliter l'ouverture de droits pour l'obtention d'une couverture sociale et des soins, des examens voire des médicaments gratuits pour des habitants sans couverture de santé.

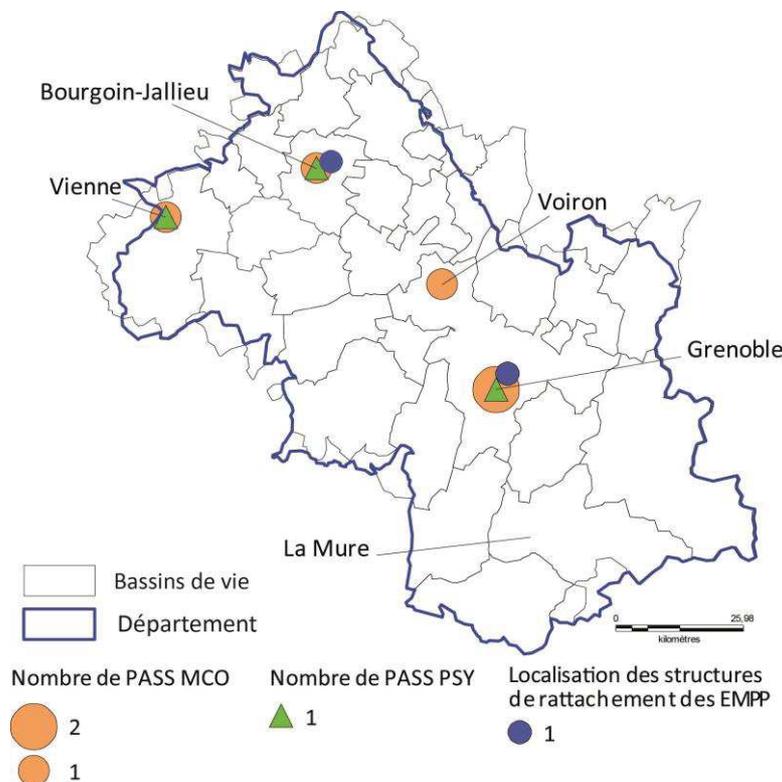
¹⁷ Les données présentées sur la carte sont issues du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) au 1^{er} mars 2019 (date d'extraction des données), ce qui explique leur décalage avec les données présentées pour les secteurs de psychiatrie qui sont issues de la SAE (année 2017).

Au total, 8 Pass sont dénombrés dans le département de l'Isère :

- 5 Pass généralistes dans un établissement MCO : le centre hospitalier universitaire de Grenoble, le centre hospitalier Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu, le groupe hospitalier mutualiste de Grenoble, le centre hospitalier de Vienne, le centre hospitalier de Voiron ;
- 3 « Pass-Psy » dans des centres hospitaliers spécialisés (établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie) : une PASS au centre hospitalier Alpes Isère à Saint-Égrève et 2 « Pass-Psy » dans l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère, l'une à Bourgoin-Jallieu et l'autre à Vienne.

Les Équipes mobiles précarité psychiatrie (EMPP) ont pour mission d'aller à la rencontre de personnes en situation de précarité et d'exclusion afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins psychiques lorsqu'il est nécessaire. Elles assurent également une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter les prises en charge coordonnées. Les EMPP sont des dispositifs intersectoriels de psychiatrie publique rattachés à des Centres Hospitaliers spécialisés. Dans le département de l'Isère, deux EMPP existent, l'une rattachée au centre hospitalier Alpes Isère et l'autre à l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère de Bourgoin-Jallieu.

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et les structures de rattachement des Équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP) en Isère, 2018



Source : ARS, septembre 2018 (Pass), décembre 2017 (EMPP), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4. Offre médico-sociale

4.1. Les structures médico-sociales pour les adultes en situation de handicap

4.1.1. Les établissements d'accueil et d'hébergement pour adultes en situation de handicap

Différents types d'établissement d'accueil et d'hébergement sont proposés aux adultes en situation de handicap, en fonction de leur degré d'autonomie et de leur besoin d'aide et de soins :

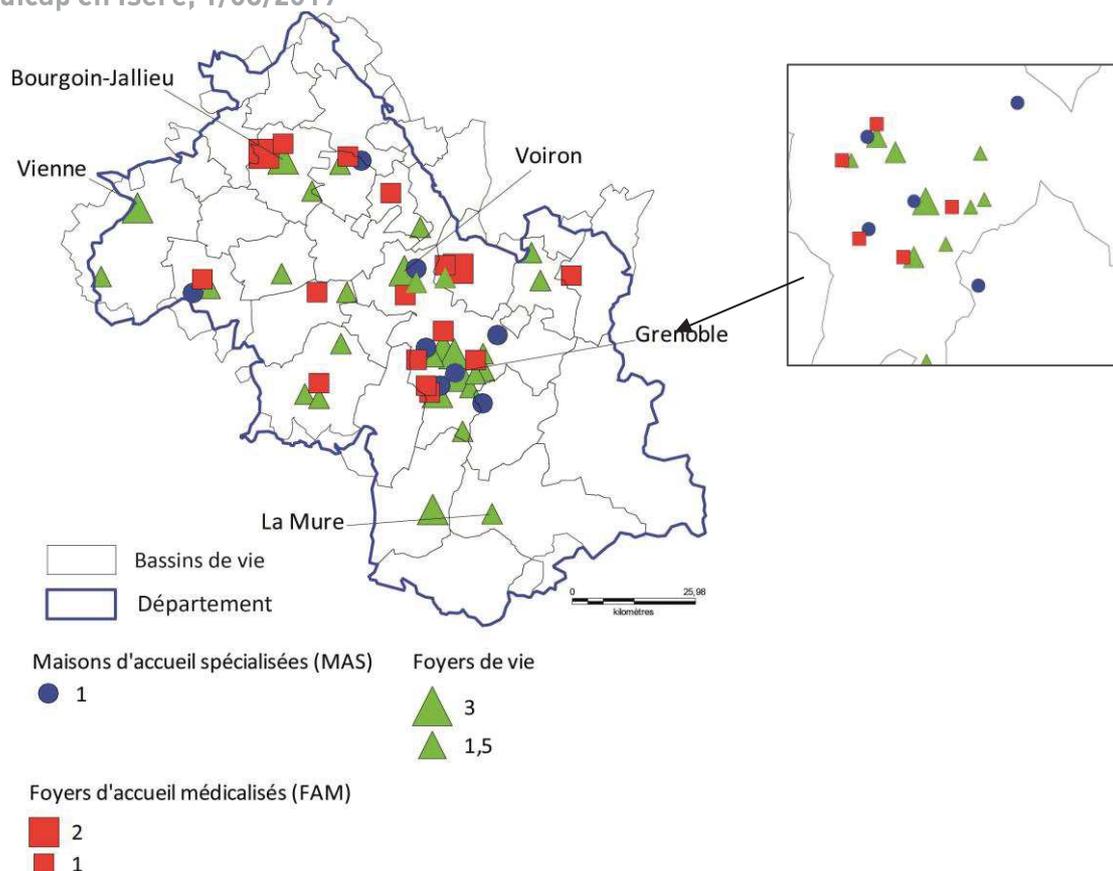
- les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ont pour mission d'accueillir des adultes handicapés en situation de « grande dépendance », ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée ;
- les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées. L'état de dépendance totale ou partielle des personnes accueillies en FAM les rend inaptes à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soins ;
- les foyers de vie (ou foyer occupationnel) accueillent des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie, ce qui permet de proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap. Certaines structures peuvent également proposer un hébergement, ils sont alors dénommés foyers polyvalents.

Dans le département de l'Isère, on compte :

- 7 MAS
- 19 FAM
- 37 foyers de vie/foyers polyvalents sont comptabilisés.

Ces établissements sont moins présents dans le sud du département.

Les établissements médico-sociaux (accueil et hébergement) pour adultes en situation de handicap en Isère, 1/03/2019



Sources : Finess (consultation au 01/03/2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.1.2. Les établissements d'insertion professionnelle pour adultes en situation de handicap

En matière d'emploi protégé, il convient de distinguer deux types d'établissements :

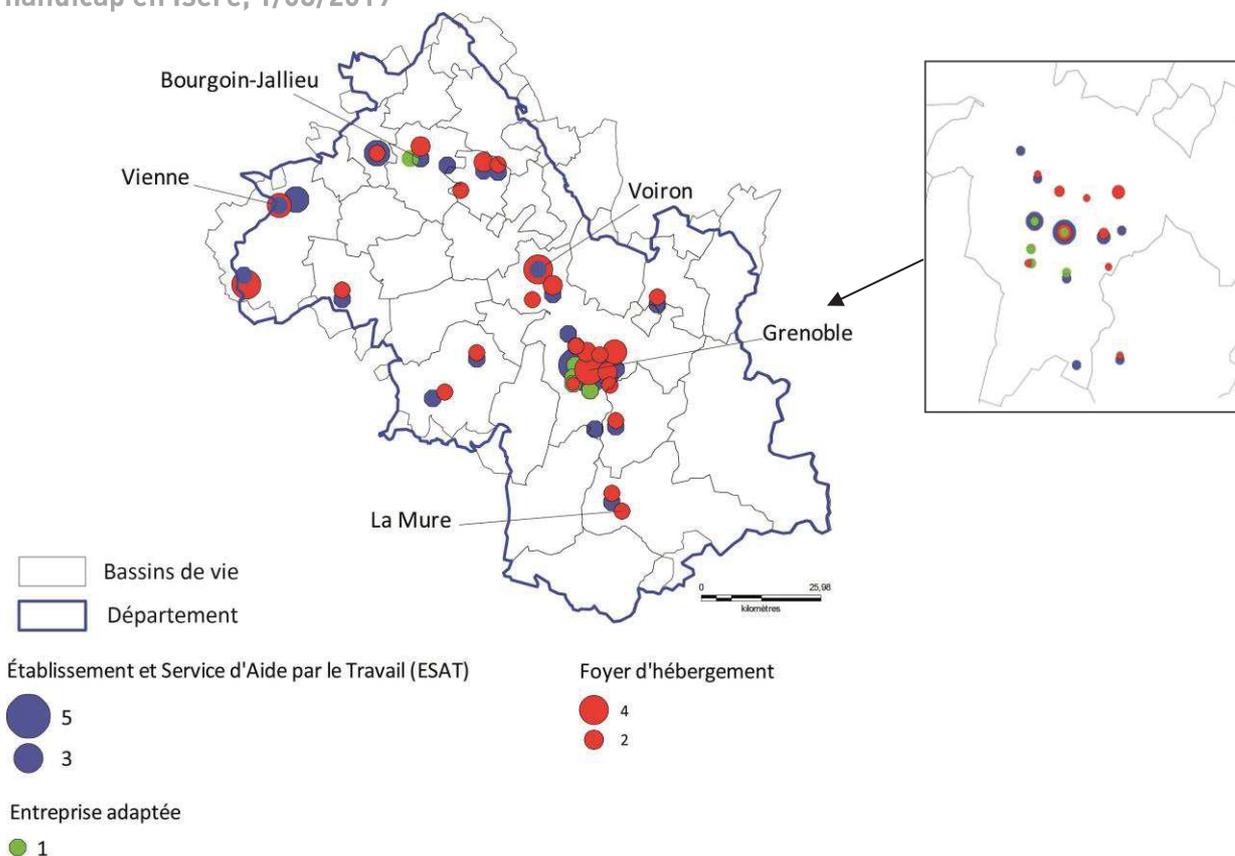
- les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) qui accueillent des personnes dont les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou adaptée ou d'exercer une activité professionnelle indépendante ;
- les entreprises adaptées (EA) sont des entreprises dont la seule spécificité est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés. Les entreprises adaptées constituent des unités économiques de production qui proposent une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées aux possibilités des personnes.

Les foyers d'hébergement pour les adultes en situation de handicap assurent l'hébergement et l'entretien des personnes qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT), ou dans une entreprise adaptée.

En mars 2019, 33 établissements et services d'aide par le travail (ESAT), 6 entreprises adaptées et 43 foyers d'hébergement sont présents dans le département de l'Isère. Les

établissements d'insertion professionnelle sont, comme pour les établissements d'accueil et d'hébergement moins présents dans le sud du département.

Les établissements médico-sociaux (insertion professionnelle) pour adultes en situation de handicap en Isère, 1/03/2019



Sources : Finess (consultation au 01/03/2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

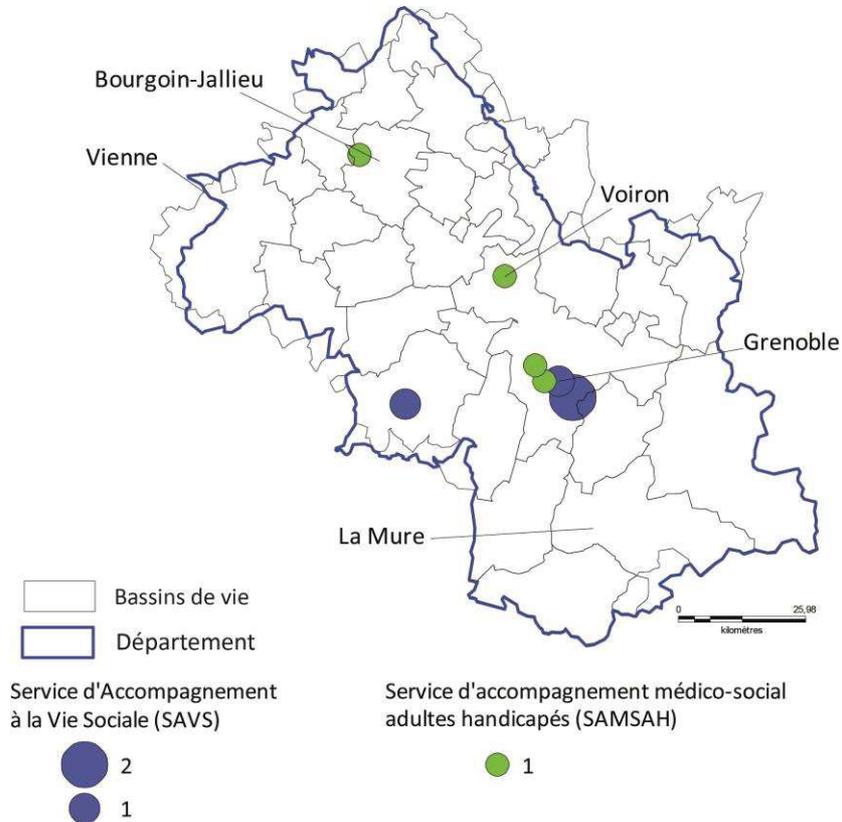
4.1.3. Les services médico-sociaux pour les adultes en situation de handicap

En termes de services médico-sociaux pour adultes en situation de handicap, deux types de services coexistent :

- les service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont pour vocation de soutenir la réalisation du projet de vie des personnes vivant à domicile, en leur proposant un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, professionnels et en facilitant l'accès à l'ensemble des services relevant du droit commun. Le SAVS a ainsi pour objectif de favoriser le maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie.
- les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) contribuent également à la réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap, par une aide dans la réalisation des actes quotidiens et l'accomplissement des activités domestiques et sociales, le suivi social et éducatif. Ils proposent, en sus, un suivi médical et paramédical en milieu ouvert.

En mars 2019, 4 services d'accompagnement à la vie sociale SAMSAH et 4 SAVS sont répertoriés dans le département de l'Isère.

Les services pour adultes en situation de handicap en Isère, 1/03/2019



Sources : Finess (consultation au 01/03/2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.1.4. Les capacités d'accueil en structures médico-sociales pour personnes en situation de handicap

En 2017, le département de l'Isère comptait 316 places¹⁸ de MAS, 645 places de FAM et 1064 places en foyers de vie/foyers polyvalents.

Établissements médico-sociaux d'accueil et d'hébergement pour personnes en situation de handicap, au 31 décembre 2017

	Nbre de structures	Places autorisées	Places installées			Total
			Hébergement complet	Accueil de jour*	Hébergement temporaire	
MAS	7	316	253	27	8	288
FAM	19	645	623	3	19	645
dont places médicalisées	19	645	623	3	19	
Foyers de vie /foyers polyvalents	37	1064	499	536	11	1 046

Sources : Sources : Finess (au 31/12/2017), exploitation ARS ARA DSPAR¹⁹

¹⁸ Places autorisées

En matière d'établissements médico-sociaux d'insertion professionnelle, 2045 places d'ESAT, 60 places en entreprise adaptée et 947 en foyers d'hébergement sont autorisées dans le département de l'Isère.

Établissements médico-sociaux d'insertion professionnelle pour personnes en situation de handicap, au 31 décembre 2017

	Nbre de structures	Places autorisées	Places installées
ESAT	34	2 045	2 045
Entreprise adaptée	7	60	203
Foyer d'hébergement	44	947	939

Sources : Sources : Finess (au 31/12/2017), exploitation ARS ARA DSPAR¹⁹

Pour les services d'accompagnement médico-social pour personnes en situation de handicap, 129 places de SAMSAH et 752 places de SAVS sont autorisées dans le département. Par ailleurs, 97 places en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et en service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont spécifiquement réservées pour des personnes en situation de handicap.

Services médico-sociaux pour adultes en situation de handicap

	Nbre de structures	Places autorisées	Places installées
SAMSAH	4	129	129
SAVS (y compris SAMSAH ayant des places SAVS)	4	752	752
SSIAD PH/SPASAD PH*	18	97	97

*SSIAD PH : Services de soins infirmiers à domicile ayant des places pour des personnes handicapées

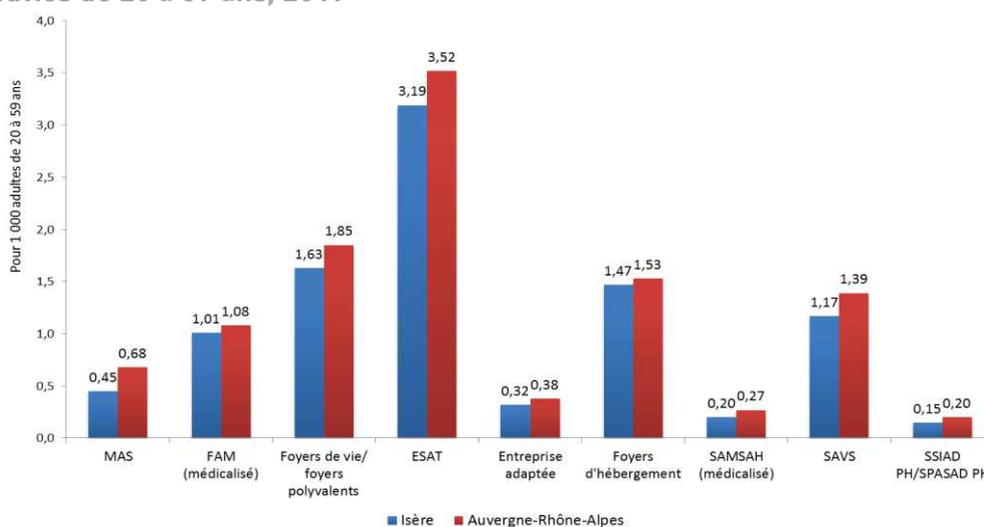
SPASAD PH : Service polyvalent d'aide et de soins infirmiers à domicile ayant des places spécifiques pour des personnes en situation de handicap

Les taux d'équipements en structures médico-sociales pour adultes en situation de handicap sont légèrement plus faibles dans le département de l'Isère par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes, quel que soit le type de structure, que ce soit en termes d'hébergement, d'insertion professionnelle ou de services.

À titre d'exemple, le taux d'équipement en places pour personnes en situation de handicap dans les SSIAD et SPASAD s'élève, en Isère, à 0,15 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans contre 0,20 dans l'ensemble de la région.

¹⁹ Données extraites de « L'Offre dans le secteur du handicap des territoires d'Auvergne-Rhône-Alpes » Édition 2018. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Janvier 2019. Les données exploitées dans ce rapport sont extraites du fichier Finess au 31 décembre 2017, d'où une différence possible avec les données concernant le nombre de structures (Consultation de la Base Finess au 01/03/2019).

Taux d'équipement en places médico-sociales pour adultes en situation de handicap pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, 2017



Source : FINESS (31/12/2017), Insee (2014), exploitation ARS ARA DSPAR

4.1.5. Les capacités d'accueil des structures médico-sociales pour adultes en situation de handicap, par type de déficience

Au 31 décembre 2017, 337 places en FAM (places médicalisées), MAS (places médicalisées), SAMSAH (places médicalisées), SSIAD et SPASAD pour déficiences psychiques existaient dans le département de l'Isère.

Le taux d'équipement en FAM (places médicalisées), MAS (places médicalisées), SAMSAH (places médicalisées), SSIAD et SPASAD pour les troubles psychiques est ainsi nettement plus élevé dans le département de l'Isère que dans l'ensemble de la région (respectivement 0,53 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans contre 0,33 en Auvergne-Rhône-Alpes).

Pour les troubles du spectre autistique, le taux d'équipement en FAM (places médicalisées), MAS (places médicalisées), SAMSAH (places médicalisées), SSIAD et SPASAD est comparable au taux régional.

Enfin, le taux d'équipement en FAM (places médicalisées), MAS (places médicalisées), SAMSAH (places médicalisées), SSIAD et SPASAD pour tous type de déficiences en Isère, est très inférieur au taux d'équipement régional (0,15 contre 0,40 places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans).

FAM (places médicalisées), MAS, SAMSAH (places médicalisées), SSIAD, SPASAD, 31 décembre 2017

	Places autorisées	Places installées	Taux d'équipement	
			Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Tous types de Déficiences Pers. Handicap. (sans autre indic.)	97	97	0,15	0,40
Déf. Intellectuelle et troubles associés	253	253	0,39	0,37
Déf. du Psychisme (sans autre indic.)	337	337	0,53	0,33
Déf Moteur et troubles associés	142	142	0,22	0,23
Autisme	195	167	0,26	0,23
Polyhandicap	163	163	0,25	0,49

*pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans

Sources : Finess 31/12/2017, Insee 2014, exploitation ARS ARA DSPAR

Concernent les taux d'équipement en FAM (places non médicalisées), foyer hébergement, foyer polyvalent, foyer de vie, SAVS, SAMSAH (ayant des places de SAVS), le taux d'équipement est un peu plus faible en Isère pour les déficiences psychiques, mais supérieur pour les déficiences intellectuelles et troubles associés par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

FAM (places non médicalisées), foyer hébergement, foyer polyvalent, foyer de vie, SAVS, SAMSAH (ayant des places de SAVS) par type de déficience, 31 décembre 2017

	Places autorisées	Places installées	Taux d'équipement*	
			Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Tous types de Déficiences Pers. Handicap. (sans autre indic.)	903	888	1,39	1,91
Déf. Intellectuelle et troubles associés	1 447	1 436	2,24	2,10
Déf. du Psychisme (sans autre indic.)	168	168	0,26	0,32
Déf Moteur et troubles associés	213	213	0,33	0,37
Autisme	32	32	0,05	0,04
Polyhandicap	0	0	0,00	0,03

*pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans

Sources : Finess 31/12/2017, Insee 2014, exploitation ARS ARA DSPAR

En matière d'insertion professionnelle (structures d'insertion et de travail en milieu protégé), au 31 décembre 2017, 2 105 places (établissements et services d'aide par le travail, centre de rééducation professionnelle, Centre de pré-orientation et entreprise adaptées) sont autorisées dans le département de l'Isère dont environ 80 % sont destinées à des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Pour compléter, 181 places en structure d'insertion professionnelle pour déficiences psychiques sont autorisées et ouvertes dans le département, soit un taux d'équipement en structure d'insertion professionnelle en Isère nettement plus faible qu'en région (un tiers plus faible).

À l'inverse, le taux d'équipement en structures d'insertion pour déficience moteur est trois fois plus important en Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

ESAT, CRP, CPO, EA*, au 31/décembre 2017

	Places autorisées	Places installées	Taux d'équipement*	
			Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Tous types de Déficiences Pers. Handicap. (sans autre indic.)	0	0	0,0	0,86
Déf. Intellectuelle et troubles associés	1 719	1 737	2,71	2,63
Déf. du Psychisme (sans autre indic.)	181	181	0,28	0,42
Trouble du caractère et du comportement	2	2	0,00	0,01
Déf. Moteur et troubles associés	153	278	0,43	0,14
Cérébrolésés	50	50	0,08	0,04
Polyhandicap	0	0	0,00	0,02

*pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans

* CRP : Centre de rééducation professionnelle - CPO : Centre de pré-orientation - EA : entreprise adaptée

Sources : Finess au 31/12/2017, Insee 2014, exploitation ARS ARA DSPAR

4.2. Les structures médico-sociales pour les enfants en situation de handicap

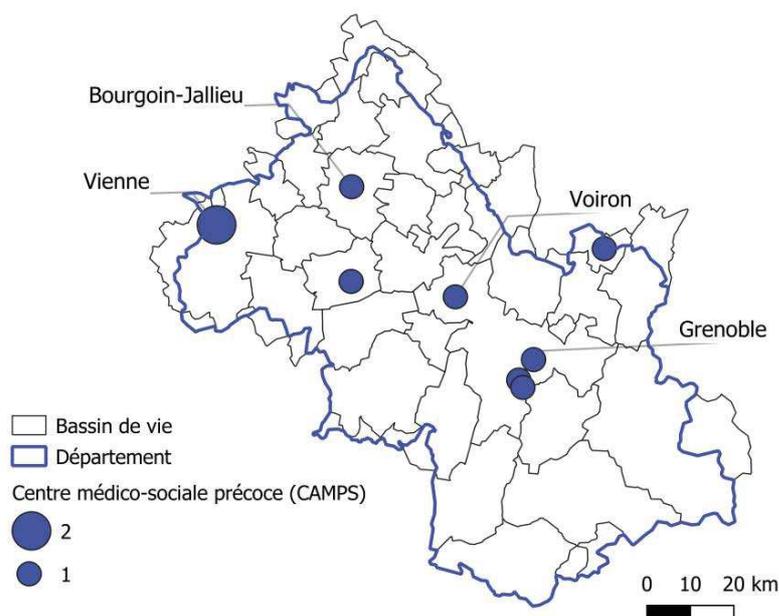
4.2.1. Les établissements médico-sociaux de prévention, de dépistage et d'accompagnement

Les Centres d'action médicaux sociaux précoces (CAMSP) s'adressent aux enfants de 0 à 6 ans. Ils ont pour mission le dépistage, le soin et la rééducation des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Les CAMSP peuvent être polyvalents ou spécialisés dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap.

Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) accueillent les enfants et adolescents de 0 à 20 ans éprouvant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement, en famille ou à l'école. Ils proposent des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires.

Dans le département de l'Isère, 9 CAMSP et 1 CMPP, situé à Grenoble, sont répertoriés. Le sud du département, au-delà de Grenoble n'est pas pourvu en CAMSP.

Les Centres d'action médicaux sociaux précoces (CAMSP) en Isère, 2019



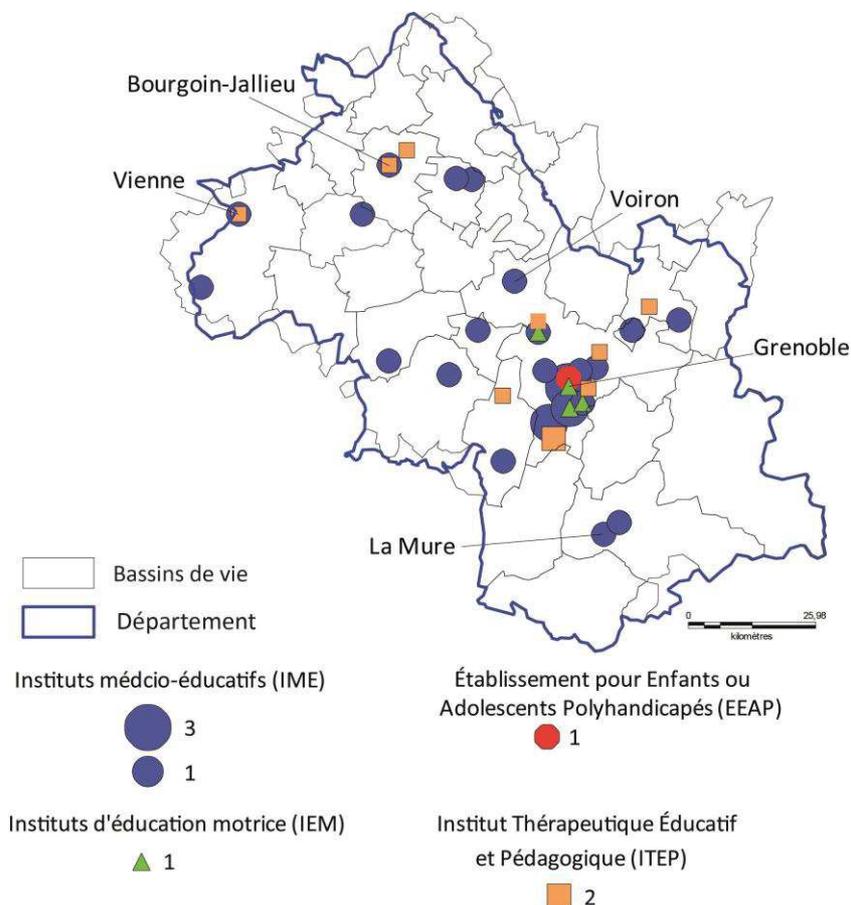
4.2.2. Les établissements et services d'éducation pour enfants en situation de handicap

Plusieurs types d'établissements et services d'éducation existent pour enfants en situation de handicap ne pouvant suivre une scolarité. Sont à distinguer :

- les instituts médico-éducatifs (IME) ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle, quel que soit le degré de leur déficience. Les Instituts médico-éducatifs (IME) sont spécialisés selon le degré et le type de handicap pris en charge ;
- les instituts d'éducation motrice (IEM) proposent des prises en charge (suivi médical, l'éducation spécialisée et la formation générale et professionnelle) pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice importante afin de les accompagner dans leur intégration familiale, sociale et professionnelle ;
- les Établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés accueillent et accompagnent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie. L'accueil se fait le plus souvent en internat ou en semi-internat ;
- les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage (mais ne présentant pas de pathologie psychotique ni de déficience intellectuelle).

Dans le département de l'Isère sont dénombrés 27 IME, 4 IEM, 1 établissement pour enfant ou adolescent polyhandicapé et 10 ITEP. Le sud du département en partie rural, apparaît, une fois de plus, moins doté en établissements médicosociaux d'éducation pour enfants handicapés.

Les établissements médico-sociaux d'éducation pour enfants en situation de handicap en Isère, 2019



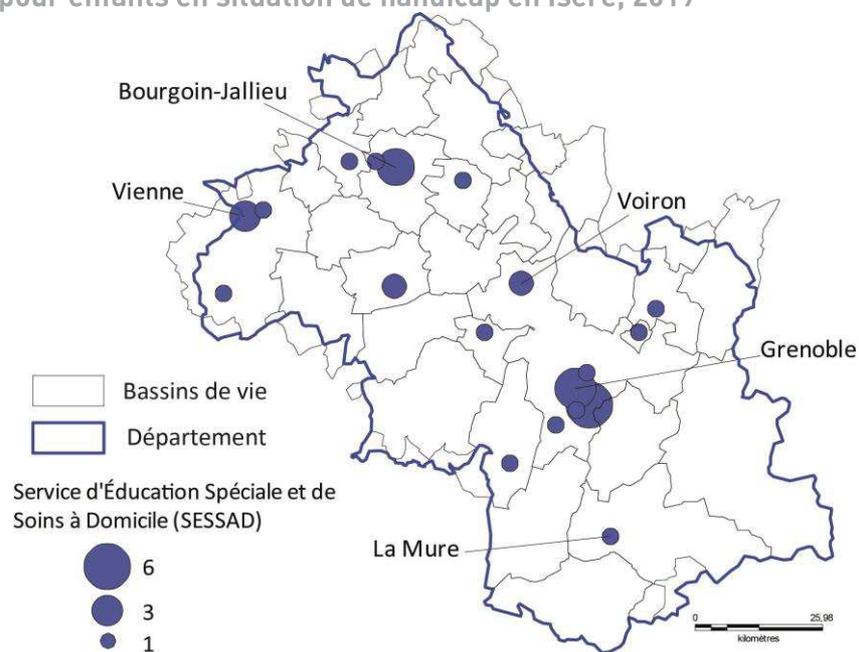
Source : Finess - consultation au 01/03/2019, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont pour mission de conseiller et accompagner les familles et de favoriser l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie des enfants en situation de handicap grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, centre de vacances...) et dans les locaux des SESSAD. En ce qui concerne l'intervention au sein des écoles, elle peut avoir lieu en classe ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (ULIS).

En 2019, 35 SESSAD sont présents en Isère, dont 5 sont spécialisés dans l'accueil d'enfants présentant des troubles du spectre autistique, 1 dans l'accueil d'enfants ayant un handicap psychique, 5 dans l'accueil d'enfants ayant des difficultés psychiques avec troubles du comportement, 6 dans l'accueil d'enfant ayant une déficience intellectuelle (3 sans troubles associés et 3 avec troubles associés et 2 dans l'accueil d'enfants ayant un retard mental (1 pour le retard mental léger et 1 pour retard mentale avec troubles associés).

Les SESSAD sont peu présents dans le sud du département, uniquement à la Mure où est localisée la seule ULIS du sud du département.

Les services pour enfants en situation de handicap en Isère, 2019



Source : Finess - consultation au 01/03/2019, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.2.3. Les capacités d'accueil des établissements et services médicosociaux pour enfants en situation de handicap

Au 31 décembre 2017, 2 025 places²⁰ en établissement médicosocial d'éducation spéciale sont créées dans le département de l'Isère : 1 646 places en IME, IEM et EEAP et jardin d'enfants spécialisés (dont 1 036 en accueil de jour et 58 pour de l'hébergement temporaire), 369 places en ITEP (dont la moitié en internat) et 10 places en établissements d'éducation sensorielle pour déficients visuels et déficients auditifs (uniquement en internat).

En matière d'accueil d'enfants en situation de handicap (en centre d'accueil familial spécialisé²¹, en établissements d'accueil temporaire pour enfant handicapé et en foyers d'hébergement) 49 places existent dans le département dont 12 en internat, 10 en accueil de jour et 27 en hébergement temporaire.

²⁰ Données extraites de « L'Offre dans le secteur du handicap des territoires d'Auvergne-Rhône-Alpes » - Édition 2018. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Janvier 2019. Les données exploitées dans ce rapport sont extraites de Finess en date du 31 décembre 2017, d'où une différence possible avec les données concernant le nombre de structures (Consultation de la Base Finess au 01/03/2019).

²¹ Les CAFS sont des dispositifs d'accueil, de soutien et de soins accueillant des enfants et des jeunes qui, outre leur handicap, sont en grande difficulté dans leur milieu familial et dont la prise en charge en collectivité (internat médico-éducatif ou autre structure) s'avère contre-indiquée (pour les enfants de moins de 6 ans) ou inopérante du fait des troubles présentés (troubles réactionnels à la vie en collectivité, manque de repères familiaux et sociaux, angoisses, état limite lié à des carences précoces : personnalité abandonnique). Ils proposent aux familles des entretiens avec l'équipe et un accueil de l'enfant chez un assistant familial afin de mettre à disposition des enfants et des adolescents un environnement psychologique éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur environnement.

Établissements médico-sociaux pour enfants en situation de handicap, 31 décembre 2017

	Nbre de structures	Places autorisées	Places installées			
			Hébergement complet	Accueil de jour*	Hébergement temporaire	Total
IME/IEM/EEAP/JES*	33	1 646	537	1 036	58	1 631
ITEP	9	369	177	177	0	354
SENSORIELS	1	10	10	0	0	10
CAFS EATEH-FH **	3	49	12	10	27	49

*y compris accueil de jour, externat et milieu ordinaire

**Jardin d'enfants spécialisé

*** Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS), établissement d'accueil temporaire enfant handicapé (EATH), foyer d'hébergement

Source : Finess (au 31/12/2017), exploitation ARS ARA DSPAR

Le département de l'Isère compte également 1 322 places en SESSAD.

Services médico-sociaux pour enfants en situation de handicap, 31 décembre 2017

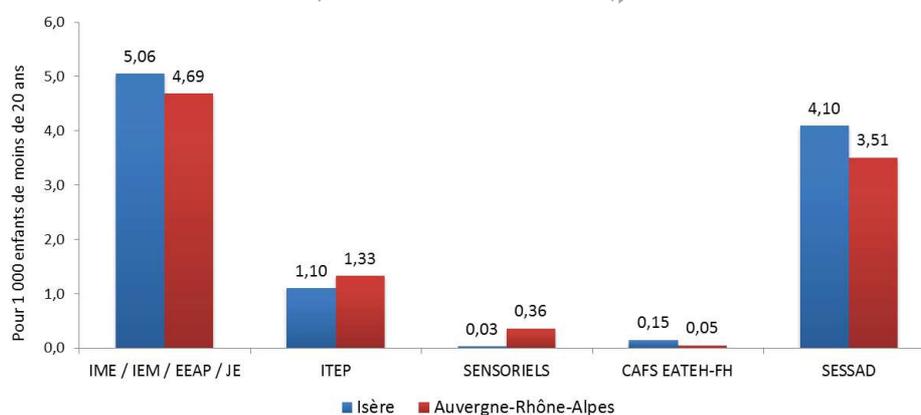
	Nbre de Structures	Places autorisées	Places installées
SESSAD	38	1 322	1 322

Source : Finess (au 31/12/2017), exploitation ARS ARA DSPAR

Les taux d'équipement en places médico-sociales sont plus élevés dans le département de l'Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes pour les IME, IEM, les EEAP, les jardins d'enfants spécialisés et les SESSAD. En effet, 5,06 places en IME, IEM, EEAP et jardin d'enfant spécialisé pour 1 000 enfants de moins de 20 ans sont comptabilisées en Isère contre 4,69 en Auvergne-Rhône-Alpes. De même, 4,10 places en SESSAD pour 1 000 enfants de moins de 20 ans sont autorisées dans le département contre 3,51 en région.

À l'inverse, le taux d'équipement en place en institut pour déficient sensoriels (auditif ou visuel) est relativement faible par rapport à la région (0,03 places contre 0,36 places en Auvergne-Rhône-Alpes).

Taux d'équipement en places médico-sociales pour enfants en situation de handicap pour 1 000 enfants de moins de 20 ans (hors CAMSP et CMPP), 2017



Source : Finess (au 31/12/2017), Insee (RP 2014), exploitation ARS ARA DSPAR

4.2.4. Les capacités d'accueil des structures médico-sociales pour enfants en situation de handicap par type de déficience/handicap

Le taux d'équipement en places médico-sociales pour les enfants présentant une déficience intellectuelle et des troubles associés (1 482 places en Isère – 4,58 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans) représente 43 % du total des places en structures médico-sociales pour enfant en situation de handicap du département.

Ce taux d'équipement est légèrement supérieur à la moyenne régionale (4,10 places en Auvergne-Rhône-Alpes).

De même, le taux d'équipement en places médico-sociales pour les enfants autistes est supérieur au taux régional (1,24 en Isère contre, 0,82 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en région).

À l'inverse, en Isère, le taux d'équipement en places médico-sociales pour les enfants présentant des troubles du caractère et du comportement (1,71 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans) et un handicap psychique (0,05 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans) sont plus faibles dans ce département qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 1,95 et 0,15 pour 1 000 enfants de moins de 20 ans).

Structures médico-sociales pour enfants en situation de handicap, offre par déficience (hors CAMSP et CMPP)

	Places autorisées	Places installées	Taux d'équipement*	
			Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Tous types de Déficiences Pers. Handicap. (sans autre indic.)	101	101	0,31	0,48
Déf. Intellectuelle et troubles associés	1 482	1 479	4,58	4,10
Troubles du caractère et du comportement	568	553	1,71	1,95
Déf. Grave de la communication	102	102	0,32	0,13
Déf. du psychisme (sans autre indication)	17	17	0,05	0,15
Déf. auditive et troubles associés	137	137	0,42	0,61
Déf. visuelle et troubles associés	50	50	0,15	0,31
Déf. moteur et troubles associés	240	240	0,74	0,80
Autistes	411	399	1,24	0,82
Polyhandicap	213	213	0,66	0,53
Épilepsie	75	75	0,23	0,05

*pour 1 000 enfants de moins de 20 ans

Sources : Finess au 31/12/2017, Insee 2014 – calcul ARS ARA DSPAR

4.3. Les structures médico-sociales d'addictologie

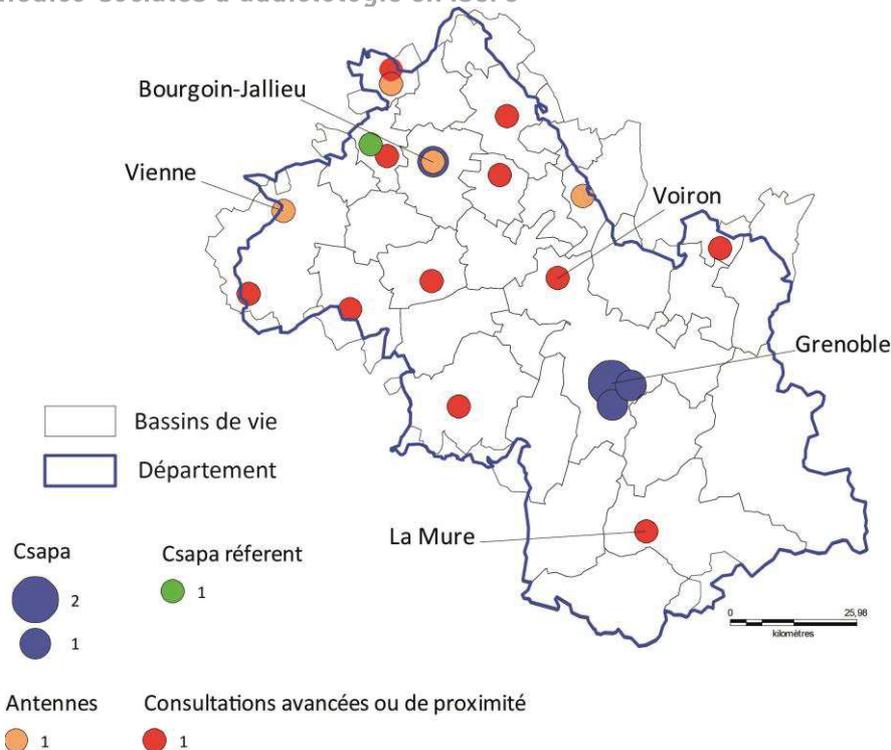
En matière d'addictologie, 5 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)²² sont présents en Isère : deux à Grenoble (Csapa Point Virgule et Csapa du service d'addictologie mutualiste des Alpes), un à Bourgoin-Jallieu (Csapa Sitoni intervenant également en tant que Csapa référent au centre pénitentiaire de Saint-Quentin Fallavier pour les détenus), un à Saint-Martin-d'Hères (Csapa Hauquelin) et un Csapa à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces pour les détenus. Des antennes de Csapa sont également présentes à Vienne, Bourgoin-Jallieu, Pont-de-Chéruy et à Pont-de-Beauvoisin.

Les consultations avancées ou de proximité, mises en place en différents points du territoire, permettent d'améliorer la couverture géographique du territoire en addictologie.

Le sud du département apparaît, une fois de plus, peu doté, même si il existe une consultation de proximité, située à La Mure, existe.

Un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)²³ est implanté dans le département, à Grenoble.

Structures médico-sociales d'addictologie en Isère



²² Les Csapa assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage, mais également la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives et enfin la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

²³ Les Caarud assurent l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins comprenant l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections et l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

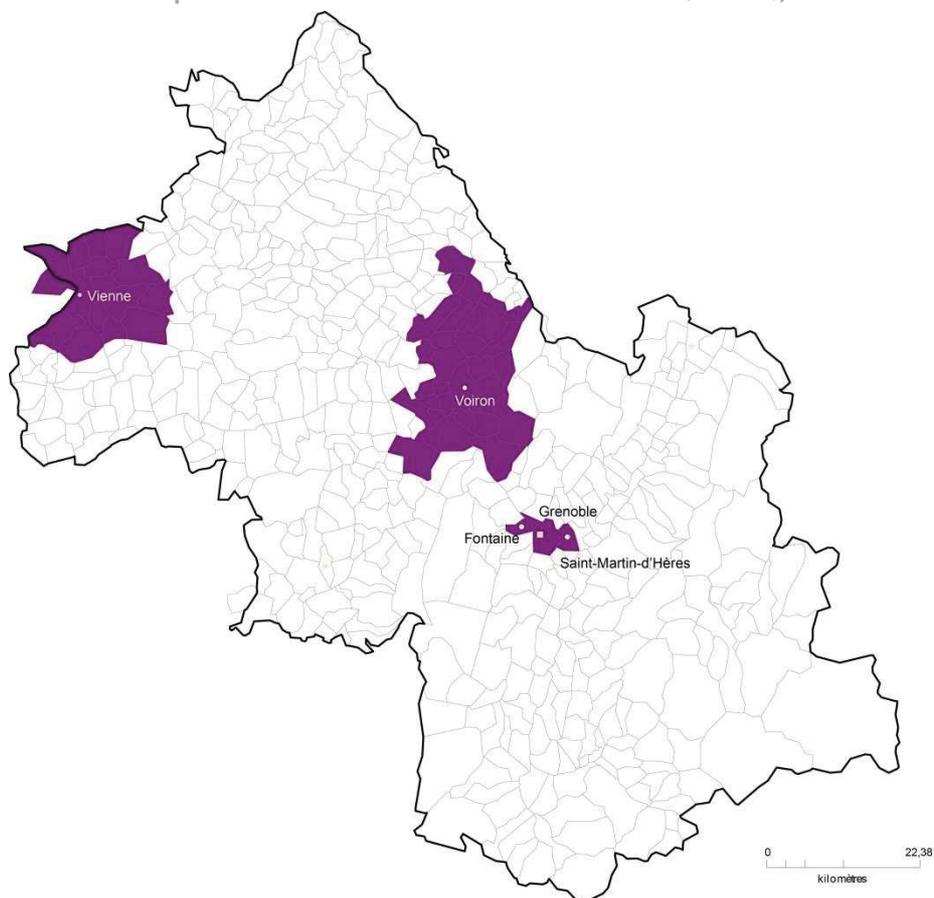
5. Offre communautaire

5.1. Les Conseils locaux de santé mentale

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

En 2016, cinq Conseils locaux de santé mentale (CLSM)²⁴ existaient dans le département de l'Isère : trois CLSM communaux, Grenoble, Saint-Martin d'Hères et Fontaine et deux CLSM intercommunaux dans le Pays voironnais et à Vienne Agglomération. En 2019, 55 communes iséroises étaient donc « couvertes » par un Conseil locale de santé mentale.

Communes couvertes par un Conseil local de santé mentale (CLSM), 2019



Source : CCOMS 2019, réalisation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

²⁴ Les CLSM sont des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Les CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins.

5.2. Les Groupes d'entraide mutuelle

Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM) sont des espaces collectifs d'accueil proposant des activités permettant aux personnes en situation de fragilité psychique de rompre leur isolement. Conçus avec et pour les personnes ayant une pathologie psychiatrique, la mission des GEM est également de proposer une forme d'engagement citoyen à ses adhérents, dont certains s'impliquent dans les instances représentant les usagers de la psychiatrie.

Cinq Groupes d'entraide mutuelle (GEM) existent en Isère, localisés dans les villes suivantes :

- le GEM « Oxy-Gem » à Villefontaine ;
- le GEM « l'heureux coin » à Grenoble ;
- le GEM « l'abeille vie » à Bourgoin-Jallieu ;
- le GEM « main dans la main » à Vienne ;
- le GEM « Hobby Club LC38 » à Bourgoin-Jallieu et à Grenoble.

En 2015, la densité en GEM était ainsi de 0,3 pour 100 000 habitants, contre 0,5 GEM pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes (40 GEM en région).

5.3. Les programmes d'éducation thérapeutiques à destination des aidants

En 2016, un programme d'éducation thérapeutique du patient (programme PROFAMILLE ou ARSIMED) est recensé dans le département de l'Isère²⁵. La densité en programme d'ETP pour les aidants est ainsi de 0,08 pour 100 000 habitants en Isère contre 0,05 en Auvergne-Rhône-Alpes).

5.4. Les Semaines d'information en santé mentale

Les SISM se déroulent chaque année au mois de mars en France dans le but de sensibiliser l'opinion publique et de déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Des animations et conférences sont organisées partout en France dans le cadre de cette manifestation.

En 2016, 18 actions (animations ou conférences) ont été organisées en Isère dans le cadre des Semaines d'information en santé mentale (SISM), soit une densité en action de promotion de la santé mentale organisées dans la cadre de la SISM de 1,46 pour 100 000 habitants (contre 2,11 en Auvergne-Rhône-Alpes).

²⁵ Le programme d'ETP recensé est un programme structuré sur un long terme (au moins 10 sessions sur 3 mois au minimum) montrant une efficacité dans la prévention des rechutes et un effet positif sur le cours de la maladie. Il est destiné à l'entourage de patients souffrant de schizophrénie.

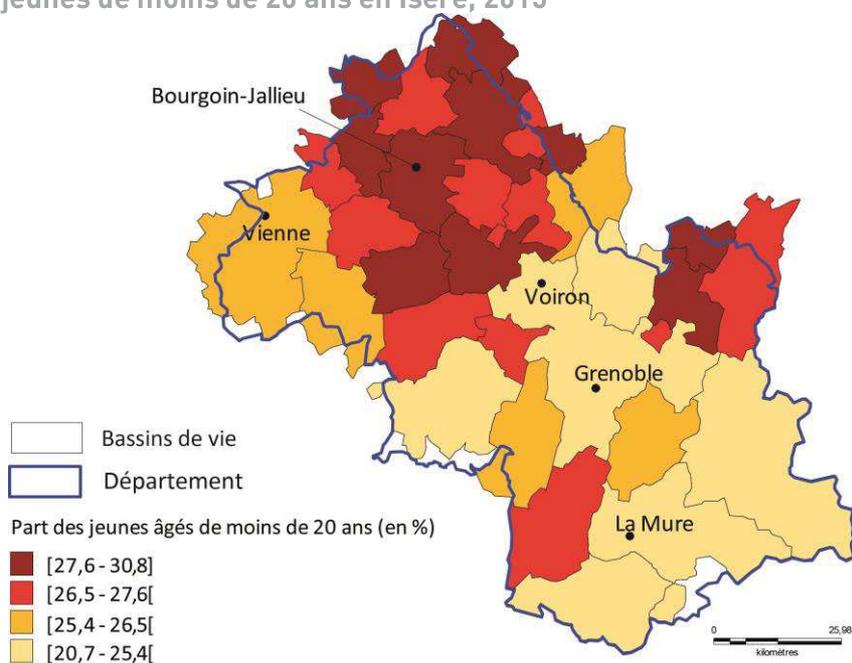
6. Indicateurs spécifiques aux enfants et adolescents

6.1. Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2015, le département de l'Isère compte 323 789 habitants de moins de 20 ans. La part des moins de 20 ans est ainsi plus élevée en Isère (25,9 %) que dans l'ensemble de la région (24,6 %).

Dans certains bassins de vie périurbains, principalement dans le nord du département, la part des moins de 20 ans est relativement élevée. C'est notamment le cas des bassins de vie de Villefontaine (30,8 %), La Côte-Saint-André (27,8 %), Montalieu-Vercieu (27,8 %), Morestel (27,8 %), Apprieu-le-Grand-Lemps (27,8 %) et Pontcharra (27,7 %). La part des moins de 20 ans est également importante dans le bassin de vie rural et touristique de Vif (26,5 %).

Part (%) des jeunes de moins de 20 ans en Isère, 2015



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

6.2. Les ressources de santé

6.2.1. Les pédopsychiatres

En 2016, la densité de pédopsychiatres (libéraux et salariés) s'élève à 6,6 pédopsychiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans le département de l'Isère, une densité comparable à celle observée en Auvergne-Rhône-Alpes.

Densité de pédopsychiatres, 2016

	Isère	Auvergne-Rhône-Alpes
Densité* de pédopsychiatres	6,6	6,7

*Pour 100 000 enfants de 0-14 ans

Sources : RPPS, Sniiram, Insee (2016), exploitation Atlas de santé mentale

6.2.2. Les pédiatres

En 2018, 158 pédiatres sont décomptés en Isère, dont 70 exercent en libéral (ou mixtes) et 88 en tant que salariés. La densité de pédiatres en Isère est ainsi comparable à celle observée en Auvergne-Rhône-Alpes.

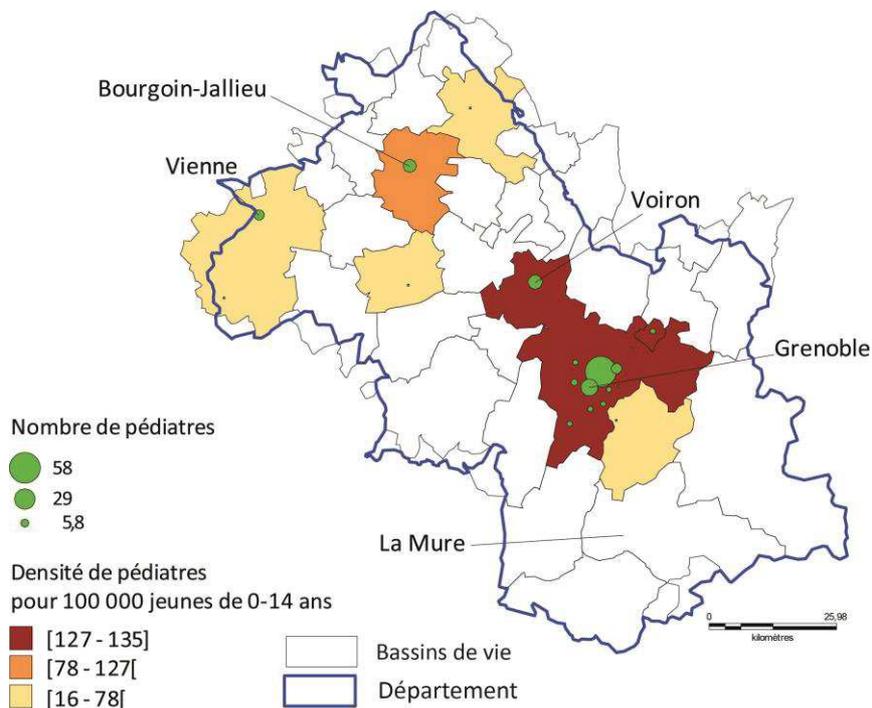
Effectifs et densité de pédiatres selon le mode d'exercice, 2018

	Isère		Auvergne-Rhône-Alpes
	Effectif	Densité*	Densité*
Pédiatres tous modes d'exercice	158	65,0	63,8
dont pédiatres libéraux ou mixtes	70	28,8	25,0
dont pédiatres salariés	88	36,2	38,8

Sources : RPPS (2018), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

À l'image de ce qui est observé pour l'ensemble des médecins spécialistes en France, les pédiatres sont inégalement répartis sur le département et sont essentiellement présents dans les agglomérations les plus importantes.

Nombre et densité de pédiatres (pour les 0-14 ans) tous modes d'exercice, au 1^{er} janvier 2018



Sources : RPPS (2018), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

6.2.3. Les Maisons des adolescents (MDA) et les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)

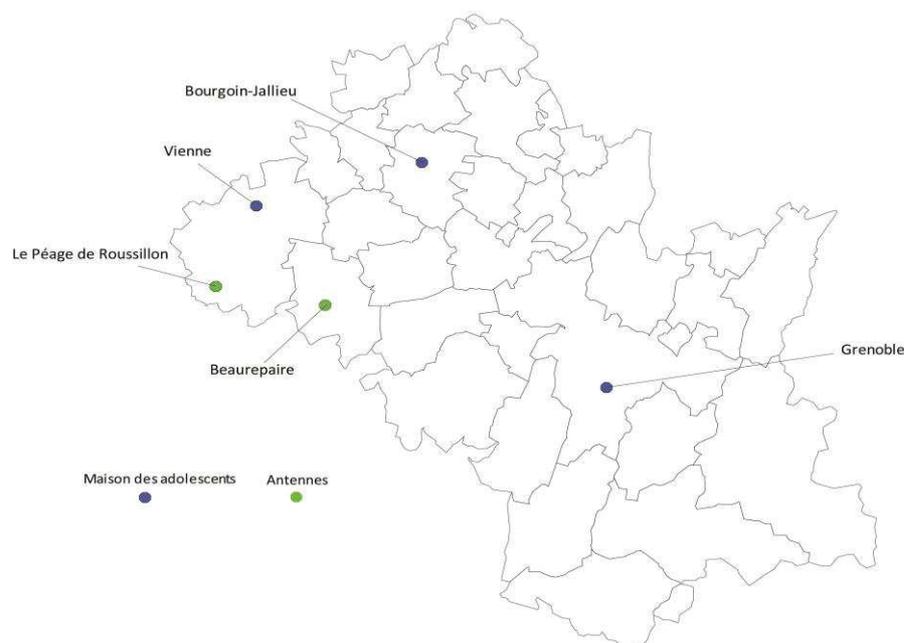
Les ressources d'écoute et de prévention en santé mentale pour les adolescents et les jeunes sont concentrées dans les principales agglomérations du département, ce qui pose la question de l'accès des jeunes des territoires ruraux à ces ressources, étant donné les

difficultés de mobilité qu'ils peuvent rencontrer (faiblesse des transports en commun dans les zones rurales et semi-rurales, public peu véhiculé).

Les Maisons des adolescents (MDA) ont pour mission d'informer, conseiller, accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes. Ce sont des lieux polyvalents, où la santé est abordée sous l'angle physique, psychique, relationnel et social, éducatif. Elles offrent aux adolescents un accueil gratuit sur des plages horaires souples et adaptées. Les adolescents peuvent y trouver une écoute, des informations, être accompagnés ou orientés en fonction de leurs demandes. Les MDA s'adressent également aux parents d'adolescents, en termes d'information et d'accompagnement.

Trois Maisons des adolescents sont présentes en Isère : à Grenoble, Bourgoin-Jallieu et Vienne. Deux antennes de la Maison des adolescents de Vienne existent également à Péage-de-Roussillon et à Beaurepaire.

Les Maisons des adolescents et leurs antennes en Isère, 2018

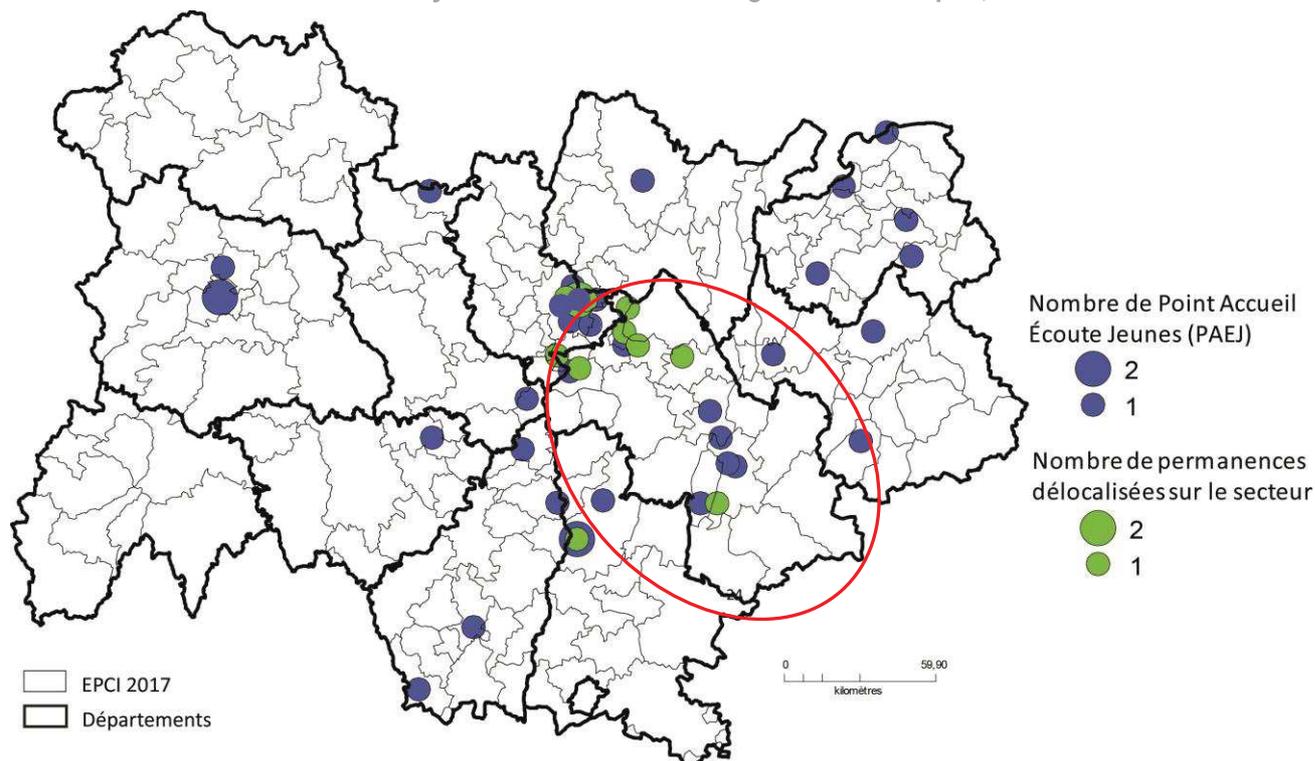


Source : ANMDA, consulté le 25/06/2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) offrent une écoute avec un psychologue, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents. Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez-vous, seul ou en groupe jeunes et/ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites violentes ou dépendantes, décrochage social, scolaire. Les PAEJ sont des lieux d'écoute et de prévention et n'offrent pas de soins.

Sept Points d'accueil et d'écoute jeunes sont présents en Isère, essentiellement dans les agglomérations du département (un PAEJ au sud de Grenoble à Villard-de-Lans).

Les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) en Auvergne-Rhône-Alpes, 2017



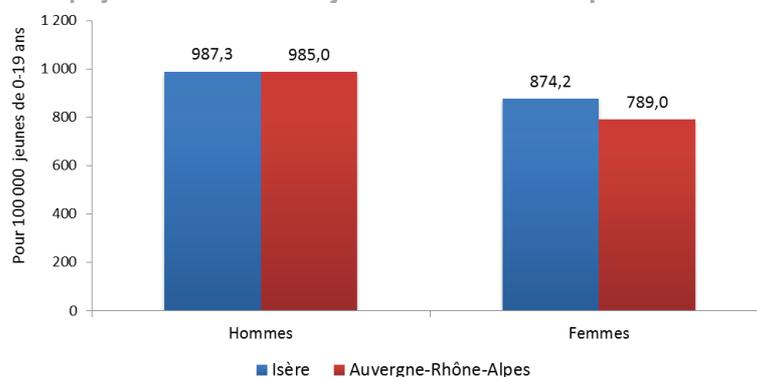
Source : Ars, données 2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

6.3. Le recours aux psychiatres libéraux

En 2017, près de 3 019 Isérois de moins de 20 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral (qu'il s'agisse d'un psychiatre, d'un neuropsychiatre ou d'un pédopsychiatre).

Le taux de recours aux psychiatres s'élève ainsi dans le département à 932, 4 pour 100 000 habitants de moins de 20 ans, contre 889,4 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux de recours à un psychiatre chez les jeunes de 0-19 ans pour 100 000, 2017

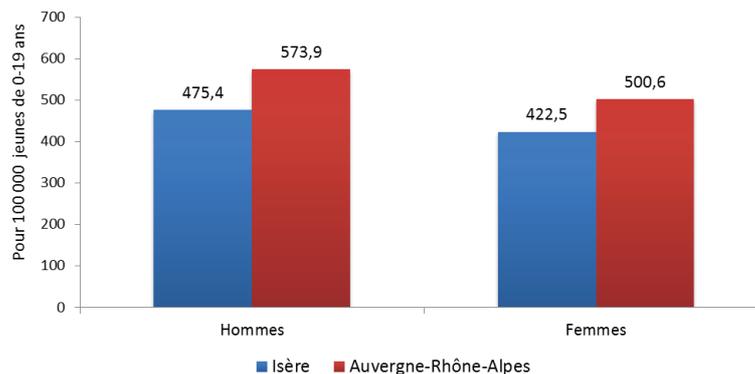


Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS – 2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

6.4. La consommation régulière de psychotropes

En 2017, 1 456 isérois de moins de 20 ans ont bénéficié d'un traitement psychotrope régulier (au moins 3 prescriptions par an). Les taux de jeunes patients sous traitement psychotropes régulier (449,7 pour 100 000 habitants de moins de 20 ans) est ainsi plus faible en Isère que dans l'ensemble de la région (538,1 pour 100 000 habitants de moins de 20 ans), chez les hommes comme chez les femmes.

Taux de patients de 0-19 ans sous traitement psychotrope régulier* pour 100 000, 2017



*Au moins trois prescription par an

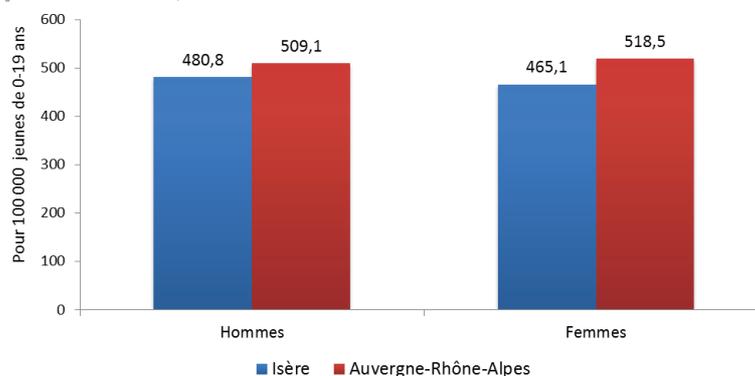
Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

6.5. Les hospitalisations en médecine chirurgie obstétrique

6.5.1. Les hospitalisations pour troubles mentaux

En 2017, 1 532 Isérois de moins de 20 ans ont été hospitalisés en médecine chirurgie obstétrique 5MCO° pour troubles mentaux et du comportement, soit un taux de patients hospitalisés de 473,1 pour 100 000 habitants de moins de 20 ans (tous sexes confondus) plus faible qu'en région (513,7 pour 100 000 habitants de moins de 20 ans).

Taux de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux et du comportement chez les moins de 20 ans pour 100 000, 2017



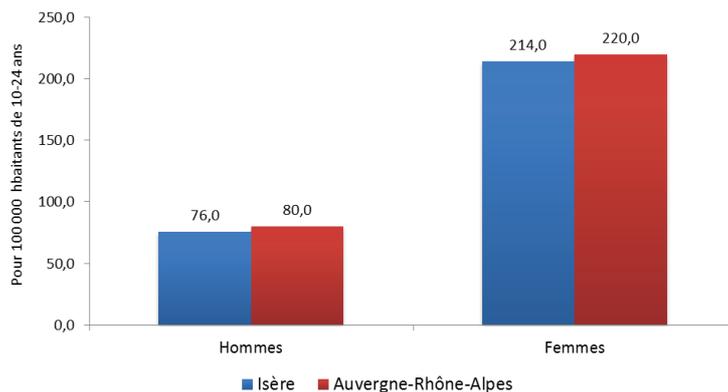
Sources : ATIH (PMSI 2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

6.5.2. Les hospitalisations en MCO pour tentative de suicide

En Isère, sur la période 2015-2017, 344 séjours pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne chaque année chez les 10-24 ans.

Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les 10-24 ans en Isère (143,1 pour 100 000 habitants de 10-24 ans) est comparable au taux régional (149,2 pour 100 000 habitants de 10-24 ans).

Taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans pour 100 000, 2015-2017



Sources : ATIH (PMSI 2015-2017), Insee estimation de population, exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble²⁶ : données sur la consommation de produits psychoactifs et la souffrance psychique

Consommations de produits psychoactifs

Les alcoolisations et les ivresses régulières concernent près de deux fois plus d'hommes que de femmes et tendent à augmenter avec les années d'études (entre la 1^{ère}, la 2^{ème} années de licence et la 1^{ère} année de master). 12,7 % des étudiants cumulent au moins 3 API (alcoolisation ponctuelle importante) au cours du dernier mois associées à des pertes de contrôle et des trous de mémoire. Ces étudiants dont presque $\frac{3}{4}$ de garçons constituent un groupe à risques cumulés.

Consommation d'alcool par sexe

	Hommes	Femmes
Alcool régulier	27 %*	14,5
Ivresses régulières	35 %*	17,6
Api régulières	7,6 %	1,6

* différence significative

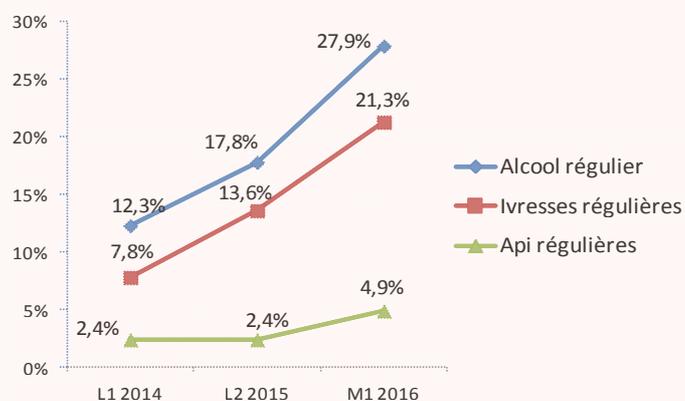
Près de 20 % des étudiants consomment du cannabis dont 4 % déclarent un usage régulier. Les hommes sont plus nombreux à consommer (23,5 % contre 15,6 % des femmes), mais il n'existe aucune différence en ce qui concerne l'usage régulier. Concernant les autres drogues, l'enquête montre une hausse significative des consommateurs de produits à inhaler (7,6 % de consommateurs en master 1) d'ecstasy et d'amphétamine (6 % de consommateurs en master 1) ou encore de cocaïne (4,6 % de consommateurs en quatrième année) entre les étudiants de première et quatrième année. La prise de médicaments psychotropes reste stable et peu courante parmi les étudiants (entre 3 % et 4 % selon l'année d'étude).

Souffrance psychique

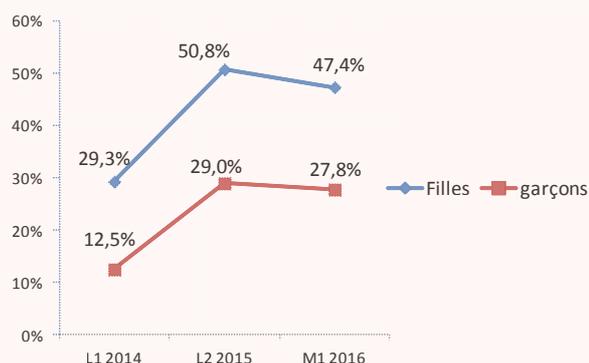
36,8 % des étudiants de quatrième année interrogés déclarent des signes de souffrance psychique (mesurée par le MHI-5²⁷) et les filles sont plus nombreuses que les garçons à exprimer un mal-être.

3,8 % des étudiants de Master 1 ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie dont 0,6 % au cours des 12 derniers mois. Le manque de suivi après cet acte est très important puisque plus de la moitié des suicidants n'ont bénéficié d'aucune prise en charge.

Evolution de la consommation d'alcool



Evolution de la souffrance psychique par sexe



²⁶ L'Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble (OSEG), créé en 2005, permet de disposer d'un tableau de bord de l'évolution de certains comportements, attitudes et perceptions liés à la santé. Ce dispositif d'enquête annuelle concerne tour à tour trois niveaux d'étude (première et deuxième année de licence et première année de Master). Cette dernière enquête a été réalisée entre octobre et décembre 2016 auprès d'étudiants de première année de master, tirés au sort dans les différents établissements grenoblois. Ainsi, 810 étudiants ont répondu à l'enquête soit 30 % de réponses.

²⁷ Le Mental Health Inventory (MHI-5) mesure la santé psychique à travers 5 questions. Son score varie de 0 à 100. Un score élevé indique un meilleur état de santé psychique.

Enquête BLITZ 2018 Observatoire territorial des conduites à risques de l'adolescent (OCTRA)²⁸

Mal-être, anxiété

32,4 % des élèves de 4^{ème} au collège interrogés déclarent s'être sentis déprimés au moins une fois par semaine et plus et 47,7 % des élèves déclarent s'être sentis nerveux, stressé ou anxieux au moins une fois par semaine.

Harcèlement

28,3 % des élèves de 4^{ème} déclarent avoir déjà été auteur de harcèlement, dont 7,1 % régulièrement (au moins deux ou trois fois par mois). 31,2 % déclarent avoir déjà été victime de harcèlement, dont 10,2 % régulièrement (au moins deux ou trois fois par mois).

Consommation de produits psychoactifs (hors tabac)

Près de la moitié des élèves de 4^{ème} ont déjà consommé de l'alcool (47,9 %) et 7,3 % déclarent en consommer tous les mois. 6,9 % des élèves ont déjà connu une ivresse (et 0,8 % ont connu quatre ivresses et plus dans leur vie).

En classe de 4^{ème}, la consommation de cannabis reste rare : 4,3 % des élèves ont déjà consommé du cannabis et 1,7 % en consomme au moins une fois par semaine (1,1 % en consomme tous les jours).

Cette enquête confirme l'influence d'un certain nombre de facteurs sur la consommation d'alcool (le sexe féminin, l'aisance financière perçue, le bon climat familial, l'épanouissement dans le cadre scolaire sont des facteurs « protecteurs ») et de certaines dimensions des compétences psychosociales comme l'affirmation de soi. En effet, l'intensité d'attachement à des pairs n'apparaît pas en soi en facteur de protection et même à certains égards comme une variable susceptible de favoriser les consommations.

²⁸ L'enquête BLITZ réalisée entre octobre 2017 et février 2018 a été réalisée auprès de 8 115 élèves de 4^{ème} issus de 69 collèges du département de l'Isère. L'enquête est constituée de modules dont la plupart sont des extraits du protocole HBSC (Health Behavior in school-aged Children, enquête internationale réalisée tous les 4 ans, en France depuis 2002).

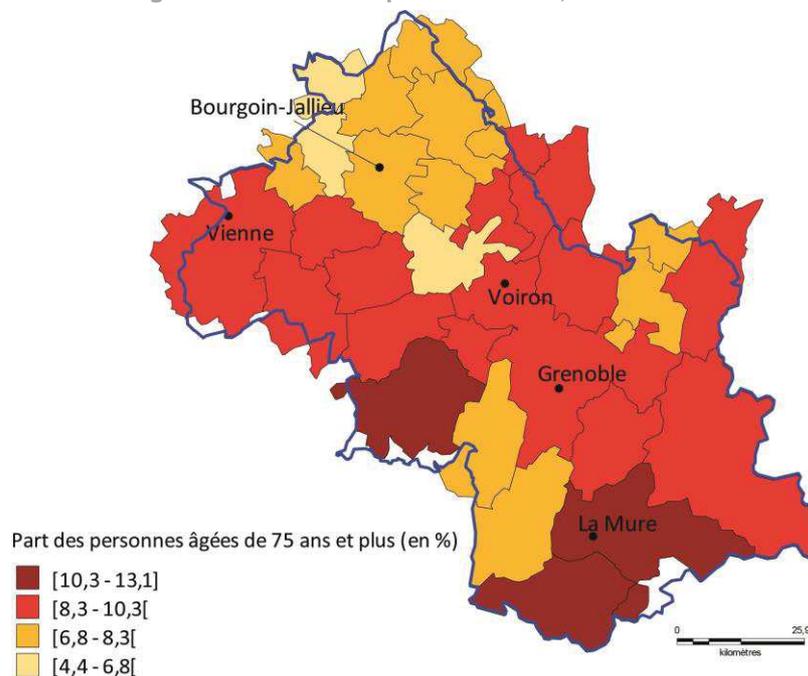
7. Indicateurs spécifiques aux personnes âgées

7.1. Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2015, 102 674 personnes âgées de 75 ans et plus sont décomptés dans la population iséroise. La part des 75 ans dans la population iséroise, 8,2 %, est inférieure à la moyenne régionale (9,2 %).

Plusieurs bassins de vie se démarquent toutefois de la moyenne départementale et régionale avec une part de personnes âgées de 75 ans et plus relativement élevé (supérieur à 10 %). C'est en particulier le cas du bassin de vie de Mens (13,1 %) mais également de la Mure (11,4 %) et dans une moindre mesure, de Saint-Marcellin (10,3 %).

Part (%) des personnes âgées de 75 ans et plus en Isère, 2015



Source : Insee (RP 2015)

7.2. Les ressources de santé

7.2.1. Les gériatres

En 2018, 36 gériatres, exerçant uniquement en tant que salariés, sont en activité dans le département de l'Isère, soit une densité de gériatres légèrement plus élevée en Isère (16,8 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus) que dans l'ensemble de la région (15,5 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus).

Effectifs et densité de gériatres selon le mode d'exercice, 2018

	Isère		Auvergne Rhône-Alpes
	Effectif	Densité*	Densité*
Gériatres tous modes d'exercice	36	16,8	15,5
dont gériatres libéraux ou mixtes	0	0,0	1,1
dont gériatres salariés	36	16,8	14,4

*densité pour 100 000 habitants de 65 ans et plus

Sources : RPPS (2018), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

7.2.2. Les unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé

Pour les patients âgés présentant des troubles psychiatriques, deux unités de gérontopsychiatrie (unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé) sont présentes en Isère.

Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement importants, le département de l'Isère présente une densité en places en unité d'hébergement renforcée²⁹ plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (7,0 places pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en Isère contre 11,1 places pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en région).

À l'inverse, la densité en places d'unité de réhabilitation cognitivo-comportementale³⁰ est deux fois plus élevée dans ce département qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (16,4 places pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en Isère contre 7,1 places pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en région).

Unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé, 2015

	Isère	Auvergne Rhône-Alpes
Nombre d'Unité spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé	2	22
Densité de places d'Unités d'hébergement renforcé*	7,0	11,1
Densité de places d'Unités de réhabilitation cognitivo-comportementale*	16,4	7,1

*pour 100 000 habitants de 65 ans et plus

Sources : Finess, SAE - 2015, extraction Atlas de santé mentale

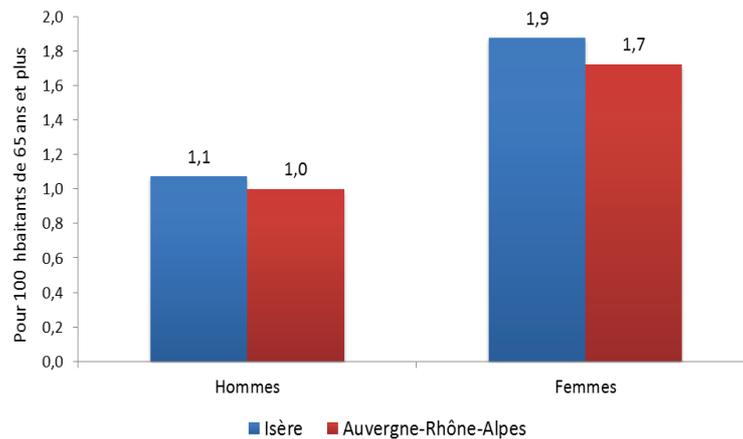
²⁹ Les unités d'hébergement renforcées accueillent des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et ayant des troubles du comportement sévères. Ces unités, présentes dans certains EHPAD, proposent un hébergement, des soins et des activités adaptées.

³⁰ Les unités cognitivo-comportementale (UCC) accueillent des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, en situation de crise ou présentant des troubles importants du comportement. Ces unités, situées dans un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), dans un secteur sécurisé, proposent un programme personnalisé de réhabilitation cognitive et comportementale sur la base d'un bilan médico-psychosocial. Ces unités ont pour objectif de stabiliser les troubles du comportement.

7.3. Le recours aux psychiatres libéraux

En 2017, 3 283 Isérois âgés de 65 ans et plus ont eu recours au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral, soit 1,5 % des habitants de cette classe d'âge (contre 1,4 % en Auvergne-Rhône-Alpes). Le taux de recours aux psychiatres libéraux chez les 65 ans et plus en Isère est ainsi comparable au taux de recours régional et ce, quel que soit le sexe.

Taux (%) de patients ayant eu recours à un psychiatre chez les 65 ans et plus pour 100 000, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS 2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

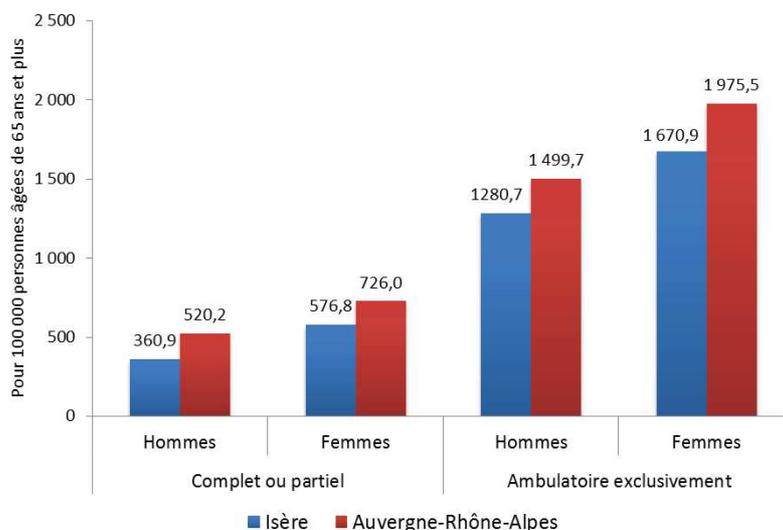
7.4. Les prises en charge en psychiatrie

Les taux de patients vus en établissement de psychiatrie sont globalement plus faibles dans le département de l'Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, quels que soient le sexe et le type de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation).

En 2017, 3 224 Isérois âgés de 65 ans ou plus ont été vus en établissement de psychiatrie, en ambulatoire (exclusivement). Le taux de patients de 65 ans et plus vus, en ambulatoire exclusivement, s'élève ainsi à 1 501,2 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus) dans le département de l'Isère (contre 1 772,1 en Auvergne-Rhône-Alpes).

La même année, 1 037 Isérois de 65 ans et plus ont été hospitalisés en établissement de psychiatrie, soit un taux de patients hospitalisés de 482,9 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus) également plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (638,0 pour 100 000 habitants).

Taux bruts de patients de 65 ans et plus pris en charge en soins spécialisés en psychiatrie pour 100 000, 2017

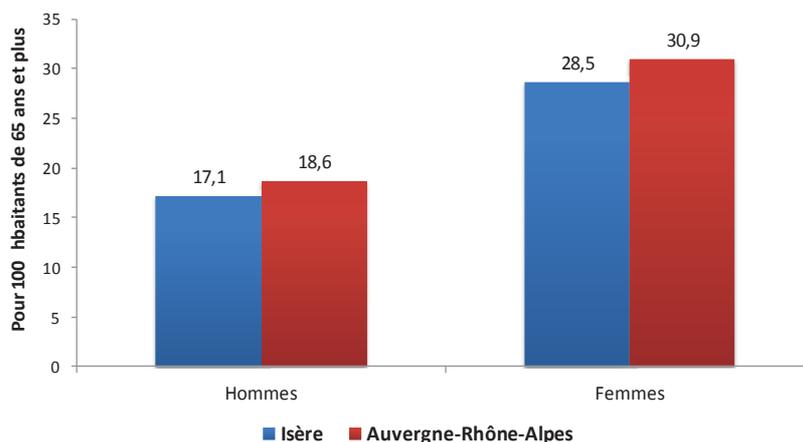


Sources : ATIH (RIM-P 2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

7.5. La consommation régulière de psychotropes

Au cours de l'année 2017, 50 618 Isérois de 65 ans et plus ont bénéficié d'un traitement régulier (au moins 3 prescriptions) de psychotropes. Le taux de patients sous traitement psychotrope régulier, dans ce département (23,6 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus) est ainsi comparable au taux régional (25,6).

Taux (%) de patients de 65 ans et plus sous traitement psychotrope régulier*, 2017



*Au moins trois prescription dans l'année

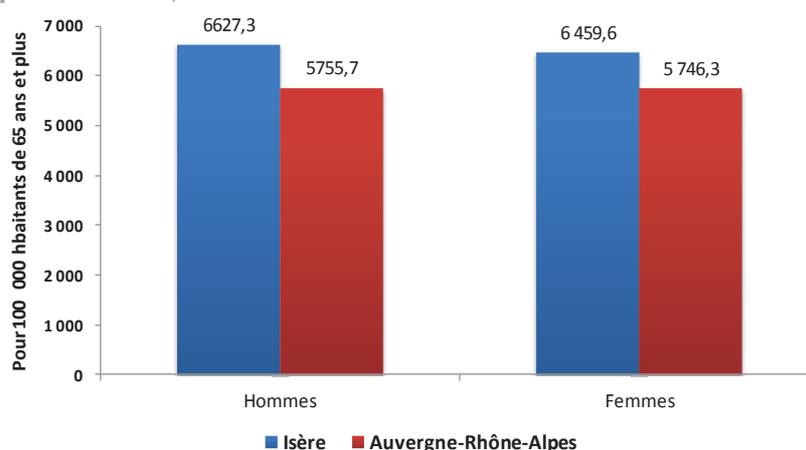
Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (RP 2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

7.6. Les hospitalisations en médecine chirurgie obstétrique

7.6.1. Les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement

En 2017, 14 029 patients isérois de 65 ans et plus ont été hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour troubles mentaux et du comportement. Le taux de patients de 65 ans et plus hospitalisés en MCO pour troubles mentaux et du comportement est ainsi plus élevé dans le département de l'Isère que dans l'ensemble de la région (6 533,5 contre 5 750, 3 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus).

Taux de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux et du comportement chez les 65 ans et plus pour 100 000, 2017



Sources : ATIH (PMSI 2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

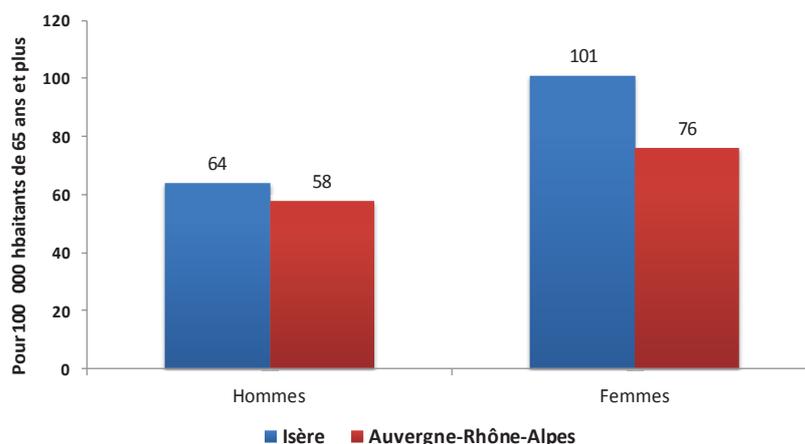
7.6.2. Les hospitalisations pour tentative de suicide

Sur la période 2015-2017, près de 190 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, en moyenne chaque année, ont été dénombrés chez les 65 ans et plus en Isère.

Le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus est supérieur à la moyenne régionale dans le département de l'Isère (87 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus en Isère contre 69 en Auvergne-Rhône-Alpes). Cette tendance observée depuis plusieurs années semble due à une pratique de codage de bonne qualité et plus homogène que dans d'autres établissements de la région³¹.

³¹ Source : Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Observatoire Régional de la Santé. Bulletin n°5 janvier 2019

Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide chez les personnes de 65 ans et plus pour 100 000, 2015-2017



Sources : ATIH (PMSI- 2015-2017), Insee (RP 2015), exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

7.6.3. La mortalité par suicide

Sur la période 2013-2015, 43 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne chaque année chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit un taux de mortalité par suicide, dans cette classe d'âge égal au taux régional (20,9 décès par suicide pour 100 000 habitants de 65 ans et plus).

Effectif et taux de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus pour 100 000 habitants, 2013-2015

	Isère	Auvergne Rhône-Alpes
Effectif	43	296
Taux annuel spécifique de mortalité par suicide chez les 65 ans et +	20,9	20,9

Sources : Inserm CépiDc (2011-2015), Insee (RP 2012-2013, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes)

8. Synthèse

Le territoire

Le département de l'Isère est densément peuplé, dynamique sur le plan démographique et un peu plus jeune que l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. En termes socio-économiques, les données montrent une situation comparable voire un peu plus favorable en Isère que dans l'ensemble de la région.

Toutefois, le département est composé d'une diversité de territoires dont la situation est contrastée. Se distinguent notamment :

- le bassin de vie très dense et fortement urbanisé centré sur l'agglomération grenobloise avec la présence marquée de populations en situation de précarité (en particulier dans les quartiers classés en politique de la ville) ;
- Les bassins de vie relativement jeunes et en forte croissance démographique, principalement au nord du département le long de l'axe reliant les agglomérations grenobloise et lyonnaise. Parmi ces bassins de vie, plusieurs apparaissent socialement défavorisés comme Villefontaine, Bourgoin-Jallieu, Vienne, (présence de quartiers classés en politique de la ville), Beaurepaire ou encore la Tour-du-Pin ;
- Quelques bassins de vie ruraux au sud dont un, celui de Mens, cumulent les éléments de fragilité avec une population âgée et modeste.

L'intrication des problématiques de précarité et de santé mentale a été mise en exergue par de nombreux travaux. La précarité a un impact négatif sur la santé mentale des populations : le chômage, les ruptures conjugales, la pauvreté, l'isolement social sont des facteurs pouvant générer de la souffrance psychique, une forme de dépressivité. Par ailleurs, la présence de personnes ayant des troubles psychiques, qui ont souvent des revenus modestes (AAH...) apparaît plus importante dans les territoires offrant des logements à coût modéré.

Dans les bassins de vie urbains et périurbains où la précarité est marquée et dans les bassins de vie ruraux cumulant défavorisation sociale et population âgée, les besoins de santé sont ainsi relativement importants. Par ailleurs, dans les bassins de vie ruraux, âgés et défavorisés, la question de l'accès géographique aux soins, est centrale, en lien avec les difficultés de mobilité des publics précaires et âgés.

État de santé mentale et recours aux soins

- **Suicide**

Le taux de mortalité par suicide et le taux de patients hospitalisés pour tentative suicide en Isère sont comparables aux taux régionaux.

- **Alcool**

Le taux de mortalité par maladies liées à l'alcool est plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, de même que le taux de patients hospitalisés en MCO pour ce motif. Toutefois les bassins de vie de Bourg-d'Oisans, Bourgoin-Jallieu et Morestel enregistrent des taux de patients hospitalisés en MCO pour maladies liées à l'alcool relativement élevés par rapport à la moyenne régionale.

- **Affections de longue durée (ALD)**

Le taux de prévalence des ALD pour affections psychiatriques dans ce département est inférieur à la moyenne régionale et le taux de prévalence des ALD pour maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés est comparable au taux régional. Seuls les bassins de vie de la Tour-du-Pin et Aoste enregistrent des taux de prévalence d'ALD pour affections psychiatriques supérieurs à la moyenne régionale.

- **Hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique**

Le taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux et du comportement est un peu plus élevé en Isère qu'en région.

- **Recours aux soins ambulatoires (psychiatrie publique, psychiatres libéraux)**

Le taux de recours aux établissements de psychiatrie chez les 15 ans et plus, en ambulatoire, est globalement inférieur à la moyenne régionale, mais le taux de recours aux psychiatres libéraux est plus élevé, en particulier à proximité de l'agglomération grenobloise où se concentrent les psychiatres libéraux (et des populations plus aisées ?).

Certains bassins de vie, socialement défavorisés, Vienne et Montalieu-Vercieu, se démarquent par des taux de recours aux psychiatres libéraux et à la psychiatrie en ambulatoire particulièrement faibles. Dans ces bassins de vie, la question des éventuelles difficultés d'accès aux soins et de non recours (?) se pose et mériterait d'être creusée.

- **Hospitalisations en psychiatrie**

Le taux de patients hospitalisés en psychiatrie en Isère est inférieur à la moyenne régionale. Certains bassins de vie se démarquent toutefois par des taux supérieurs à la moyenne départementale (mais comparables aux taux régionaux) : les bassins de vie de Villefontaine, Grenoble, la Tour-du-Pin et Charvieu-Chavagneux.

Les taux d'hospitalisations sans consentement sont plus faibles dans le département de l'Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

- **Consommation de psychotropes**

Dans l'ensemble des bassins de vie, les taux de patient sous traitement régulier de psychotropes sont inférieurs ou comparables à la moyenne régionale. Parmi les différentes classes de médicaments psychotropes, la consommation régulière d'antidépresseurs est globalement plus faible en Isère que dans l'ensemble de la région, même si elle apparaît plus élevée dans les bassins de vie de Heyrieux, Montalieu-Vercieu et la Tour-du-Pin. La consommation de neuroleptiques dans l'ensemble des bassins de vie du département sont inférieure ou comparable à la moyenne régionale.

Les données concernant l'état de santé et le recours aux soins de la population sont globalement plus favorables en Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. En effet, ces données ne permettent pas d'identifier de problématiques de santé mentale spécifiques dans ce département à l'exception de la question de l'alcool dans les bassins de vie de Bourg-d'Oisans, Bourgoin-Jallieu et Morestel.

Toutefois, des questions autour de l'accès aux soins psychiques se posent dans certains bassins de vie défavorisés : Vienne, Montalieu-Vercieu et la Tour du Pin. En effet, dans ce

dernier bassin de vie, la question du non-recours et de retards de soins mériterait d'être creusée car les taux de recours aux psychiatres libéraux et à la psychiatrie publique sont inférieurs à la moyenne régionale et départementale mais le taux d'hospitalisation en psychiatrie est supérieur à la moyenne départementale (mais comparable à la moyenne régionale). De même le taux d'hospitalisation en MCO pour troubles mentaux dans ce bassin de vie est légèrement supérieur à la moyenne régionale. .

- **Articulation ville-Hôpital**

Des discontinuités de prise en charge entre la ville et l'hôpital sont observées en Isère, une problématique qui n'est pas spécifique à ce département. En effet, une partie de ces patients hospitalisés en psychiatrie n'a pas de médecin traitant ou pas de contact régulier avec celui-ci. Par ailleurs, plus d'un tiers des patients ne bénéficient pas non plus d'un suivi spécialisé en santé mentale (par un psychiatre libéral ou un CMP) en amont et en aval d'une hospitalisation, ce qui pose la question du suivi après une hospitalisation à temps plein en établissement de psychiatrie. Toutefois, globalement, les patients isérois hospitalisés en psychiatrie semblent un peu mieux suivis comparé à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Offre de soins

La densité de médecins généralistes en Isère est proche de la moyenne régionale. Toutefois un tiers des communes apparaissent sous dotées en médecins généralistes. Certains bassins de vie comme Saint-Jean-de-Bournay, Vif et Morestel sont constitués d'un très grand nombre de communes sous-denses en médecins généralistes.

La densité de psychiatres (salariés et libéraux) dans le département est comparable à la moyenne régionale mais, comme tous les spécialistes, ces derniers sont essentiellement présents dans les grandes agglomérations (près de la moitié des bassins de vie ne comptent aucun psychiatre en exercice). Le vieillissement de ces praticiens est un point de vigilance dans le département comme au niveau régional et national : la moitié d'entre eux est susceptible de partir à la retraite dans les dix prochaines années.

La densité de psychologues (salariés et libéraux) en Isère est un peu supérieure à la moyenne régionale. Bien que concentrés dans les grandes agglomérations, les psychologues sont présents dans tous les bassins de vie du département. Toutefois, les consultations de psychologues sont peu accessibles aux personnes modestes car leurs consultations ne font l'objet d'aucun remboursement par l'Assurance Maladie.

La densité en infirmiers (libéraux ou mixtes) en Isère est proche de celle observée au niveau régional. Leur répartition est assez homogène sur le département, ce qui laisse supposer une bonne couverture géographique du département par ces professionnels de santé.

Sept centres hospitaliers ayant une autorisation en psychiatrie sont présents dans le département de l'Isère.

- 3 établissements publics : le centre hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu, le centre hospitalier Alpes Isère (CHAI) à Saint-Égrève (qui assure également la psychiatrie en milieu pénitentiaire) et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble ;
- 3 établissements de santé privé d'intérêt collectif : l'établissement de santé mentale MGEN de Grenoble, l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère avec 2 sites d'hospitalisation l'un à Vienne et l'autre à Bourgoin-Jallieu et la clinique du Grésivaudan à La Tronche ;
- 1 établissement privé lucratif : la clinique du Dauphiné à Seyssins.

Il n'existe pas de service d'urgences psychiatriques dans le département (un seul service d'urgences psychiatriques dans la région, à Lyon).

Les habitants des communes situées au sud du département ont un temps d'accès long aux hospitalisations à temps plein, que ce soit pour les adultes (une heure minimum) ou pour les enfants (53 minutes ou plus).

Le département de l'Isère est découpé en 15 secteurs de psychiatrie générale et 6 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Au total, 35 CMP adultes et 37 CMP Enfants, (selon le Finess au 01/03/2019), sont répertoriés dans le département. En termes de couverture géographique, certains bassins de vie, qualifiés de périurbains, comme Saint-Étienne-de-Saint-Geoirs ou Montalieu-Vercieu ou le bassin de vie rural de Mens, ne disposent d'aucun CMP (Adultes et enfants).

Deux équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont présentes dans le département, l'une rattachée au Centre hospitalier Alpes Isère (CHAI) et l'autre à l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère (site de Bourgoin-Jallieu).

Huit permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont présentes dans le département dont trois « Pass-Psy » implantées dans un centre hospitalier spécialisé (le CHAI et l'ESMP sites de Vienne et Bourgoin-Jallieu).

Offre médico-sociale

- **Services et établissements médico-sociaux pour adultes ayant un handicap psychique**

Le taux d'équipement en places en établissement d'accueil et en service médico-sociaux médicalisés pour les adultes ayant des troubles psychiques est nettement plus élevé dans le département de l'Isère que dans l'ensemble de la région.

En revanche, le taux d'équipement en places en établissement d'accueil et en service médico-sociaux non médicalisé pour troubles psychiques en Isère est inférieur au taux régional.

Enfin, le taux d'équipement en structure d'insertion professionnelle pour adultes ayant un trouble psychique est nettement plus faible en Isère que dans la région.

- **Structures médico-sociales d'addictologie**

Cinq centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) sont présents dans le département de l'Isère : deux à Grenoble, un à Bourgoin-Jallieu, à Saint-Martin d'Hères et un Csapa à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. Des antennes de Csapa sont également présentes à Vienne, Bourgoin-Jallieu, Pont-de-Chéruy et à Pont-de-Beauvoisin. Les consultations avancées ou de proximité, mises en place en différents points du territoire, permettent d'améliorer la couverture géographique du territoire en addictologie. Toutefois le sud du département est peu doté (une consultation de proximité à Lamure).

Un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) est implanté dans le département, à Grenoble.

Offre communautaire

Cinq Conseils locaux de santé mentale sont en place dans le département : trois CLSM communaux, Grenoble, Saint-Martin d'Hères et Fontaine et deux CLSM intercommunaux dans le Pays voironnais et à Vienne Agglomération.

Cinq groupes d'entraide mutuelle (GEM) existent en Isère, à Grenoble, Villefontaine, Bourgoin-Jallieu et Vienne.

Indicateurs spécifiques aux enfants et adolescents

Ressources de santé

Les densités de pédopsychiatres et pédiatres en Isère sont proches de celles observées en Auvergne-Rhône-Alpes. Les pédiatres sont essentiellement présents dans les grandes agglomérations. Sept CMP enfants, neuf CAMSP (aucun au sud de Grenoble) et un CMPP à Grenoble sont répertoriés.

Les ressources d'écoute et de prévention pour les adolescents et les jeunes sont concentrées dans les principales agglomérations du département (ce qui pose la question de l'accès des jeunes ruraux à ce type de ressource) : 3 maisons des adolescents (MDA), situées à Grenoble, Bourgoin-Jallieu et Vienne sont présentes en Isère ainsi que 2 antennes de MDA à Péage-de-Roussillon et Beaurepaire. Sept point accueil écoute jeunes (PAEJ) sont également répertoriés.

Offre médico-sociale pour les enfants et adolescents en situation de handicap

Les taux d'équipement en places médico-sociales pour les enfants présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés et pour les enfants autistes sont relativement élevés en Isère par rapport à la moyenne régionale. À l'inverse, le département apparaît moins doté en places médico-sociales pour les enfants présentant des troubles du comportement et les enfants présentant un handicap psychique, par rapport à l'ensemble de la région.

Indicateurs de santé mentale et de recours aux soins

Dans le département de l'Isère, le taux de recours aux psychiatres libéraux des habitants de moins de 20 ans est proche de la moyenne régionale. Les taux de prise en charge en établissement de psychiatrie, chez les moins de 15 ans, en ambulatoire et en hospitalisation sont également comparables aux taux régionaux.

Les taux de patients de moins de 20 ans sous traitement régulier de psychotropes est plus faible en Isère qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Concernant les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique, le taux d'hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement est plus faible qu'en région et le taux de séjours pour tentative de suicide comparable au taux régional.

Indicateurs spécifiques aux personnes âgées

Ressources de santé

La densité de gériatres est un peu plus élevée en Isère que dans l'ensemble de la région.

Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, le taux d'équipement en unité d'hébergement renforcé est plus faible en Isère qu'en région. En revanche, le taux de places en unité de réhabilitation cognitivo-comportementale est deux fois plus élevé qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Indicateurs de santé mentale et de recours aux soins

Le taux de recours aux psychiatres libéraux chez les 65 ans et plus est comparable au taux régional. En revanche, le taux de patients vus en établissements de psychiatrie (en ambulatoire et en hospitalisation) est plus faible que dans l'ensemble de la région.

La consommation régulière de psychotropes est également plus faible en Isère par rapport à la région, pour cette même classe d'âge.

Toutefois, le taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique pour troubles mentaux et du comportement est plus élevé dans le département qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Enfin, les données concernant le suicide (tentatives de suicide et mortalité) ne permettent pas de repérer une problématique spécifique à l'Isère.

En synthèse, le département de l'Isère présente globalement un profil de santé mentale plutôt favorable comparé à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Toutefois, des situations contrastées selon les bassins de vie sont observées. Par ailleurs, des difficultés d'accès aux soins, en rural et dans les quartiers en politique de la Ville peuvent être très marquées, comme l'ont mis en exergue certains diagnostics locaux de santé réalisés dans le département (Saint-Martin d'Hères, Vienne agglomération, Pays Roussillonnais, Bourgoin-Jallieu³²).

³² Diagnostics locaux de santé réalisés par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes, consultables sur le site <http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/publications.asp> : Diagnostic local de santé Pays Roussillonnais décembre 2016, Actualisation du diagnostic local de santé Bourgoin-Jallieu décembre 2014, Diagnostic local de santé Pays Viennois juin 2013



UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES
MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES

Contribution au diagnostic du PTSM en Isère Résultats du questionnaire UNAFAM

31 réponses entre le 6 & 11 mars 2019

Commentaires préalables

- *L'UNAFAM a tenu à ce questionnaire pour tenter une vision chiffrée (avoir quelques statistiques grâce à ses adhérents)*
- *Les délais très courts imposés nous ont obligés à faire ce questionnaire dans l'urgence. Nous aurions aimé avoir le temps de rappeler les participants pour clarifier et compléter les réponses.*
- *Nous avons donc quelques chiffres et du qualitatif*
- *Nous avons eu la volonté d'être concrets, simples et brefs*
- *Il manque des questions de contexte (secteur, âge du malade) ou de précision (où vit-il/elle lorsque ce n'est pas chez lui ?)*
- ***Attention, nous soulignons que notre enquête a été faite auprès d'usagers adhérents à l'UNAFAM, donc plutôt informés... ce qui exclut une grande partie de la population des familles et malades***

Contribution au diagnostic du PTSM en Isère
 Résultats quantitatifs du questionnaire UNAFAM - 31 réponses entre le 6 & 11 mars 2019
 un livret "verbatim" des réponses qualitatives sera annexé

	Résultats bruts du questionnaire						Résultats en %					
	oui	non	ne sait pas	autre			oui	non	ne sait pas	autre		
1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :												
a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ?	6	24	1				19%	77%	3%			
				Délais								
	oui	non	en moyenne	écarts			oui	non				
b. Le diagnostic a-t-il été posé ?	25	6	7,5	[1 à 27ans]			81%	19%				
	oui	non	ne sait pas				oui	non	ne sait pas			
c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes :	10	17	2,0				34%	59%	7%			
2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement	oui	non	ne sait pas	autre			oui	non	ne sait pas	autre		
a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ?	6	23		2			19%	74%	0%	6%		
b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ?	9	17		1			33%	63%	0%	4%		
c. Vit-il chez lui/elle ?	17	11		3			55%	35%	0%	10%		
	oui m. ordin	oui m. protégé	non	ne sait pas		autre	oui m. ordin	oui m. protégé	non	ne sait pas		autre
d. Travaille-t-il/elle?	13	2	14,0		2		42%	6%	45%	0%		6%
	oui	non	ne sait pas	autre			oui	non	ne sait pas	autre		
3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...)?	9	14	3,0	1			33%	52%	11%	4%		
4. La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence	oui	non					oui	non				
e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ?	17	15					53%	47%				
f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :	Très satisfait	satisfait	insatisfait	déplorable	ne sait pas	autre	Très satisfait	satisfait	insatisfait	déplorable	ne sait pas	autre
Pour aller aux urgences ?	3	4	5,0	1		2	20%	27%	33%	7%	0%	13%
Dans le service d'urgence ?	3	4	6,0	1			21%	29%	43%	7%	0%	0%
5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles	oui	non	ne sait pas	autre			oui	non	ne sait pas	autre		
a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ?	8	18	1,0	2			28%	62%	3%	7%		
b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ?	19	7	2,0				68%	25%	7%	0%		

"en partie",
"oui & non"

Analyse des données chiffrées – sur 5 des 6 priorités du PTSM

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- ✓ **77% n'ont pas été repéré précocement**
- ✓ **81% ont un diagnostic, posé sous un délai en moyenne de 7,5 ans**
- ✓ **59% ne sont pas satisfaits de l'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles**

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- ✓ **74% de nos proches ont un parcours de santé et de vie avec rupture**
- ✓ **63% n'ont pas bénéficié d'un programme de réhabilitation** en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale
- ✓ **55% vivent chez eux**
- ✓ **45% ne travaillent pas, 42% travaillent en milieu ordinaire**

3. **52% ne sont pas satisfaits de la prise en charge des soins somatiques** adaptés à leurs besoins

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

- ✓ **53% ont été confrontés à une crise dans les 2 dernières années** (*le diagnostic du PTSM doit refléter la situation actuelle, raison pour laquelle nous avons limité à 2 ans*)
- ✓ **La satisfaction** de la prise en charge de la crise **pour aller aux urgences est variable** (différence Nord Isère & Sud Isère), **l'insatisfaction est plus conséquente une fois aux urgences (43% d'insatisfaits)**

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- ✓ **62% estiment ne pas avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de leur proche**
- ✓ **68% des répondants sentent leur proche victime d'une stigmatisation liée à ces troubles**

GP – témoignage du 6 mars 2019

Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? **oui**
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? **oui – non.**
 - a. Sous quel délai ?...
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : **oui**

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? **non**
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? **non**
- c. Vit-il chez lui/elle ? **non**
- d. Travaille-t-il/elle? **Oui, en milieu ordinaire**

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

oui

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? **oui**
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? **très satisfait**
 - o Dans le service d'urgence ? **très satisfait**

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? **non**
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? **ne sait pas**

CZ – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? 10 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui et non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? oui
- c. Vit-il chez lui/elle ? colocation en appartement de transition
- d. Travaille-t-il/elle? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

On ne sait pas

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? Non, mais dernière crise en décembre 2015
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? très satisfait, transport par les pompiers
 - o Dans le service d'urgence ? très satisfait, très satisfait ...l'interne de garde m'a appelé pour rester auprès de ma fille dans le box des urgences

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? non

CR – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? oui
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? 5 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? oui
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle ? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? Non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

BG – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? Ne sait pas
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ?
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non
- d. Travaille-t-il/elle ? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? insatisfait
 - o Dans le service d'urgence ? insatisfait

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

SM – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? oui
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? 2 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : ne sait pas

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Oui, depuis janvier 2019
- c. Vit-il chez lui/elle ? non, chez les parents
- d. Travaille-t-il/elle ? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? Non, pas pour le surpoids

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui, 3 crises
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? insatisfait
 - o Dans le service d'urgence ? satisfait

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

RP – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? Rapidement après l'hospit'
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? oui, « au noir »

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?
Maintenant, oui

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? Non, mais il a fallu plus de 20 ans pour en arriver là
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? Non, à l'époque on n'y arrivait pas
 - o Dans le service d'urgence ? satisfait

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? pas trop dans notre entourage.... mais il n'a plus les mêmes amis

GRL 1/2 – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? **non**
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? **Oui à 45 ans** – Sous quel délai ?

Ma fille a été suivie par un psychiatre depuis son adolescence : elle a fait de la boulimie, une tentative de suicide, puis vers 18 ans de l'anorexie, et pendant 20 ans au moins, elle a été traitée, de manière permanente pour des dépressions, jusqu'à son premier épisode maniaque en 2018...

- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : **non : aucune information de son psychiatre pendant toute la durée de l'épisode maniaque, il ne rappelait même pas son médecin traitant, il nous a dit une fois : je sais ce qu'elle a, mais je ne peux rien faire !!! ; il n'a même pas rappelé le psychiatre de l'Unité où ma fille était hospitalisée pour l'organisation de sa sortie !!!**

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? – **non : Ma fille a interrompu son traitement depuis 3 semaines, à cause des effets secondaires (prise de poids, endormissement l'empêchant de conduire)**

- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? **Non – Ma fille n'a même pas de suivi psychologique en dehors de son psychiatre qui lui, ne veut pas travailler avec les familles**

- c. Vit-il chez elle ? **oui**

- d. Travaille-elle? **Non : en arrêt de travail continu depuis 7 mois**

3. **Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques** adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) **non,**

depuis sa sortie d'hospitalisation, après 5 semaines de soins contraints :

- **une seule prescription après 6mois de traitement au niveau de la lithémie, contrôle que ma fille n'a pas fait puisqu'elle a arrêté le lithium**
- **pas de prescription pour un contrôle du fonctionnement de la thyroïde,**
- **aucun contrôle cardiaque depuis son hospitalisation pour soins contraints**

GRL 2/2 – témoignage du 6 mars 2019

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? **oui**
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? **Insatisfait : ma fille ne voulait pas être hospitalisée, son psychiatre ne nous a absolument pas aidé ; c'est grâce à la persuasion des pompiers que j'ai pu la faire conduire aux urgences**
 - o Dans le service d'urgence ? **Satisfaite – ils l'ont prise en charge, ils ont assuré sa sécurité ainsi que la sécurité des membres du personnel.**

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ?
 - **NON lors de la première hospitalisation le 27/08/2018, en soins libres, l'équipe de l'APEX a refusé de me donner des nouvelles de ma fille, dès le lendemain de son arrivée, m'a interdit toute visite, et ne m'a pas fait part du diagnostic.**
 - **OUI, lors de sa deuxième hospitalisation le 17/09/2018, sous soins contraints**
 - . **c'est le psychiatre des urgences qui m'a annoncé le diagnostic**
 - . **le psychiatre de l'Unité où elle a été transférée m'a reçu, à ma demande quelques jours après son hospitalisation, en me précisant bien «qu'elle n'avait aucune obligation de m'informer puisque ma fille est majeure», pourtant c'est moi qui est signé l'hospitalisation à la demande d'un tiers... par la suite, elle a collaboré normalement avec la famille**
 - . **c'est à ce moment-là, que j'ai cherché de l'aide et que j'ai rencontré l'UNAFAM**
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? **Oui, notamment dans les transports en commun**

Sa maman

CG – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? à ce type de troubles Non, faute de sensibilisation
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? il a fallu un an
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : au bout d'un an

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? Oui pour la santé, mais pas dans sa vie professionnelle
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Non, mais d'un suivi psychologique
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? oui, en milieu ordinaire

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? Oui, il s'en préoccupe

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? Non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? Non, à l'époque on n'y arrivait pas
 - o Dans le service d'urgence ? satisfait

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? En partie
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

AB – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? Non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? non communiqué
 - a. Sous quel délai ? On l'a appris 5 années après la prise en charge, par hasard dans un dossier de demande d'AAH
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non, hospitalisation complète
depuis 11 ans, dans l'attente d'un foyer
- d. Travaille-t-il/elle? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? Non, ce n'est pas une priorité dans son hôpital

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? Déplorable, temps trop long en isolement et infantilisation
 - o Dans le service d'urgence ? Déplorable, ne fonctionne pas le week-end

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? Oui, car je suis RU
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Oui par le passé, ça va mieux aujourd'hui

MJR – enfant n°1 - témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui ? Sous quel délai ? 1an
après les premiers troubles.
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? oui
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...)? non, commentaire : ...plus de 170 kg avant qu'on ne prenne en charge le surpoids.

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non , pour les droits sociaux
aucune aide tangible
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

MJR – enfant n°2 - témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui. Sous quel délai ? 10 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non, et donc 2 SDRE
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui, dans un appartement collectif du CHAI
- d. Travaille-t-il/elle? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? oui:
...c'est grâce à son diabète que la prise en charge en psychiatrie a été bonne (Cf accès à ETP du patient diabétique) et c'est grâce à la psychiatrie qu'on a diagnostiqué son diabète!!!.....

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

NV – témoignage du 6 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? Non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? 5 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Ne sait pas
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? oui, en milieu ordinaire

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

oui

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Oui

R – témoignage du 7 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? Non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui
 - a. Sous quel délai ? 2 à 3 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? oui
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non, il vit chez les parents
- d. Travaille-t-il/elle ? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

oui

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? satisfait
 - o Dans le service d'urgence ? satisfait

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

CG – témoignage du 7 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? non
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? oui – non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non, Ma fille vit à l'hôpital en continu depuis avril 2015 (pédopsy puis psychiatrie adulte en février 2018) dans un service de soins courts alors qu'elle aurait besoin de soins prolongés, mais il n'y a pas de place ; elle aurait aussi besoin d'un hôpital fermé car elle ne pense qu'à une chose : fuguer (alors qu'elle est actuellement encore "sous contrainte"), et elle le fait régulièrement pour aller aux Urgences où elle se sent mieux prise en charge parce qu'on s'occupe d'elle, après avoir fait des bêtises et des mises en danger : achat de Doliprane qu'elle ingère ou dit ingérer d'où Urgences, achat de javel qu'elle dit ingérer d'où Urgences, objets mis dans l'oreille ou tt autre orifice d'où Urgences, etc... en passant souvent par les pompiers, le SAMU....Elle est inactive dans son unité d'hôpital, a beaucoup de médicaments, va souvent en chambre d'apaisement, et il lui manque de faire des activités pour être occupée (artistiques, sportives, d'ateliers de paroles, de conseils diététiques, etc), pour être tirée vers le haut, pour faire une remise à niveau scolaire (malgré la loi française, elle n'a pas été scolarisée dès l'âge de 12 ans et demi à part un essai de quelques journées en IME), pour se faire un objectif de Vie, etc... Elle est en souffrance et mal-être, et même le personnel est démuni face à ses violences, ses comportements de détresse... Mon amour de maman ne suffit pas... Elle est parfois/souvent attachante, mais très accaparante et très épuisante...
- d. Travaille-t-il/elle? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? satisfait
 - o Dans le service d'urgence ? Très satisfait

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? Ne sait pas
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Ne sait pas

EG – témoignage du 7 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? **oui car il avait des hallucinations auditives (voix) et visuelles**
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? **oui**
- c. Sous quel délai ? **Lors de la 1ère consultation aux urgences du CHU Nord par un psychiatre de garde et ensuite après prise en charge au CMP et au CHAI (3ème hospitalisation) au bout de 3 ans la psychiatre qui le suivait a posé le diagnostic de schizophrénie.**
- d. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : **non, pas de suivi en dehors des hospitalisations (suivi des ordonnances par le médecin généraliste), sauf quelques consultations de la psychiatre du CHAI qui a bien voulu recevoir notre fils au CHAI, 3 fois par ans sur 2 ans.**

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? **non (arrêt du traitement et rechute dû au non suivi psy)**
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? **non**
- c. Vit-il chez lui/elle ? **oui**
- d. Travaille-t-il/elle ? **oui, en milieu ordinaire**

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? **non (simple suivi par médecin généraliste)**

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? **oui**
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise : **non (1 mois et demi avant 1ère consultation psy en CMP). Cette crise a pu être gérée sans hospitalisation avec le médecin généraliste qui a augmenté son traitement en lui donnant la dose maximum (symptôme : entente de voix)**
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? **non**
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? **oui il travaille en milieu ordinaire et n'a jamais parlé de ses troubles car il ne serait pas embauché ou ne pourrait pas rester s'il dévoilait ses troubles. Lorsqu'il s'absente son médecin généraliste lui fait des arrêts de travail sans jamais mentionner la cause**

MCMS – témoignage du 7 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non. Difficultés dans l'enfance non reconnues par les médecins, les enseignants, les amis, la famille... Première année de terminale chaotique, puis difficultés dans les études
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui ; Sous quel délai ? 25 ans (*commentaire UNAFAM : cela ne répond pas à la question, on soupçonne plus que c'est l'âge du diagnostic...ce qui rend cohérentes les réponses ci-dessous on évaluerait alors à 6/7 ans le délai de la terminale à 25 ans*)
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non. Difficulté à trouver un psychiatre en ville (nombreux essais avant de trouver un psy avec qui le contact passe), puis une prise en charge sociale. Prise en charge globale et efficace à partir d'une hospitalisation récente au CHAI St Egrève

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non. Arrêt des études à plusieurs reprises. Arrêt d'emploi après plusieurs échecs. Plusieurs retours chez les parents. 2 hospitalisations en psychiatrie.
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? oui , au C3R Grenoble
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? Oui , formation en alternance en cours

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

Ne sait pas

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? à une TS chez moi ; accueil OK l'ai emmené aux urgences suite
 - o Dans le service d'urgence ? des soins ++ insatisfait : délai d'attente pour

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui , dans la famille (lien difficile ; se met lui-même en retrait) et dans la société. Me demande parfois de l'accompagner pour des démarches, accueil variable selon les personnes. En amélioration actuelle car il reprend confiance en lui.

FJ – témoignage du 8 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? non
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? Non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Non, pas nécessaire (âge)
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? oui, en milieu ordinaire

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? Oui, mais pas mis en place par les soins psychiatriques

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise : **il y a 4 ans**
 - o Pour aller aux urgences ? Satisfait avec l'aide du généraliste
 - o Dans le service d'urgence ? Insatisfait, trop longue attente dans une situation très difficile

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? Non, information par l'UNAFAM
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? non

MB – témoignage du 9 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non, à 23 ans par une phase maniaque
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui. Sous quel délai ? 1 an, suite à un changement de psychiatre (qui a en parallèle prescrit l'UNAFAM à la mère)
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui car le médecin traitant a compris l'importance de ce qui nous tombait dessus. Et non, car notre fils a été pris en médecine libérale, la famille n'a pas été incluse tout de suite, il a fallu ce changement de psychiatre pour avancer

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non – 3 dépressions longues l'obligeant à s'arrêter d'étudier puis de travailler
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Non
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui, en colocation en période stable, avec un retour chez sa mère lors des dépressions
- d. Travaille-t-il/elle ? oui, en milieu ordinaire en période stable

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non : aucune prise en charge de son alcoolisme+tabagisme par son psychiatre ou son médecin traitant, pas d'orientation vers les soins d'addiction

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? Oui, sept 2019
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? satisfait, du fait de l'intervention de la mère, désireuse de maintenir le lien avec lui, donc d'éviter l'intervention de la police (sachant la violence que cela pourrait constituer) : RESULTAT DE TOUT L'APPRENTISSAGE DONNE PAR L'UNAFAM et SES PARTENAIRES
 - o Dans le service d'urgence ? Déplorable, 48h aux urgences dans les couloirs en phase maniaque... il est même sorti dehors faire le tour du bâtiment !!!!! Satisfait par des soignants accueillants et le droit pour l'un des 2 parents de rester à côté de lui dans les box des urgences

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? Non, réclamation en cours
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Oui et non (une partie de l'entourage est aidant – famille/amis/employeur, une autre partie est nocive par déni ou méconnaissance, ce qui augmente sa propre difficulté à vivre avec cette maladie)

AG 1/2– témoignage du 9 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non (cela a mis 5 ans depuis le début des premières crises)
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui. Sous quel délai ? 6 mois après une prise en charge par un psychiatre libéral (mon mari a refusé le diagnostic et les soins) et suite à une HDT.
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? Non pendant le suivi en libéral et oui suite à la HDT et l'obligation de soin.
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? je sais pas
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui pendant 1 an après sa sortie de l'HP, ensuite j'ai dû demander le divorce (car paranoïa stabilisée, mais toujours des délires de persécution, etc. vis-à-vis de moi, son épouse)

La vie de couple, de famille a été détruite à cause de la maladie qui était déjà chronicisée au moment du diagnostic. Prise en charge et dépistage trop tardif. Répercussions sur l'équilibre des enfants quand on essaie de maintenir le couple. Aucun dialogue possible avec le CMP.

- d. Travaille-t-il/elle? oui > en milieu ordinaire : ingénieur développeur en informatique

AG 2/2– témoignage du 9 mars 2019

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? Non j'estime que c'est une catastrophe.

Le manque de liens (famille, psychiatres, médecin traitant, urgences) est regrettable et préjudiciable au suivi de mon mari, à moi-même et aux enfants, mais de toute évidence imputable à l'opposition de mon mari à l'échange et au partage d'informations médicales le concernant. Son manque d'hygiène de vie déplorable l'a conduit à une embolie pulmonaire.

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - Pour aller aux urgences ? très satisfait mais j'ai pu bénéficier des conseils des médecins psychiatres libéraux.
 - Dans le service d'urgence ? satisfait

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

MU – témoignage du 10 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? non
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non
- d. Travaille-t-il/elle? non, sans travail

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? Oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? déplorables
 - o Dans le service d'urgence ? insatisfait

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? Non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Oui

PB 1/2– témoignage du 10 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ?
: non.....
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui – Sous quel délai ? .après quelques années...
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes :
– non –

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ?
– non – : il faudrait une unique personne professionnelle pour suivre durant sa vie la personne malade, ça n'en prend pas le chemin avec l'informatisation des services publics =
dèshumanisation.....
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ?
oui : Cotagon.....
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui –
- d. Travaille-t-il/elle? ...NON.....

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

– ne sait pas – autre/commentaire : voit les médecins mais nous n'avons pas de contact avec eux.....

PB 2/2– témoignage du 10 mars 2019

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ?
Oui , déménage tous les ans ! Aucune aide a attendre des institutions

- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - Pour aller aux urgences ?
très satisfait – satisfait – insatisfait – déplorable – ne sait pas – autre :

 - Dans le service d'urgence ?
très satisfait – satisfait – insatisfait – déplorable – ne sait pas – autre :

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ?
: insuffisamment.....

- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ?
Oui : dans son logement.....

MBB – témoignage du 10 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui, à 18 ans (délai court)
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? oui
- c. Vit-il chez lui/elle ? En foyer
- d. Travaille-t-il/elle ? non, sans travail

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? non

DR – témoignage du 10 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui, délai : 12 mois
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? oui
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? oui
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui
- d. Travaille-t-il/elle? oui, en milieu ordinaire

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

oui,... suivi non fait par le psychiatre

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise (*n'ont pas répondu malgré le oui*)
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? non, mais il est isolé socialement (*commentaire UNAFAM: Ce qui peut être un symptôme de stigmatisation ?*)

MAB – témoignage du 11 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui, délai : 15 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : j'ai envie de dire non mais je ne sais pas

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? Oui, en colocation
- d. Travaille-t-il/elle ? non

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? ne se soigne pas

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ? Par nos soins
 - o Dans le service d'urgence ? insatisfait

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Non car milieu très fermé

NK – témoignage du 11 mars 2019

Questionnaire UNAFAM 2019
pour Projet PTSM.

- Les Troubles Obsessionnels Compulsifs sont très mal pris en charge par la Psychiatrie. Ils sont généralement traités par des antidépresseurs et des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC).

Mais quand ce traitement ne fonctionne pas, peu de choses sont proposées.

Les TCC pratiquées par des psychologues ne sont en plus pas remboursées par la Sécurité Sociale.

Notre fils atteint de TOCs depuis 10 ans a essayé la psychanalyse, l'hypnose, plusieurs types et dosages d'antidépresseur, des TCC 1^{ère} vague, TCC 3^{ème} vague, un atelier "compassion".... a pris rendez-vous pour essayer la stimulation électromagnétique transcranienne....

Aucun ingénieur-chercheur, il loge chez nous depuis 5 ans.

Sans doute ne dérange-t-il pas suffisamment l'ordre public pour que sa pathologie soit prise en considération?

- 1- Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins
- a) repérage précoce non

- b. Le diagnostic a-t-il été posé ?
je ne suis pas sûr qu'il soit bien ^{posé} oui non - Sous quel délai ?...
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui non ne sait pas

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ?
 oui non ne sait pas - autre :

..... voir note écrite

- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? oui non - ne sait pas - autre : actuellement au C3R

- c. Vit-il chez lui/elle ? oui non ne sait pas

pas - autre (foyer, ...): chez ses parents

- d. Travaille-t-il/elle ? oui > en milieu ordinaire ? en milieu protégé ? non ne sait pas - autre :

a travaillé 1 année à mi-temps chez MESSIDOR..

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...)? oui non ne sait pas - autre/commentaire :

sa maladie entraîne un désintérêt de sa personne physique, de ses vêtements, de son apparence,

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? oui non pas vraiment

- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :

- o Pour aller aux urgences ? très satisfait - satisfait - insatisfait - déplorable - ne sait pas - autre :

- o Dans le service d'urgence ? très satisfait - satisfait - insatisfait - déplorable - ne sait pas - autre :

5. Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? oui non - ne sait pas - autre : par UNAFAM

- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui non - ne sait pas - autre :

JLL – témoignage du 11 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? non
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : oui

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? oui
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non
- d. Travaille-t-il/elle ? oui

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

GL – témoignage du 11 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? non
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? non
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? oui
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? non
- c. Vit-il chez lui/elle ? non
- d. Travaille-t-il/elle ? oui, en milieu ordinaire

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ? non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise :
 - o Pour aller aux urgences ?
 - o Dans le service d'urgence ?

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? non
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? oui

FB – témoignage du 11 mars 2019

1. Repérage précoce, diagnostic & accès aux soins :

- a. Les troubles de votre proche ont-ils été repérés/identifiés précocement ? oui
- b. Le diagnostic a-t-il été posé ? oui, sous un délai de 5 ans
- c. L'accès aux soins et aux bonnes pratiques professionnelles ont-elles été satisfaisantes : non

2. Le parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, et rétablissement

- a. Le parcours de santé et de vie de votre proche a-t-il été sans rupture ? non
- b. A-t-il bénéficié d'un programme de réhabilitation en vue de son rétablissement et de son inclusion sociale ? Non, au centre expert
- c. Vit-il chez lui/elle ? oui ; elle est mariée avec un enfant
- d. Travaille-t-il/elle? oui, en milieu ordinaire, a la RQTH

3. Etes-vous satisfaits de la prise en charge des soins somatiques adaptés à ses besoins (par exemple : suivi sanguin, surpoids, contrôle cardiaque...) ?

oui et non

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

- e. Dans les 2 dernières années, avez-vous été confrontés à une/des situations de crise ? non
- f. Si oui, avez-vous été satisfaits de la prise en charge de la crise : lors des crises préalables
 - o Pour aller aux urgences ? insatisfait
 - o Dans le service d'urgence ? insatisfait

Le respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques, et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

- a. Estimez-vous avoir été informé(e)s des droits (sanitaires et sociaux) de votre proche ? Mal informée au début de la maladie et hospitalisation sans consentement imposée
- b. Le sentez-vous victime d'une stigmatisation liée à ces troubles ? Oui, dans certaines situations au travail et assurance prêt

LES PERSONNES DEFICIENTES INTELLECTUELLES :

GENERALITES :

Considérer une problématique de santé chez une personne déficiente intellectuelle demande aux professionnels de se décentrer de leur propre représentation ou pratique usitée et développer un réel savoir-faire local.

Actuellement, le nombre restreint de psychiatres obligent les structures médico-sociales, familles ou proches des usagers à élaborer de véritables stratégies de soins au sein des territoires.

Par ailleurs, les professionnels de la psychiatrie sont aussi parfois très démunis voir réticents à l'accompagnement de personnes présentant une combinaison de troubles cognitifs, de déficit de communication, associés aux troubles psychiques.

Les difficultés d'accès aux soins, les listes d'attente des ESMS, le manque de coordination des acteurs, l'incompatibilité entre certaines orientations avec certains parcours nécessaires conduisent au découragement et à l'épuisement des proches des personnes en situation de handicap.

Les DIFFICULTES liées à l'accès aux soins psychiatriques et somatiques relèvent à la fois :

- d'un déficit de médecins psychiatres en établissements et en libéral, qui ne sont pas en mesure de répondre à cette demande. Cette considération implique des déplacements coûteux en énergie pour le concerné, mais également du temps consacré aux RDVS par l'équipe encadrante ou les proches et des frais générés.
- d'un manque de places et l'irrégularité du suivi. Le turn-over des praticiens impacte particulièrement le suivi soin. La méconnaissance de la personne qui leur est adressée peut par exemple amener :
 - à moins bien renseigner un dossier pour la MDA
 - impacter le déroulement de l'orientation de la personne
 - dépasser les délais administratifs,
 - procurer une analyse des besoins très approximative,
 - faire glisser une tâche incombant à un médecin psychiatre à un médecin généraliste contraint de remplir un certificat etc....
- d'un manque d'informations peut aussi mettre en cause l'attribution de prestations de compensation. Pour autre exemple, les concernés sont adressés par défaut aux urgences hospitalières multipliant les allers-retours et prenant le risque de s'adresser à des praticiens non informés, méconnaissant le handicap et ayant une mauvaise interprétation des signes d'alerte.
- A la pénurie de médecins, mais aussi à la difficulté de recrutement des infirmiers sur certains territoires par les ESMS. Ainsi les structures du médico-social peinent à envisager des

modalités de participation aux temps de coordination (transmission/information) alors qu'elles se doivent de faciliter les liens avec les équipes demandeuses (tendance à la sur sollicitation par les établissements, une démultiplication d'appels en l'absence de cadre d'intervention).

- d'une méconnaissance entre les acteurs de terrain et les difficultés à se coordonner entre eux. Malgré une volonté affichée par tous, les acteurs expriment des difficultés à le faire et un manque de temps dédié à cette démarche. En l'absence de coordination, certaines situations de santé deviennent inextricables.
- aux demandes d'hospitalisations en secteur psychiatrique face à des TDC majeurs et récurrents de personnes déficientes intellectuelles connaissent freins et rebondissements : le process d'hospitalisation peut exiger un passage obligatoire par le service des urgences somatiques. La psychiatrie peut également se déclarer non compétente dans le traitement de ce public jugé en décalage avec les malades chroniques accueillis dans leur service et dont le personnel doit les protéger de leur dangerosité. Une analyse décalée par méconnaissance des enjeux pour ce public rajoute une incompréhension et une lenteur dans le traitement de la situation. Une certaine étanchéité des 2 systèmes sanitaire et médicosocial perdure qui font que des pratiques déclarées trop laxistes par le secteur psychiatrique sont qualifiées d'arbitraires ou de maltraitantes par le secteur médicosocial.

Problématique liée à l'EXPRESSION de la DOULEUR :

Le déséquilibre créé entre professionnels possédant des éléments de connaissance sur le mode de fonctionnement de la personne adressée et ceux n'en disposant pas, peut ouvrir à un rapport de force entre professionnel.

La mauvaise prise en charge par certains professionnels du sanitaire (par méconnaissance/incompréhension...) est synonyme de mauvaise expérience pour l'utilisateur.

Quel que soit son niveau de développement et de compréhension, cette expérience mal vécue est intégrée : la personne peut redouter chaque départ en milieu hospitalier ou chaque "blouse blanche" cela sera alors associé à un sentiment d'urgence/de précipitation/de peur et de douleur. Il y a refus / TDC / négociation longue par les encadrants-parfois même physique (contrainte pour suivre le personnel, être maintenu).

L'utilisateur au centre de son parcours :

Au sein des établissements du secteur médicosocial, et en lien avec les temps très partiels alloués au recrutement de médecins et médecins psychiatre, il s'opère un transfert de compétences vers les infirmiers. Transfert qui mérite d'être valorisé au vu du rôle pivot de coordination qu'il suppose.

LES PERSONNES AUTISTES DEFICIENTES :

GENERALITES :

Les généralités énoncées par les pour les personnes déficientes intellectuelles sont aussi valables pour les personnes autistes.

Mortalité prématurée chez les sujets autistes : en moyenne l'espérance de vie est de 54 ans vs 90 ans en population générale. Chez les personnes avec une forme sévère d'autisme, le risque de décès est multiplié par 5 et l'espérance de vie n'atteint que 40 ans.

Un individu autiste cumule les difficultés : vulnérabilité somatique + difficultés sur le choix de l'approche somatique au cours de son parcours de vie + atteintes neuro sensorielles + difficultés à accéder aux soins

Les DIFFICULTES liées à la méconnaissance du handicap :

- 70 % des TSA sont non communicants. L'insuffisance des moyens de communication peut générer des TDC qui ont pour fonction de communiquer.
- Chez un autiste, se déclencher une douleur plus forte que celle ressentie permet de la masquer. C'est la fonction de certaines automutilations par exemple. Par exemple certaines automutilation, agressions aux mises en danger sont l'expression d'un mal être, d'un syndrome dépressif. Le même type de comportement peut exister pour la douleur somatique. Un adulte autiste peut sauter frénétiquement sur son pied cassé et le professionnel sous évaluer la situation sans enclencher les examens adéquats menant à l'immobilisation du membre douloureux. L'individu est en incapacité de protéger la zone douloureuse"
- Pour d'autres encore, une pression même très légère peut occasionner de vives douleurs : l'accompagnement d'un professionnel connaissant les particularités du concerné oriente et guide plus précisément les actes et le toucher du praticien. Par manque de considération de ce paramètre, les professionnels sont parfois écartés des salles d'examen et ne sont acceptés des équipes sanitaires qu'à partir du moment où l'inconfort s'installe et que les TDC apparaissent."
- Prendre le temps de mettre en place une communication adaptée / savoir repérer - évaluer - (re)connaître les signes précurseurs-annonciateurs de mal être/douleur.
- Des symptômes peuvent être attribués à l'autisme ou à la déficience mentale (faible concentration/impulsivité/automutilation..) alors qu'ils sont essentiellement plus fréquents dans l'autisme et peuvent malheureusement être une conséquence possible à des choix inappropriés de conditions de prises en charge des soins des autistes.

Au niveau de la prise en charge en psychiatrique :

Les liens ne sont plus aussi bien tissés qu'auparavant entre équipe sanitaire et équipe médicosociale. Le manque de connaissance et de formation par le personnel sanitaire constitue un frein évident. Le sanitaire a bien souvent du mal à comprendre l'attente du médicosocial qui est très souvent de pouvoir « soulager » et non « guérir ». Le sanitaire permet un accueil mais sur le mode contraint, et pas forcément en amont des moments de crise.

Reste la problématique de la temporalité qui fait qu'une hospitalisation ne peut se faire dans l'immédiateté et demande quelques semaines avant de pouvoir programmer un séjour de rupture.

La mise en place de l'EMIL et l'EMISS qui interviennent pour tenter de limiter les hospitalisations inappropriées et en urgence devrait contribuer à l'anticipation des situations de crise. Cependant le constat peut être fait que souvent, la crise arrive progressivement et comme la grenouille qui se laisse ébouillanter, les ESMS sont déjà dans l'urgence quand ils ont recours à ces dispositifs. De plus l'embolisation des lits, ne permet pas la programmation attendue et donc la situation se dégrade jusqu'à l'urgence ou l'hospitalisation dans un service non approprié.

Témoignage d'une famille face à une situation critique

« Bonjour, après une errance diagnostique de 15 ans, ma fille de 22 ans vient d'être diagnostiquée : elle a « pour faire simple » un TSA mais sa pathologie est plus complexe (trouble d'attachement et d'accumulation notamment). J'appelle au secours depuis 3 ans et j'atteins aujourd'hui un niveau d'épuisement que je n'ai encore jamais connu, et ce malgré le traitement que je prends, les suivis psychologue et psychiatre et malgré ce qui va enfin se mettre en place pour ma fille (accompagnement SAMSAH, admission en établissement médico-social sans doute début 2020. C'est pour cela que j'ai cherché à vous joindre : comme je le disais dans un courriel aux psychiatres du CMP (celui de ma fille et le mien) où je relatais ce qui s'est passé ce WE, je n'en peux plus, j'ai besoin d'aide sinon je vais craquer complètement ou il va y avoir un drame. Mais mon psychiatre a supprimé mon mail sans le lire et celle de ma fille est complètement débordée... Je vous remercie de me contacter dès que vous pourrez car je suis vraiment très très fatiguée.