

ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MENTALE À VALENCE



DÉCEMBRE 2014



Travail réalisé par

L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES

Patricia Medina,
Sociologue

Karine Fontaine-Gavino,
Socio-démographe

Pauline Bolamperti,
Statisticienne

Philippe Pépin
Démographe

Mathias Pangaud
Apprenti en statistiques

**Réalisé à la demande et avec le soutien de
la Ville de Valence**

SOMMAIRE

Introduction	5
1. Contexte et objectifs de l'étude.....	7
2. Méthodologie de l'étude.....	8
Données Quantitatives	9
1. Eléments de contexte.....	10
2. L'offre de soins en santé mentale.....	14
2.1 Cartographie : Valence et les communes environnantes.....	14
2.2 Cartographie : zoom sur le centre ville	15
2.3 Les professionnels libéraux.....	16
2.4 Les centres ressources de la psychiatrie publique.....	17
2.5 Autres ressources de prise en charge psychologique	20
2.6 Les associations intervenant dans le champ de la santé mentale.....	21
2.7 Lieux polyvalents incluant une écoute psychologique.....	22
2.8 Les structures d'insertion, emploi et loisirs	25
2.9 La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	26
2.10 La Maison Relais Santé.....	26
3. Recours aux professionnels spécialisés libéraux	27
4. Consommation de médicaments.....	29
5. Recours en soins spécialisés en psychiatrie	31
6. Synthèse et conclusion de la partie quantitative.....	35
Données Qualitatives.....	39
1. Méthodologie :trois entretiens collectifs	40
2. Synthèse des échanges sur l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques	41
2.1 Le point de vue et les attentes des patients, des familles de patients	41
2.2 Le point de vue et les attentes des professionnels de l'insertion	45
2.3 Le point de vue des professionnels de la santé mentale.....	49
3. Conclusion de la partie qualitative	54
Annexe.....	57

INTRODUCTION

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

La ville de Valence a souhaité la réalisation d'un diagnostic local de santé sur son territoire, diagnostic qui a été confié à l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes et qui a été finalisé en juillet 2013. L'objectif de ce diagnostic était de nourrir le Plan Local de Santé qui a fait l'objet d'une contractualisation avec l'Agence Régionale de Santé, notamment, sous forme de Contrat Local de Santé.

Par ailleurs, l'observation continue de la santé des valentinois constitue l'un des axes du Plan Local de Santé.

Le diagnostic local de santé a été réalisé en combinant les approches quantitatives (analyse d'indicateurs sociodémographiques, sanitaires et environnementaux) et qualitatives avec une large implication des acteurs et des habitants à l'échelle de la commune et des quartiers.

Parmi les différents résultats issus du diagnostic local de santé il est apparu, aussi bien au travers des données quantitatives que des données qualitatives, que deux thématiques de santé sont particulièrement prégnantes à Valence : il s'agit du diabète et des problèmes de santé mentale.

En parallèle au diagnostic local de santé et à la demande de différents acteurs de terrain et des responsables de la psychiatrie de secteur à Valence, un projet de mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale a été élaboré, qui fait partie des 10 priorités du Contrat Local de Santé. Ce Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) doit permettre d'aller encore plus loin dans le travail de réseau entre professionnels du social, du logement, de l'insertion professionnelle et les professionnels de la psychiatrie, et notamment de la psychiatrie publique et ce, afin que les personnes souffrant de difficultés psychiques, les personnes atteintes de troubles mentaux puissent avoir un bon accès aux soins ainsi qu'une bonne insertion sociale.

Dans le cadre de la mise en place du Conseil Local de Santé Mentale, il s'est avéré nécessaire pour la Direction Santé Familles Environnement, en lien avec la psychiatrie publique, d'affiner certains éléments d'information apparus dans le diagnostic local de santé, par un état des lieux spécifique sur cette thématique, afin d'orienter au mieux, le travail du futur CLSM.

L'objectif de cet état des lieux est ainsi **d'affiner la connaissance sur deux enjeux forts de santé mentale, à Valence : l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiques dans la ville et les ressources de prises en charge des difficultés de santé mentale** (en lien aux propositions énoncées dans le Livre Blanc des partenaires de la santé mentale¹).

¹ Le Livre Blanc des partenaires de la santé mentale en France : pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité : propositions présentées lors des réunions de juin 2001. Paris : UNAFAM, 2001. – 64p

Le **premier volet** de cet état des lieux a consisté en un repérage cartographique des principales ressources de prises en charge de la santé mentale de la ville, ainsi qu'en une présentation des données statistiques disponibles actuellement en santé mentale.

Un **deuxième volet, qualitatif**, mené par entretiens collectifs avec des acteurs valentinois concernés par la thématique de la santé mentale, avait pour but d'explorer plus avant la question de l'insertion dans la cité des personnes concernées par une maladie mentale.

2.METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Le volet quantitatif de cet état des lieux de la santé mentale à Valence s'appuie sur

- Un rappel des indicateurs issus du diagnostic local de santé de Valence (patients vus en soins spécialisés, motifs de recours aux soins spécialisés, hospitalisation pour tentative de suicide, les affections longue durée pour affections psychiatriques). Ces données sont présentées à l'échelle de la commune et ne peuvent pas être déclinées à une échelle plus fine.
- Une présentation cartographique des différentes ressources de soin en santé mentale (psychiatrie publique, psychiatres libéraux, psychologues libéraux et lieux d'écoute et d'accompagnement) ainsi que les principales missions de ces différents organismes.
- Des indicateurs en santé mentale (recours aux psychiatres libéraux, consommation de psychotropes) issus des données de l'Assurance Maladie et transmis par l'ARS (dernière année disponible au moment de l'étude : 2012). Ces données sont déclinées à l'échelle de la ville et des grands quartiers de la ville. La majorité des indicateurs ont pu être standardisées afin d'éliminer le biais de la structure par âge des populations.
- Une présentation, issue des données transmises par l'hôpital psychiatrique du Valmont, concernant la file active des patients de la psychiatrie publique à Valence (hospitalisation et prise en charge ambulatoire).

Le volet qualitatif de cet état des lieux mené au printemps 2014, a été réalisé sous la forme de trois entretiens collectifs, qui ont chacun été d'une durée de deux heures

Ces trois groupes rassemblaient des acteurs différents et étaient organisés autour de trois profils d'acteurs, comme suit :

- **groupe 1, associations de patients et de familles de patients**

- **groupe 2, insertion dans la ville en matière de logement et d'emploi**

- **groupe 3, dépistage, prise en charge et soins des personnes atteintes de troubles psychiques**

DONNEES QUANTITATIVES

1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Rappel des données issues du diagnostic local de santé réalisé sur Valence

Les données sociodémographiques du Diagnostic Local de Santé de Valence² soulignent que la ville connaît certaines difficultés à la fois économiques et sociales, déjà bien connues de la municipalité, qui touchent une partie des Valentinois, et notamment les habitants des quartiers en politique de la ville : Le Plan et Fontbarlettes (niveau 1), Le Polygone (niveau 2), Valensolles et Chamberlières (niveau 3).

D'autres îlots en fragilité socio-économiques ont été repérés sur la ville et notamment en centre-ville. Des populations modestes voire en situation de précarité y sont repérées, dont les difficultés sont proches de celles des habitants en zones urbaines sensibles : adultes sans domicile fixe, jeunes en errance, mais aussi personnes seules, mères seules avec enfants, et enfin des personnes handicapées, notamment des personnes en situation de handicap psychique...

Les données quantitatives traitées pour ce diagnostic avaient montré qu'une certaine précarité est ainsi présente à Valence, qui se manifeste sous différentes formes, et nous avons souligné notamment :

- Le taux de chômage de 12 % (vs 9% sur le département et 7% sur la région)
- La part des bénéficiaires du RSA : 21 % (vs 16% sur le département et 13% sur la région)
- La part des bénéficiaires de la CMUc : 14 % (vs 6% sur le département et 5% sur la région)

Les données purement sanitaires allaient dans le même sens et mettaient en avant un taux comparativement plus élevé en ce qui concerne les admissions en affections de longue durée (ALD) ou encore la mortalité prématurée. Une analyse plus fine, à l'échelle géographique des quartiers, montrait que les quartiers en ZUS étaient les plus fortement touchés confirmant ainsi, s'il en était besoin, que **la pauvreté est défavorable à une bonne santé, physique et mentale.**

Le diagnostic local de santé de Valence avait par ailleurs mis en exergue certaines difficultés de santé particulièrement visibles sur la ville et notamment des difficultés de santé mentale.

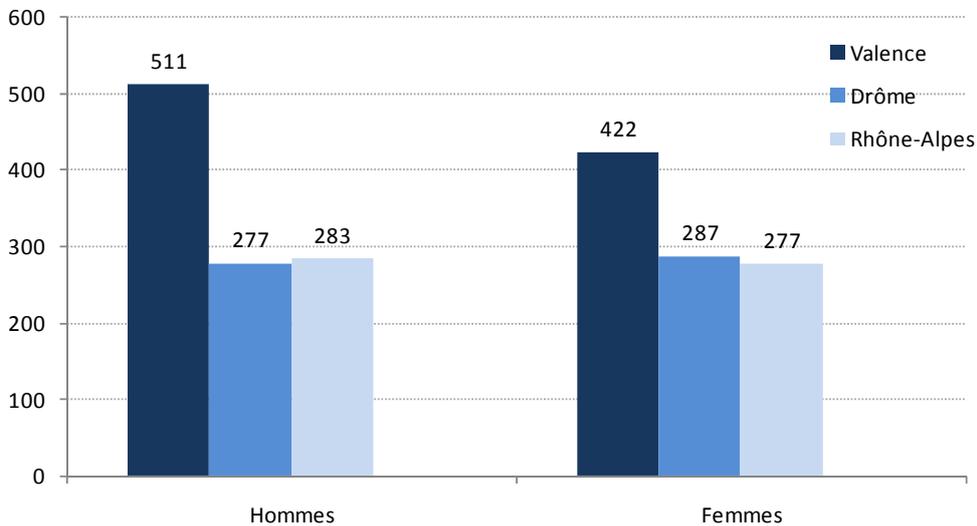
Il faut à cet égard rappeler que ce constat est régulièrement fait depuis plusieurs années³ dans les villes qui comptent une proportion importante de leur population en situation de précarité.

² Diagnostic Local de Santé de Valence, ORS, juillet 2013

³ Voir le rapport dit « Lazarus » : Une souffrance qu'on ne peut plus cacher (édité par la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain en février 1995, A. Lazarus et H. Stohl), ainsi que les différents travaux de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ORSPERE-ONSMP : <http://www.orspere.fr/>), qui recensent une partie des travaux effectués dans le domaine de la santé mentale et de la précarité.

En 2010, on comptabilisait 2 914 habitants de Valence ayant eu recours aux services de psychiatrie (en ambulatoire et/ou séquence) dont 90% en ambulatoire. Parmi ces patients, 773 étaient âgés de moins de 20 ans.

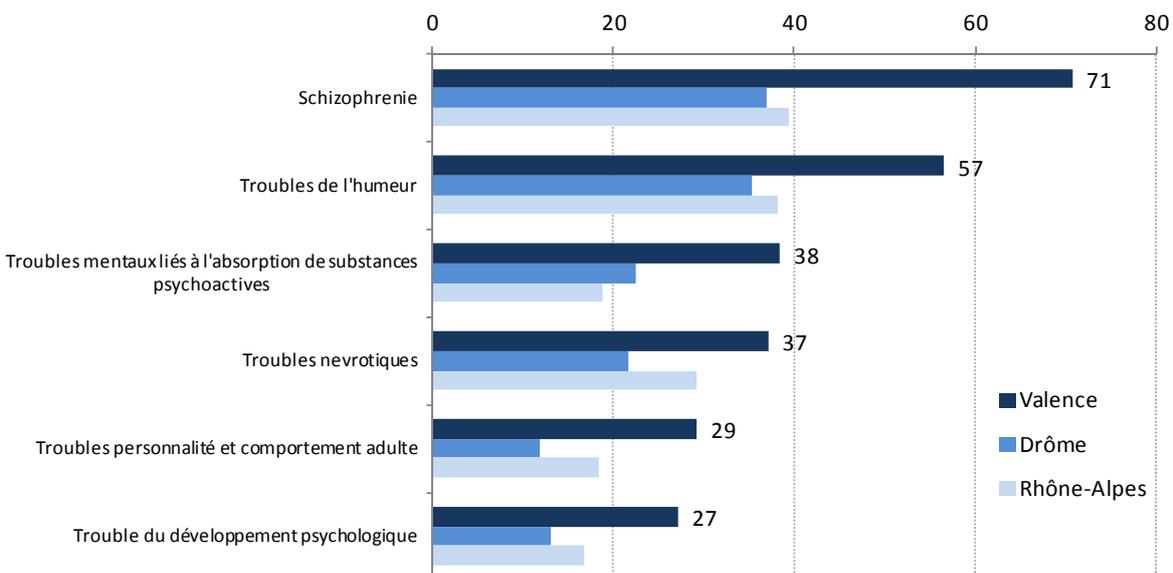
Taux standardisé de patients vus en soins spécialisés en psychiatrie pour 10 000 habitants, selon le sexe et le territoire en 2010 :



Source : Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie RIM-P [séjours et actes ambulatoires et/ou séquences en établissement spécialisé – par code postal - 2010]

Chez les hommes, les premiers motifs⁴ de recours aux soins psychiatriques recensés, étaient la schizophrénie avec un taux qui s'élevait à 71 pour 10 000, les troubles de l'humeur (57 pour 10 000) puis les troubles mentaux liés à l'absorption de substances psychoactives (38 pour 10 000).

Répartition des principaux motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie, chez les hommes selon le territoire en 2010 – pour 10 000 :

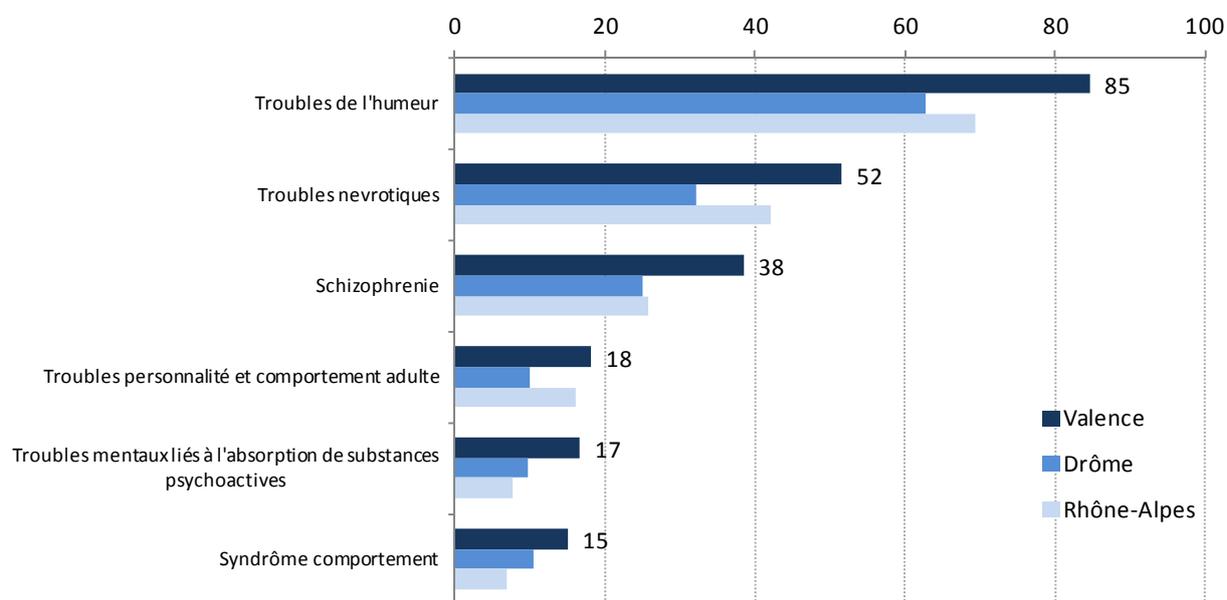


Source : Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie RIM-P [séjours et actes ambulatoires et/ou séquences en établissement spécialisé – par code postal - 2010]

⁴ Voir liste détaillée des motifs de la CIM 10 en annexe

Chez les femmes, les motifs les plus représentés étaient les « troubles de l'humeur [affectifs] » qui s'élevaient à 85 pour 10 000, suivis des troubles névrotiques (52 pour 10 000) et la schizophrénie (38 pour 10 000).

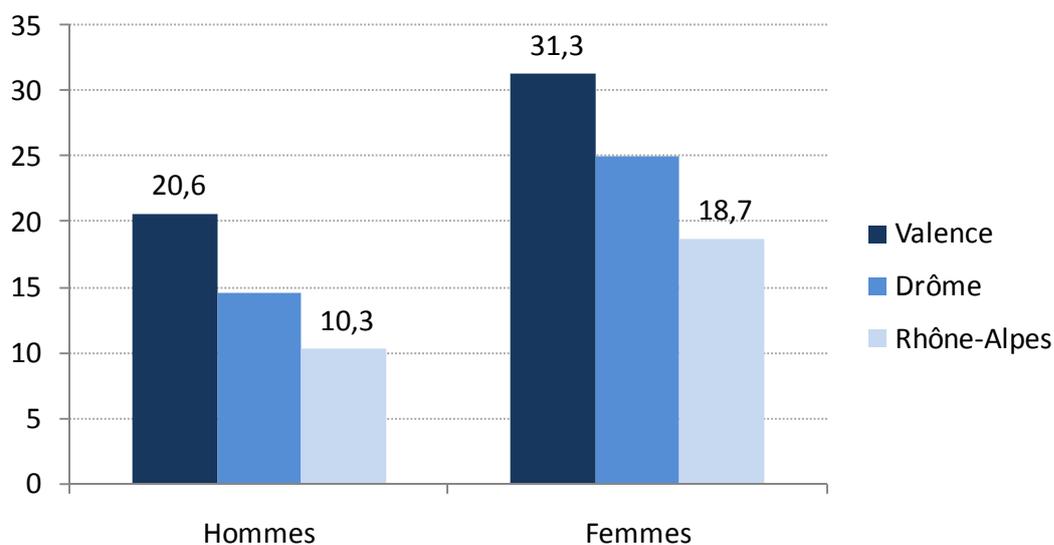
Répartition des motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie, chez les femmes selon le territoire en 2010 (pour 10 000) :



Source : Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie RIM-P [séjours et actes ambulatoires et/ou séquences en établissement spécialisé – par code postal - 2010]

Sur la même période, on recensait 164 séjours hospitaliers pour tentative de suicide, soit un taux de 26 pour 10 000 habitants (21 pour les hommes et 31 pour les femmes).

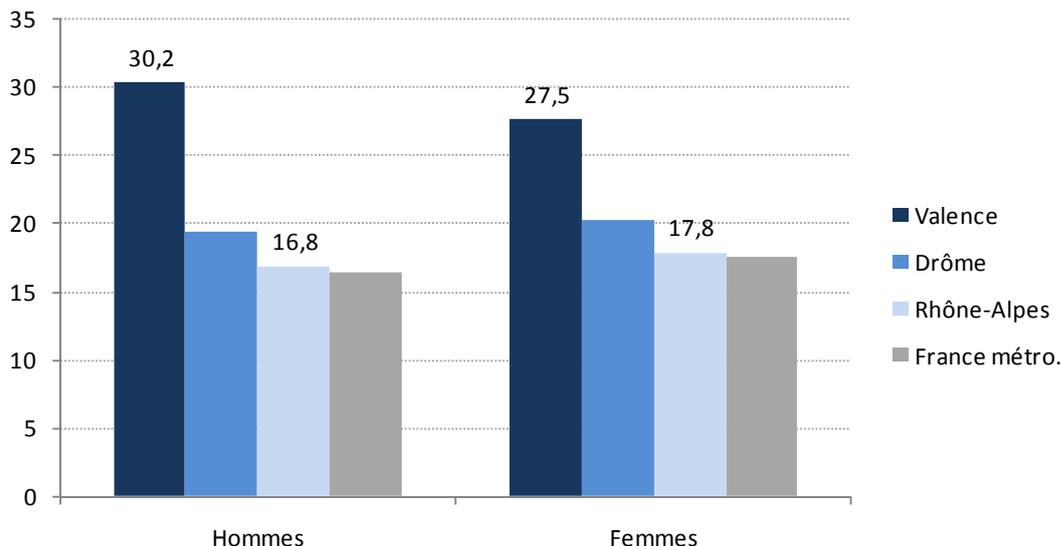
Taux standardisé séjours hospitaliers pour tentative de suicide pour 10 000 habitants, selon le sexe et le territoire en 2010 :



Source :PMSI [séjours hospitaliers hors séances – par code postal – 2006-2009], INSEE [RP 2008]

Concernant les affection longue durée (ALD), le taux d'admission pour affections psychiatriques observé sur Valence s'élevait à 29 admissions par an pour 10 000 bénéficiaires du régime générale (30,2 pour les hommes et 27,5 pour les femmes) , soit un taux nettement plus élevé que ce que l'on observait sur le département (20 pour 10 000) et sur la région (17,5 pour 10 000).

Taux standardisé d'admission en ALD pour affections psychiatriques chez les hommes et les femmes par territoire pour 10 000 habitants :



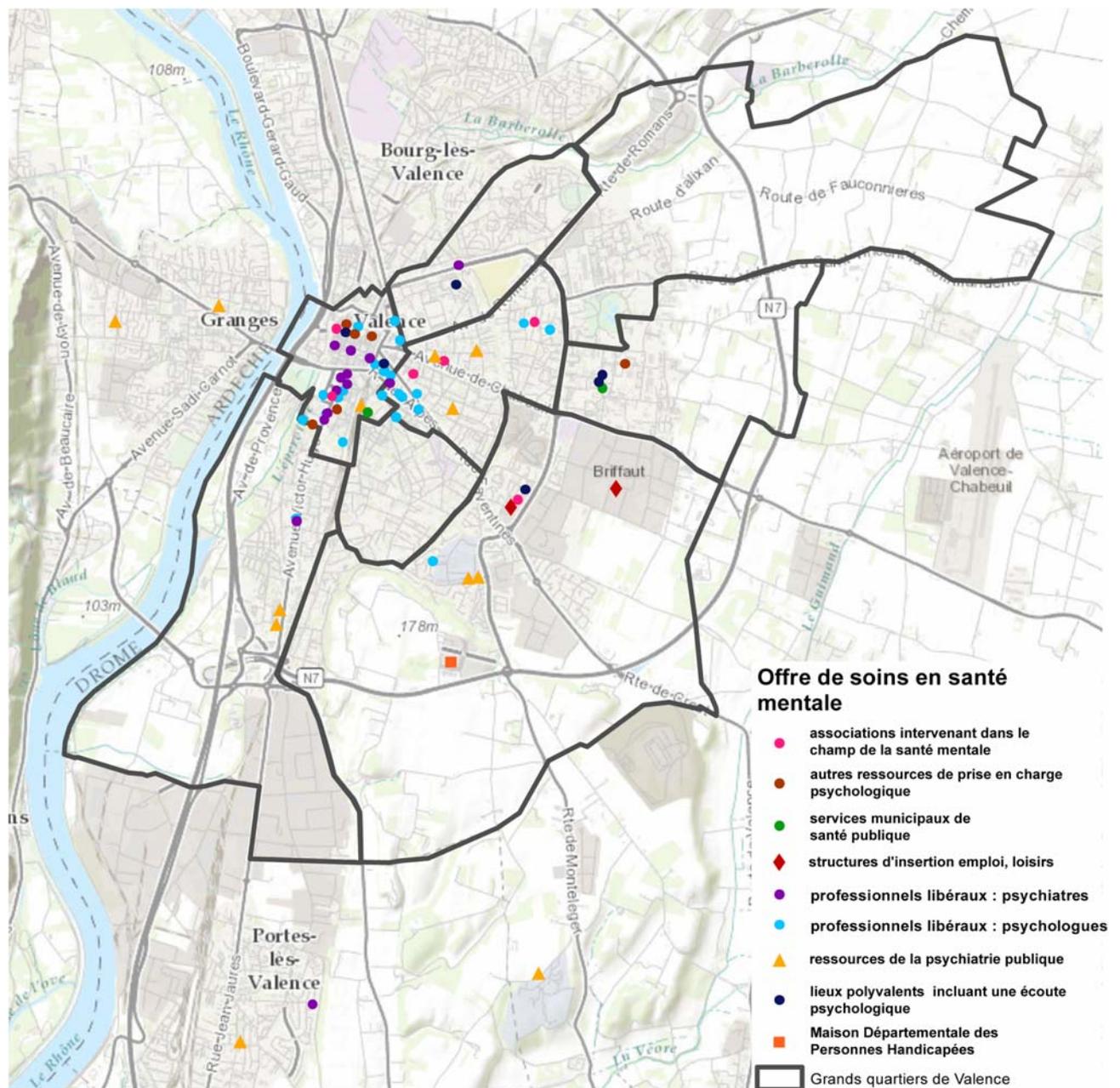
Source: CNAMTS, CCMSA, CCRSI (admission par code postal 2007-2009; population couverte au 31/12/2009)

2.L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE

Différentes ressources d'offre de soins en santé mentale ont été recensées sur la commune de Valence : les centres ressources de la psychiatrie publique, les autres organismes de prise en charge, les associations, les structures d'insertion (emploi et loisirs) et enfin les professionnels libéraux de santé mentale.

2.1 Cartographie : Valence et les communes environnantes

Géolocalisation de l'offre de soins en santé mentale à Valence - Données au 31/01/2014



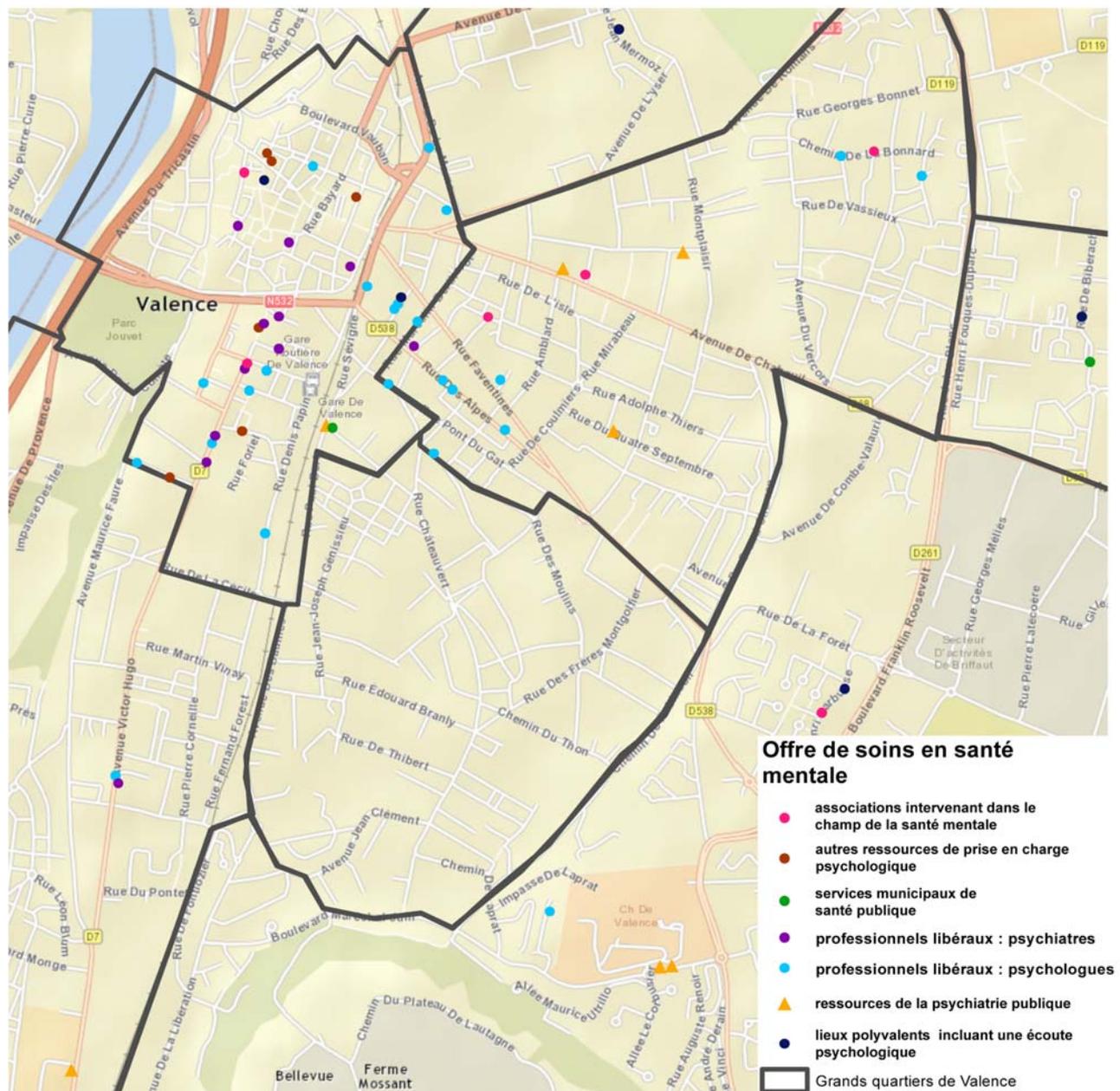
2.2 Cartographie : zoom sur le centre ville

L'offre de soins en santé mentale est essentiellement concentrée en centre ville. Plus de la moitié des psychiatres et psychologues libéraux exercent en centre ville. Le même constat est fait pour la plupart des grandes villes de Rhône-Alpes et de France.

La psychiatrie publique et la majorité des structures d'insertion, emplois et autres organismes de prise en charge sont excentrées.

les associations sont plus clairsemées sur l'ensemble de la commune.

Géolocalisation de l'offre de soins en santé mentale en centre ville - Données au 31/01/2014



2.3 Les professionnels libéraux

On recense sur Valence, 25 psychologues et 15 psychiatres libéraux au 15/12/2013.

Psychiatres et psychologues libéraux :

	Effectifs
Nombre de psychiatres secteur 1	12
Nombre de psychiatres secteur 2	3
Nombre de psychologues	25

Plus de la moitié des psychiatres libéraux dans la Drôme exercent à Valence. La densité des psychiatres libéraux s'élève à Valence à 2,3 pour 10 000 habitants (versus 0,8 dans la Drôme). Cette densité est proche de la densité recensée dans le département du Rhône et est 2 fois plus élevée que la densité régionale.

Densité des psychiatres libéraux (pour 10 000 habitants) :

	Effectif	Densité
Valence	15	2,33
Drôme	36	0,80
Rhône	291	2,30
Rhône-Alpes	674	1,10

2.4 Les centres ressources de la psychiatrie publique

Sur Valence, la psychiatrie de secteur comprend différentes structures ambulatoires gérées par le Centre Hospitalier Le Valmont, lui-même implanté sur Montélégér (à environ 13 km de Valence).

On notera que deux CMP (adultes et enfants) sont présents sur la commune de Guilhaud-Granges, limitrophe de Valence, mais qui dépendent de l'hôpital spécialisé de Privas.

➤ Centre Médico-Psychologique (CMP) et Centres d'Accueil Thérapeutique à temps partiel (CATTP) Nicolas Poussin	Rue Jules Massenet, 26000 - Valence
➤ Centre Médico-Psychologique Enfants	Rue Louis Pasteur, 26800 - Portes les Valence
➤ Centre Médico-Psychologique Adultes	CMP Cathelin Place Arthur Rimbaud, 26000 - Valence
➤ Centre de Réhabilitation psycho-sociale - de Valence	418 avenue Victor Hugo, 26000 - Valence
➤ Hôpital de jour / CMP / CATTP René Magritte	34 rue du 4 septembre, 26000 - Valence
➤ Espace des usagers en santé mentale (CHS Valmont)	4 rue du Clos Gaillard, 26000 - Valence
➤ Maison Des Adolescents	201 boulevard Marechal Juin 26000 Valence
➤ Antenne psychiatrique des Urgences	201 boulevard Marechal Juin, 26000 - Valence (Hôpital général)
➤ PASS Psychiatrique	CH Le Valmont – CMP Cathelin Place Arthur Rimbaud - Valence
➤ Équipe mobile psychiatrie précarité	CH Le Valmont - CMP Cathelin Place Arthur Rimbaud - Valence
➤ Équipe mobile de géronto-psychiatrie	CH Le Valmont – CMP Cathelin Place Arthur Rimbaud - Valence
➤ USN 1 – Maison d'Arrêt de Valence	79, avenue de Chabeuil, 26 000 - Valence
➤ Centre Médico-Psychologique Adultes	494, avenue Jean Moulin 07 500 - Guilhaud-Granges (Centre Hospitalier Sainte-Marie de Privas)
➤ Centre Médico-Psychologique Enfants	380, rue Mongolfier, 07 500 - Guilhaud-Granges (Centre Hospitalier Sainte-Marie de Privas)

Principales missions de ces ressources :

- **Centre Hospitalier Le Valmont.** Ouvert depuis 1976, le Centre Hospitalier le Valmont est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie. Etablissement départemental, il dessert le centre et le sud de la Drôme (le nord du département étant couvert par les hôpitaux Drôme/Nord de Romans-St Vallier). Situé sur la commune de Montéléger, au sein d'un parc de 40 hectares, il se trouve à 7 kilomètres de Valence
- **Hôpital de jour :** structure permettant l'hospitalisation à temps partiel des malades mentaux et offrant des possibilités de soins et de réadaptation aux patients capables de vivre dans la communauté et d'y conserver un hébergement de nuit, au sein de leur famille, dans un foyer, un appartement thérapeutique, voire, pour certains, dans un logement individuel autonome.
- **C.M.P :** Centre médicopsychologique. Centre spécialisé dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies mentales, autour d'une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, psychologues, infirmières, ergothérapeutes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés. Le CMP est un établissement public, les soins qu'il dispense sont pris en charge dans leur intégralité par l'Assurance maladie. Un CMP fait partie d'un centre hospitalier public et accueille un public d'adultes ou d'enfants, d'adolescents : il y a ainsi des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents.
- **C.A.T.T.P.** centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Structure légère intermédiaire entre l'hôpital de jour et le centre médicopsychologique, qui fonctionne de façon diversifiée pour assurer, par une approche multidisciplinaire, l'accueil et la prévention, les soins psychiatriques et psychothérapeutiques, les activités favorisant la réadaptation et la réinsertion des patients stabilisés.
Ces structures organisent ainsi des ateliers thérapeutiques, et diverses actions de soutien. Les patients ne sont pas systématiquement pris en charge tous les jours de la semaine, mais peuvent venir une ou plusieurs journées suivant les besoins.
- **La Maison des Adolescents :** Les maisons des adolescents (MDA) sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative. Elles offrent aux adolescents un accueil gratuit et travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné. Les MDA se proposent d'apporter une réponse globale aux adolescents qui intègre les différents aspects de leur vie. Elles s'adressent en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences.
Les adolescents peuvent y trouver une écoute, des informations, être accompagnés ou orientés en fonction de leur demande. Les MDA s'adressent également aux parents d'adolescents. Elles ont pour mission de répondre à leur besoin d'information et d'accompagnement. Les actions des MDA peuvent être individuelles ou collectives. A Valence, la MDA est portée par le Centre Hospitalier Le Valmont. Elle accueille et prend en charge les jeunes de 13 à 20 ans et leur famille. La Maison des Adolescents travaille également avec les partenaires scolaires, les professionnels d'institutions.

- **Equipe Mobile psychiatrie précarité :** les missions d'une équipe mobile psychiatrie et précarité sont d'aller au devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quels que soient les lieux où leurs besoins s'expriment ou sont repérés, afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'accès aux soins.
- **Equipe mobile de géronto-psychiatrie :** son objectif est d'assurer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées au plus près de leur lieu de vie afin d'anticiper une crise, de prévenir les hospitalisations et raccourcir celles qui sont inévitables en créant le lien indispensable avec les aidants et les soignants du domicile et ce dans le cadre du réseau gérontologique existant.
- **PASS psychiatrique :** Permanence d'accès aux soins de santé mentale. C'est une porte d'entrée au sein d'un parcours de soins pour des patients en situation de grande précarité sociale dans le cadre d'un travail de secteur et du droit commun. La PASS n'est pas un service d'urgence. Les PASS psychiatriques n'ont pas à se substituer aux réseaux en place ni au droit commun (secteur psychiatrique, missions des CMP...) mais ont pour mission de travailler en coordination avec eux. La PASS travaille en lien avec les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.
- **Antenne psychiatrique des urgences du centre hospitalier général :** il s'agit d'équipes soignantes et médicales psychiatriques individualisées, au sein des services d'urgence des hôpitaux généraux, pour assurer l'accueil, l'évaluation et l'orientation psychiatrique des patients qui s'y présentent. Ces équipes spécialisées interviennent sur demande des urgentistes et sont en lien étroit avec les centres hospitaliers et les cliniques susceptibles de pouvoir hospitaliser si nécessaire sur des lits psychiatriques. Un travail de collaboration est également mené avec les CMP-CATTP du secteur susceptibles de relayer les prises en charge psychiatriques en ambulatoire.
- **USN 1 – Maison d'Arrêt de Valence :** les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier constituent une des 14 missions de service public définies par la loi « hôpital, patient, santé, territoire ». L'unité sanitaire de niveau 1 (USN1) assure les soins relevant de consultations et d'actes externes dans un dispositif de soins somatiques et dans dispositif de soins psychiatriques. Ces soins peuvent également être assurés en milieu hospitalier si nécessaire.
- **Centre de Réhabilitation psychosociale de Valence :** s'adresse à des personnes souffrant de troubles psychiques et leur assure des soins de réhabilitation psychosociale à l'articulation des champs sanitaire, médico-social et social. Une prise en charge spécifique et complémentaire permet d'aider à améliorer la qualité de vie et l'autonomie de la personne. A travers des programmes validés et après une évaluation neuropsychologique, la prise en charge individualisée, sur prescription médicale est centrée sur l'amélioration des déficits cognitifs, sur l'éducation thérapeutique, sur l'entraînement aux habiletés sociales.
- **Espace des usagers en santé mentale** Peu de maisons des usagers (MDU) en santé mentale sont présentes sur le territoire national, et celles qui existent se situent souvent au sein même des CHS : il y en a ainsi une à l'hôpital psychiatrique du Valmont. Quelques MDU se situent hors les murs des CHS de rattachement, c'est le cas à Valence, à la Maison Relais Santé (rue du Clos Gaillard). Ces espaces ne sont pas des lieux de soins. Il s'agit de lieux pensés comme des lieux de rencontre et d'échange pour les usagers, les

associations d'usagers, mais aussi les collectivités territoriales, les institutions (ARH, MDPH) et ce afin d'améliorer l'insertion et la participation des malades à la vie de la cité mais aussi d'être encore plus acteurs dans leurs parcours de soins.

2.5 Autres ressources de prise en charge psychologique

Les centres médico-psychopédagogiques, les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) viennent renforcer cette offre de soins :

➤ Centre Médico Psychopédagogique (Antenne CMPP Fontbarlettes Tour de l'Europe)	rue Georges Bizet 26000 Valence
➤ Centre Médico Psychopédagogique Clos Gaillard (CMPP)	16 avenue Victor Hugo 26000 Valence
➤ CMPP Mésangère	26 rue Mésangere 26000 Valence
➤ PAEJ Point Relais Oxygène	40 rue Bouffier 26000 Valence
➤ PAEJ – ANEF (mineur en errance)	1 rue Madier Montjau
➤ Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme (CEDA) Drôme-Ardèche	Rue Alfred de Musset 26000 Valence

Principales missions de ces ressources :

- **Les C.M.P.P.** Les centres médico-psychopédagogiques sont des établissements médico-sociaux, gérés le plus souvent par des associations loi de 1901. Ils assurent des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Ils sont destinés à accueillir les enfants et les adolescents présentant des troubles psycho-affectifs, réactionnels, névrotiques, psychomoteurs, orthophoniques, des difficultés d'apprentissage, ou de comportement, ainsi que des troubles du développement. De fait, les CMPP reçoivent tout le spectre des difficultés et affections pédopsychiatriques. Ils peuvent également être consultés pour un simple avis pour un enfant ou un adolescent en situation ponctuellement préoccupante.
- **Le P.A.E.J.** Point Accueil Ecoute Jeunes. Ces structures ont une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, d'orientation et de médiation auprès de jeunes exposés à des situations à risques et de leurs parents. Les jeunes usagers bénéficient d'un accueil inconditionnel et immédiat, sans formalités administratives. L'anonymat est garanti, à leur demande, ainsi que les règles de discrétion et de respect de la vie privée. Ces structures doivent permettre aux jeunes d'exprimer leur mal être, et de retrouver une capacité d'initiative et d'action. Il ne s'agit pas d'un lieu d'intervention médicale ou sociale : un PAEJ ne propose pas de thérapie, de soin médicalisé, de prises en charge prolongées. Il est uniquement le relais entre le jeune et les structures de droit commun. Les points d'accueil assument aussi une fonction de médiation entre le jeune et sa famille et entre le jeune et les autres structures d'insertion, notamment les établissements scolaires, et les dispositifs d'insertion sociale ou professionnelle.

Le PAEJ Point-Relais Oxygène est né en 1988 sous l'égide du Conseil Communal de Prévention de la Délinquance. Deux psychologues sont présentes au PAEJ qui accueillent les jeunes, les parents, les professionnels et se déplacent sur sites pour des actions collectives

- **Le CEDA.** Structure portée par les deux centres hospitaliers, Le Valmont pour la Drôme et Sainte Marie pour l'Ardèche, ayant une équipe pluridisciplinaire qui propose des consultations, des bilans diagnostiques et des évaluations fonctionnelles pour des personnes, enfants, adolescents et adultes, susceptibles de présenter un trouble envahissant du développement, dont l'autisme. Le CEDA reçoit les personnes et leur famille qui sont adressées par des équipes de proximité (CMP, CMPP, CAMSP, IME) et des médecins libéraux et hospitaliers (psychiatres, neuropédiatres, neurologues).

2.6 Les associations intervenant dans le champ de la santé mentale

Plusieurs associations d'aide aux patients et familles sont recensées à Valence :

➤ GEM AIR LIBRE (groupe d'entraide mutuelle association « Air Libre »)	31 chemin de la Bonnard 26000 Valence
➤ UNAFAM (union nationale des familles ou amis de personnes malades et handicapés psychiques)	place Lamartine 26000 Valence
➤ Association BIPOL'AIR	4 rue Gaston Rey 26000 Valence
➤ ODIAS (Organisation Drômoise d'Insertion et d'Accompagnement Social)	8 rue General Faidherbe 26000 Valence
➤ ADAPEI (Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales)	27 rue Henri Barbusse 26000 Valence
➤ REHPSY (Réseau Handicap psychique)	45, rue Victor Hugo – 26 000 Valence

Principales missions de ces ressources :

- **GEM :** Les Groupes d'Entraide Mutuelle (dont un est présent sur Valence, qui compte 70 patients inscrits) sont à la fois des lieux d'accueil conviviaux, et un outil d'insertion dans la cité pour des personnes adultes, que la maladie psychique a isolé, un instrument de prévention de l'exclusion sociale pour des personnes en situation de grande fragilité.
- **UNAFAM :** association reconnue d'utilité publique qui accueille, soutient, et informe les familles confrontées aux troubles psychiques d'un des leurs. L'Unafam, présente sur tout le territoire français, contribue à l'élaboration de la politique de santé dans le domaine de la psychiatrie et défend les familles et les malades auprès des élus et des responsables.
- **ODIAS :** collectif départemental réunissant des services de soins psychiatriques adultes, des services de tutelles ou de curatelles, des associations et des représentants de familles, au service des personnes handicapées psychiques. Il gère un Service d'Accompagnement

à la Vie Sociale, des appartements associatifs, des résidences accueil, des groupes d'entraide mutuelle.

- **ADAPEI.** association à but non lucratif organisée en délégations départementales, avec une affiliation à l'UNAPEI, qui œuvre en faveur des droits des personnes souffrant de handicap mental et de leurs familles, et pour favoriser leur intégration sociale.
- **REHPSY.** Réseau de santé qui a pour objectif de
 - Coordonner les parcours de santé des personnes en situation de handicap psychique et de faciliter leur rétablissement :
 - * en apportant l'expertise de ses membres,
 - * en favorisant l'accès aux soins et en coordonnant les différents intervenants,
 - * en élaborant des projets individualisés d'insertion sociale et/ou professionnelle.
 - Identifier les besoins non couverts et demander leur prise en compte par les pouvoirs publics.
 - Contribuer à la destigmatisation et à une meilleure connaissance du handicap psychique

2.7 Lieux polyvalents incluant une écoute psychologique

➤ Le Centre de Santé pour Jeunes (Ville de Valence)	13/15 place Latour-Maubourg 26000 Valence
➤ CSAPA ANPAA	9, rue Henri Barbusse 26 000 Valence
➤ CSAPA Tempo	4, rue Ampère – 26 000 Valence
➤ CIDFF Centre d'Information sur le Droit des Femmes et de la Famille	36 Bis r Biberach – 26000 Valence
➤ Protection Maternelle et Infantile (PMI) Centre de protection maternelle et infantile de Valence	18 rue Jean Mermoz 26000 Valence
➤ REMAID Association d'aide aux victimes et de médiation pénale	10, rue du Parc – 26 000 Valence
➤ Centre Départemental pour Réussir son Vieillessement (CDPRV)	24 rue du jeu de Paume 26 000 Valence
➤ France Alzheimer Drôme	33 avenue de Verdun 26 000 Valence

Principales missions de ces ressources :

- **Le centre de santé pour jeunes.** Porté par la Ville de Valence, ce centre est le service de médecine et de promotion de la santé des étudiants Drôme Ardèche et des jeunes en recherche d'emploi (Mission Locale, Pôle Emploi, organismes de formation). Il est accessible gratuitement à tous les étudiants et aux jeunes en recherche d'emploi. En Novembre 2013, l'Espace santé jeunes devient le Centre de santé pour jeunes pour offrir de nouveaux services (possibilité de prescriptions et de prise en charge thérapeutique). Le centre de santé pour jeunes propose par ailleurs des,
 - Bilans de santé personnalisés
 - Consultations de médecine générale et spécialisée (gynécologie, médecine du sport)
 - Entretiens avec une psychologue
 - Consultations au Centre de planification (contraception, gynécologie, dépistage VIH)
 - Mise à jour des vaccinations
 - Rencontres collectives sur différents thèmes de santé (nutrition, tabac...)
 - Ateliers santé (relaxation, secourisme, affirmation de soi, être parent aujourd'hui...)
 - Rencontres avec une diététicienne

- **Les CSAPA.** Un CSAPA, ou centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est une structure ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction vis-à-vis des drogues ou de l'alcool. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie regroupent les anciens centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie(CCAA).

- **Les CIDFF** ou Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles. Ils exercent une mission d'intérêt général confiée par l'État et dont l'objectif est de favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Les CIDFF informent, orientent et accompagnent le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès au droit ; de la lutte contre les violences sexistes ; du soutien à la parentalité ; de l'emploi, de la formation professionnelle et de la création d'entreprise ; de la sexualité et de la santé.

- **REMAID.** Association d'aide aux victimes et de médiation pénale dont les missions sont principalement : l'information sur les droits, l'accompagnement psychologique, la mise en place de groupes de sophrologie, le soutien aux familles de victimes, le soutien aux personnes en souffrance au travail, l'aide aux personnes d'origine étrangère, l'administration Ad Hoc, la gestion des conflits relationnels, la médiation pénale, l'aide aux personnes souffrant de violences intra-familiales, les enquêtes de personnalité victime, les enquêtes sociales rapides

- **Le CDPRV.** Le Centre de Prévention Pour Réussir son Vieillissement est un lieu d'accueil et d'information de proximité. Sa mission est de dépister les signes avant coureurs des différents problèmes rencontrés au cours du processus du vieillissement (mémoire, équilibre, alimentation, sommeil...etc...). Le CDPRV intervient au niveau du dépistage primaire par une activité de prévention, de maintien des capacités fonctionnelles et cognitives (ateliers-mémoire), et de prévention des chutes. Il réalise également des séances de soutien spécifique en cas de dépistage de pathologies, et peut réaliser un suivi nutritionnel des adhérents.

- **L'Association France Alzheimer.** L'association a pour mission de réunir les familles touchées par la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées en vue d'un soutien mutuel. Elle a aussi pour vocation d'apporter un soutien aux aidants (conjoint, famille, ...), aux personnes malades, aux professionnels travaillant avec ce public et propose enfin des aides concrètes en matière de séjours de vacances adaptés pour les malades ou de temps de répit pour les aidants.

2.8 Les structures d'insertion, emploi et loisirs

➤ L'ESAT MESSIDOR DRÔME	89 rue Léon Gaumont 26000 Valence
➤ S.A.V.S. DE VALENCE (Service d'accompagnement à la vie sociale)	27 rue Henri Barbusse 26000 Valence

Principales missions de ces ressources :

- **Les E.S.A.T.** Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) sont des établissements médico-sociaux qui ont pour objectif l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés. Ils 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. Le travail proposé en ESAT est adapté selon les handicaps des personnes, qui n'ont le statut d'employés salariés. Toutefois, elles sont assurées sociales pour les risques autres que le chômage et cotisent à ce titre sur ces rémunérations. L'orientation dans un ESAT vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) offrent également un soutien médico-social et éducatif afin de favoriser l'épanouissement personnel et social des personnes accueillies. L'orientation en Esat, décidée par la Maison Départementale Personnes Handicapées (MDPH).
- **Le S.A.V.S** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). Le service d'accompagnement à la vie sociale renforcé a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées vivant à domicile en leur proposant un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, professionnels et facilitant l'accès à l'ensemble des services apportés par la collectivité ou relevant du droit commun. Les SAVS ont ainsi pour objectif de favoriser le maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie. Il offre une série de prestations parmi lesquelles l'assistance, le suivi éducatif et psychologique, ou encore l'aide dans la réalisation des actes quotidiens et l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale.

2.9 La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Il existe une MDPH dans chaque département, fonctionnant comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap. La personne handicapée est au cœur de ce dispositif de service public, grâce une prise en compte de son projet de vie et une évaluation fine de ses besoins par une équipe pluridisciplinaire, afin de reconnaître ses droits à la compensation par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH).

2.10 La Maison Relais Santé.

Il s'agit d'un lieu unique en France, une ressource pour les personnes atteintes de maladies chroniques, qui n'est pas un lieu de soin. La Maison Relais Santé propose ainsi, en complément des soins dont les malades peuvent bénéficier chez le médecin ou à l'hôpital, un accompagnement administratif, social, psychologique et thérapeutique, afin de mieux vivre son parcours de soins. C'est aussi un lieu fédérateur pour toutes les associations d'usagers et les réseaux de santé qui y tiennent des permanences, développent des activités de groupes ou des journées de dépistage. Parmi les acteurs de la Maison Relais Santé, on retrouve également les structures hospitalières (Centre hospitalier de Valence, hôpital privé Drôme-Ardèche et Centre hospitalier spécialisé le Valmont) et le collectif sud en éducation thérapeutique du patient. Ils soutiennent activement les associations d'aide aux malades. Plusieurs types d'accompagnement thérapeutiques sont proposés :

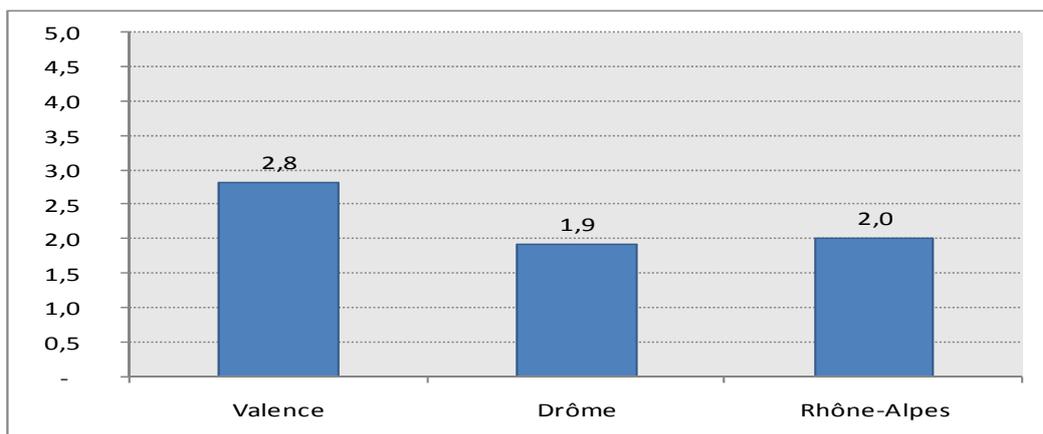
- Permanences d'une infirmière et d'un travailleur social
- Permanences des associations d'aide aux malades
- Groupes de paroles
- Ateliers divers

Une infirmière coordinatrice accueille, conseille et oriente les patients et leurs proches, et ce, sans rendez-vous. Situé au 4 rue du Clos Gaillard, à proximité immédiate de la gare SNCF, la Maison Relais Santé est ouverte du lundi au vendredi

3.RECOURS AUX PROFESSIONNELS SPECIALISES LIBERAUX

Le taux de recours aux psychiatres généraux libéraux s'élève à 2,8 pour 100 habitants sur la commune de Valence. Ce taux est supérieur aux références départementales (1,9%) et régionales (2,0%).

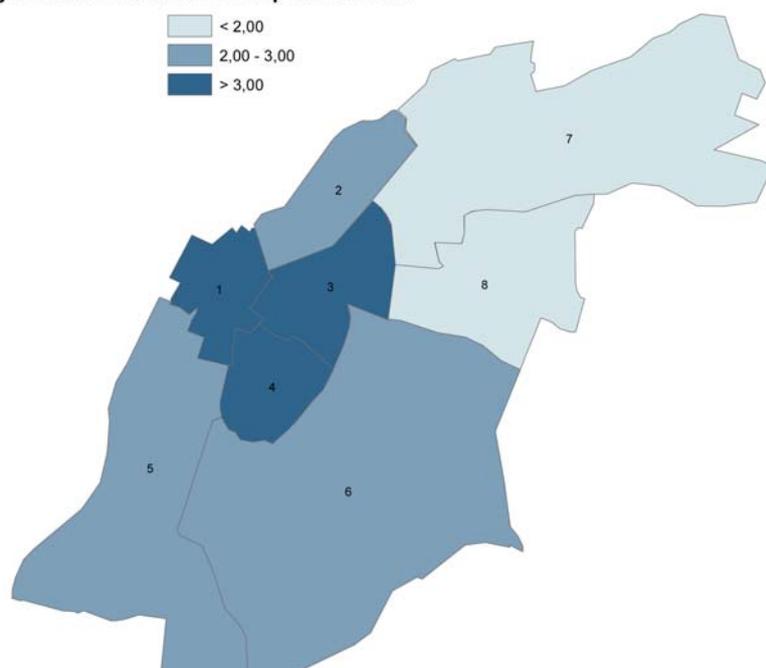
Taux standardisé de recours aux psychiatres généraux libéraux en 2012 pour 100 habitants :



Source : données Erasme du régime général en 2012, exploitation ORS

Au sein de la commune, cet indicateur oscille entre 1,4% dans les quartiers défavorisés du "Plan, les Couleurs, les Rivières" et sur le quartier de "Fontbarlettes, quartiers ruraux, Bavot" à 4% dans le quartier des Alpes-Romans. D'une manière générale, le recours est plus élevé en centre ville.

Taux Comparatifs de recours aux psychiatres généraux libéraux en 2012 pour 100 hab.



Source : données Erasme du régime général en 2012, exploitation ORS

Taux standardisé de recours aux psychiatres généraux libéraux en 2012 pour 100 habitants :

	Quartiers	Taux comparatif
1	Centre ville - Gare	3,4 (t)
2	Polygone - Chamberlière	2,2 (t)
3	Alpes - Romans	4,0 (t)
4	Chateauvert - Genissieu	3,2 (*)
5	Valensolles - Epervière	2,5 (*)
6	Laprat - Briffaut - Lautagne	2,9 (*)
7	Le plan - Les Couleures - Les Riviers	1,4 (t)
8	Fontbarlettes - Quartiers ruraux - Bayot	1,4 (t)
	Valence	2,8
	Drôme	1,9
	Rhône-Alpes	2,0

Source : données Erasme du régime général en 2012, exploitation ORS
(t) statistiquement significatif, (*) Non statistiquement différent

Chez les enfants et adolescents, les taux de recours suivent les mêmes tendances à savoir des taux plus élevés sur les quartiers les plus "favorisés" et les moins élevés sur les quartiers du Polygone, Le Plan, Fontbarlettes.

Taux bruts de recours aux psychiatres libéraux chez l'enfant et l'adolescent :

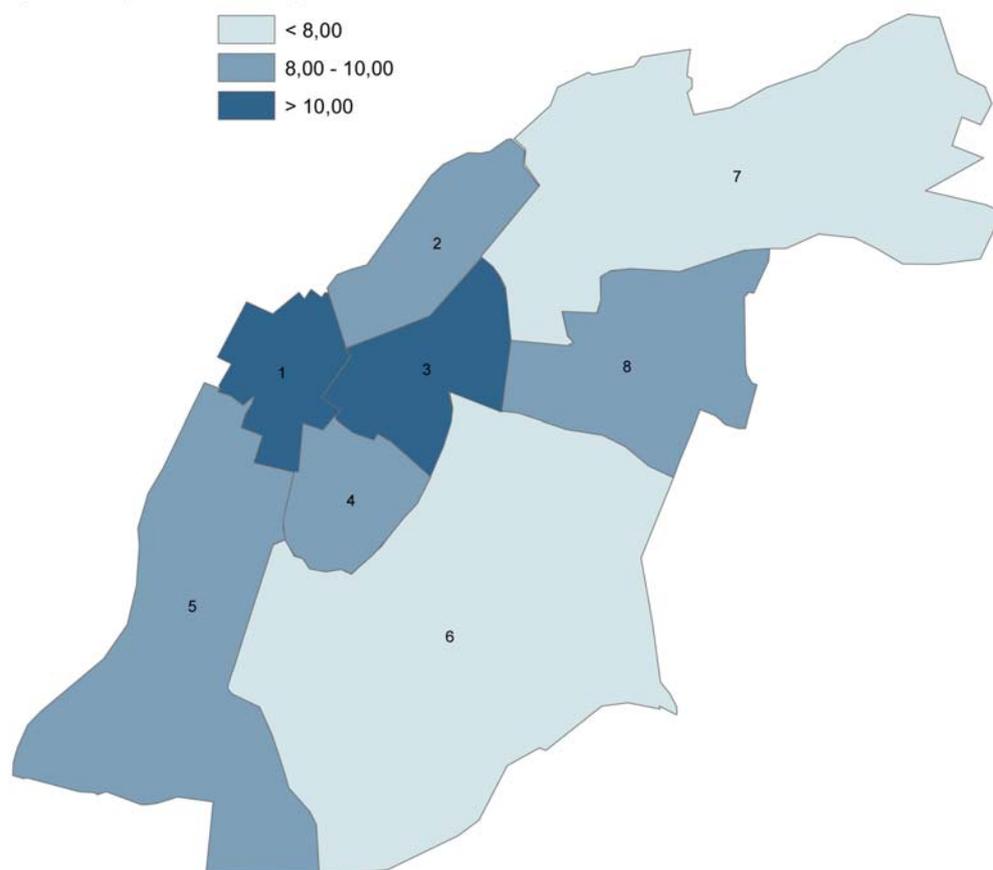
	Quartiers	Moins de 10 ans	10-19 ans
1	Centre ville - Gare	0,7%	2,0%
2	Polygone - Chamberlière	0,3%	0,3%
3	Alpes - Romans	0,6%	1,0%
4	Chateauvert - Genissieu	0,7%	1,2%
5	Valensolles - Epervière	0,6%	0,5%
6	Laprat - Briffaut - Lautagne	0,2%	1,1%
7	Le plan - Les couleures - Les riviers	0,2%	0,1%
8	Fontbarlettes - Quartiers ruraux - Bayot	0,0%	0,3%
	Total Valence	0,4%	1,0%
	Total Drôme	0,7%	1,3%
	Total Rhône-Alpes	0,7%	1,2%

Source : données Erasme du régime général en 2012, exploitation ORS

4. CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

A l'image des taux de recours aux psychiatres libéraux, les taux de patients sous traitements psychotropes sont plus élevés en centre ville.

Taux Comparatifs de patients sous traitements psychotropes en 2012 pour 100 hab.



Source : données Erasme du régime général en 2012, exploitation ORS

Les taux de patients sous traitements réguliers de psychotropes (dont les antidépresseurs et neuroleptiques) oscillent entre 6,9% dans le quartier de Laprat-Briffaut-Lautagne, 7,7% dans le quartier du Plan-Les Couleures-Les Rivières à 10,9% à Alpes-Romans et 10,5% dans le quartier du Centre Ville-Gare.

Taux standardisés de patients sous traitements psychotropes (dont antidépresseurs et neuroleptiques) en 2012 pour 100 habitants

Quartiers	Psychotropes	dont antidépresseurs	dont neuroleptiques
1 Centre ville - Gare	10,5% (t)	7,2%	5,0%
2 Polygone - Chamberlière	9,7% (*)	6,3%	2,2%
3 Alpes - Romans	10,9% (t)	7,8%	5,9%
4 Chateauvert - Genissieu	8,6% (t)	6,8%	1,8%
5 Valensolles - Epervière	9,2% (*)	2,5%	1,8%
6 Laprat - Briffaut - Lautagne	6,9% (t)	5,6%	1,5%
7 Le plan - Les couleures - Les rivières	7,7% (t)	5,5%	1,8%
8 Fontbarlettes - Quartiers ruraux - Bayot	8,5% (t)	5,5%	2,3%
Valence	9,5%	6,6%	3,4%
Drôme	7,6%	5,9%	1,9%
Rhône-Alpes	7,5%	6,1%	1,8%

Source : données Erasme du régime général en 2012

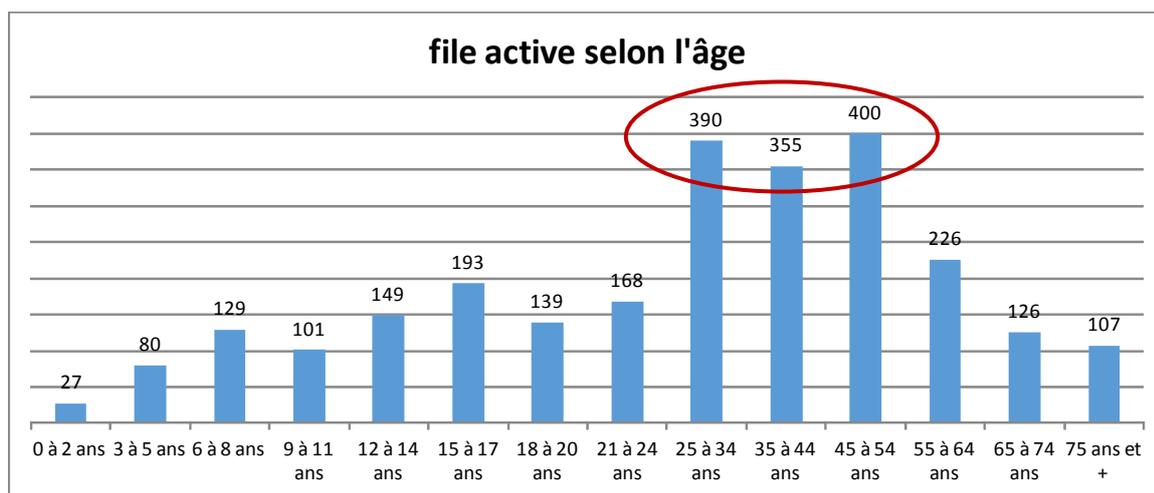
(t) statistiquement significatif, (*) Non statistiquement différent

5. RECOURS EN SOINS SPECIALISES EN PSYCHIATRIE

Le **centre hospitalier spécialisé (CHS) le Valmont** comptabilise une file active en soins spécialisés en psychiatrie de 2 590 personnes domiciliées à Valence en 2012.

Les 25-64 ans représentent 53% de la file active.

Les patients valentinois vus en psychiatrie par tranche d'âge :

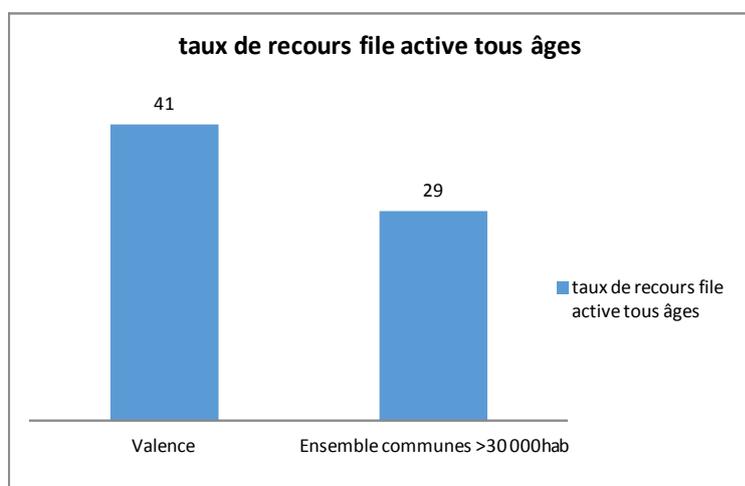


Cellule d'Analyse médico-économique – CHS le VALMONT - Sources - Données Régionales RIMP 2012 et INSEE 2010

Au total, 22 632 actes ont été recensés en 2012 soit une moyenne de 9 actes dans l'année par patient.

Le taux de recours est de 41 patients (file active) pour 1 000 habitants à Valence alors que ce taux est de 29 pour 1000 en moyenne dans les villes de plus de 30 000 habitants de la région Rhône-Alpes.

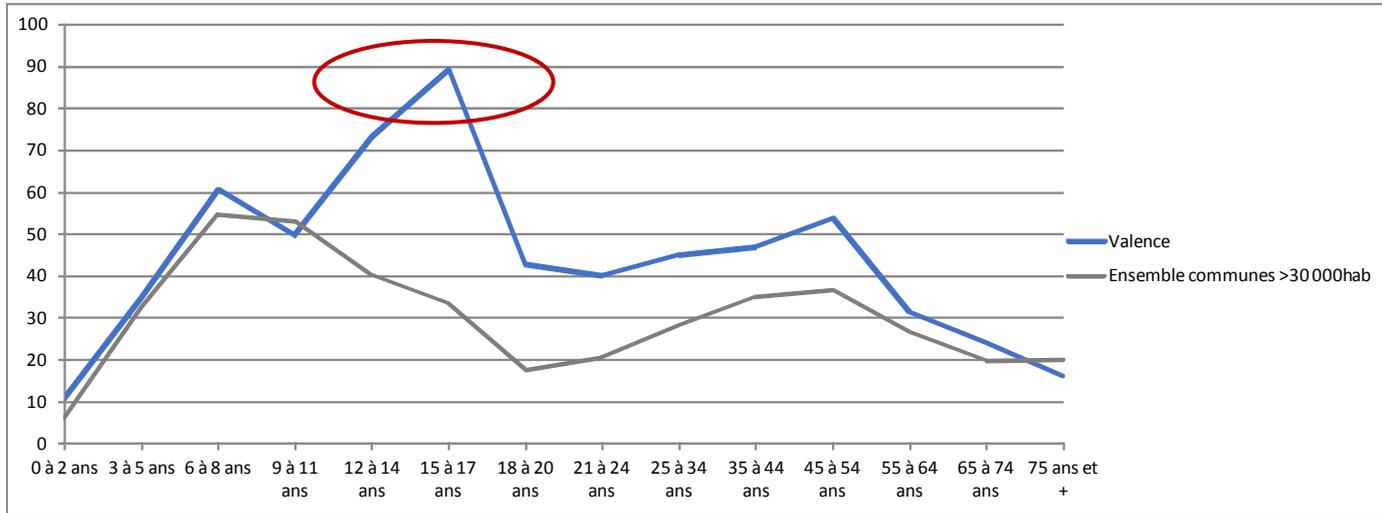
Le taux de recours en soins spécialisé en psychiatrie :



Cellule d'Analyse médico-économique – CHS le VALMONT - Sources - Données Régionales RIMP 2012 et INSEE 2010

Valence se distingue des autres communes par un fort taux d'hospitalisation chez les jeunes de 12 à 25 ans.

Taux de recours (file active) par âge :

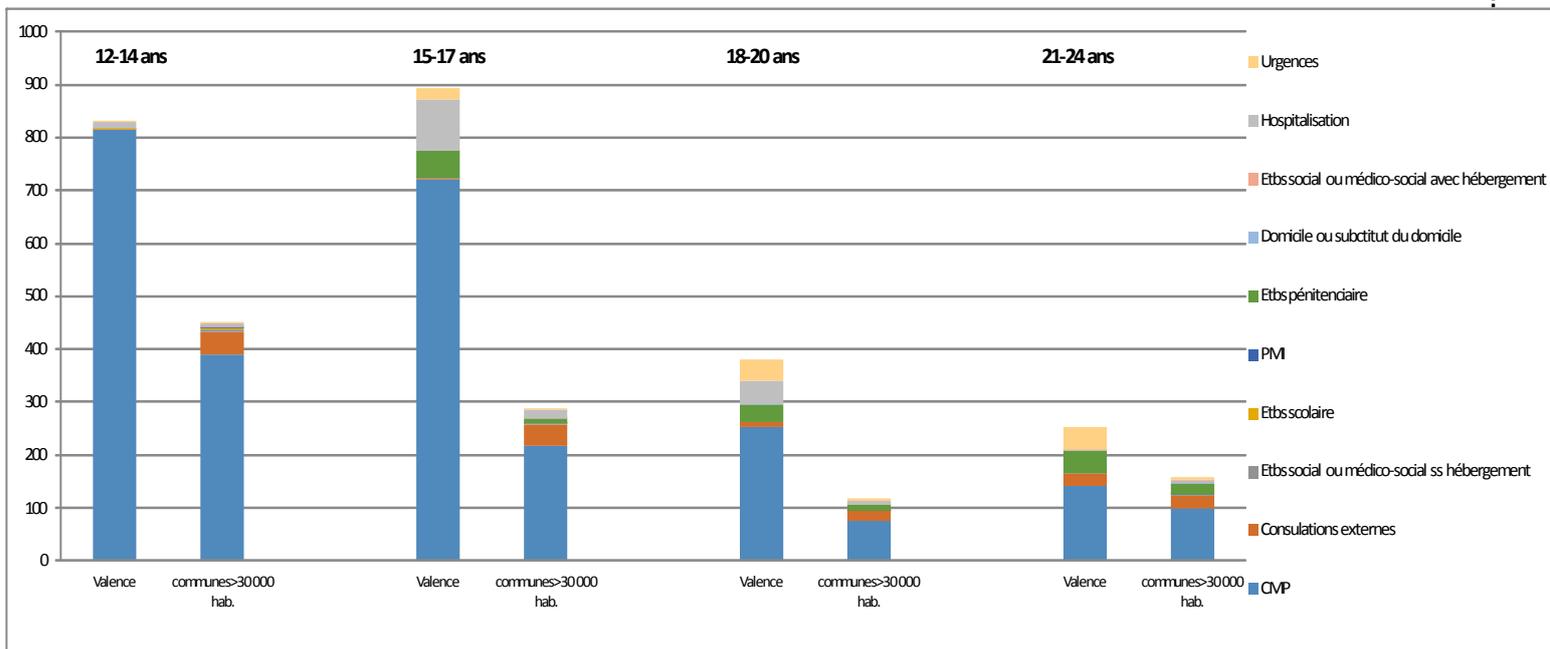


Cellule d'Analyse médico-économique – CHS le VALMONT - Sources - Données Régionales RIMP 2012 et INSEE 2010

On observe à Valence un taux de recours ambulatoire en CMP élevé des 12-14 ans, 15-17 ans et 18-20 ans et, au contraire un faible recours aux consultations externes à ces âges. Valence se distingue également par un taux de recours élevé aux urgences, aux soins à domicile et en établissement pénitentiaire chez 15-20 ans .

Chez les plus de 25 ans, le taux de recours ambulatoire en CMP est au contraire relativement bas à Valence, compensé par un taux de recours aux urgences plus élevé que la moyenne .

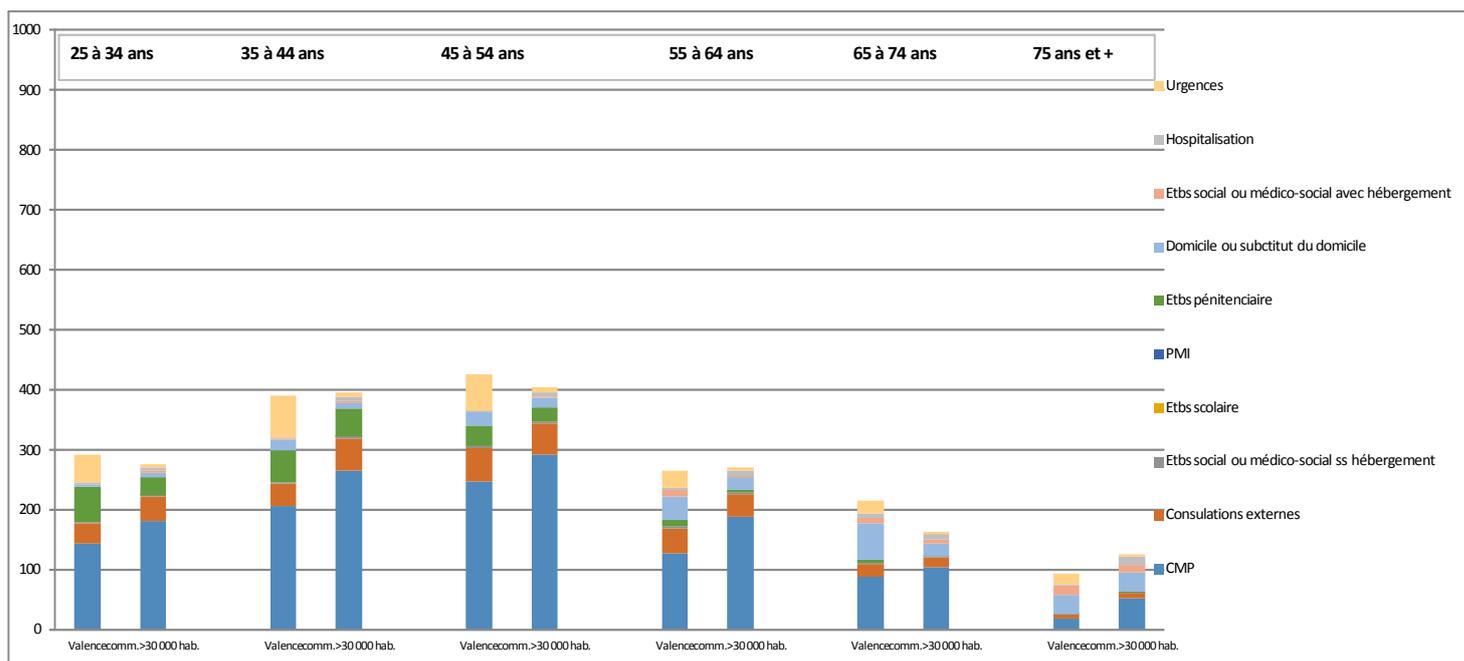
Taux de recours aux soins ambulatoires psychiatriques en actes pour 1 000 habitants par tranche d'âge (chez les 12-24 ans)



Cellule d'Analyse médico-économique – CHS le VALMONT - Sources - Données Régionales RIMP 2012 et INSEE 2010

En l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire au moment où ce rapport est finalisé, il est difficile d'interpréter ces données. On peut simplement rappeler que la présence d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et la concentration de ressources d'aide et de prise en charge en santé mentale, au sein d'un département sous-doté en psychiatres libéraux, constituent, de manière générale, des éléments qui facilitent le recours aux soins

Taux de recours aux soins ambulatoires psychiatriques en actes pour 1 000 habitants par tranche d'âge (chez les 25 ans et plus)



Cellule d'Analyse médico-économique – CHS le VALMONT - Sources - Données Régionales RIMP 2012 et INSEE 2010

6.SYNTHESE ET CONCLUSION DE LA PARTIE QUANTITATIVE

L'offre de soins en santé mentale à Valence : plutôt riche, au sein d'un département sous doté

- Valence est une commune bien dotée en ressources d'offre de soins en santé mentale aussi bien en matière d'offre libérale, que de psychiatrie publique, que d'associations et autres structures de prise en charge ou d'accompagnement à l'insertion. Si l'hôpital psychiatrique se trouve en dehors de la ville et est relativement mal desservi par les transports en commun, les structures ambulatoires sont en revanche nombreuses en ville, notamment en centre-ville
- Cependant, les ressources valentinoises sont utilisées par des usagers qui habitent bien au-delà de la commune. En effet, le département de la Drôme est un département sous doté en termes de ressources d'offres de soins en santé mentale et l'essentiel des ressources du département est concentré sur la ville de Valence. (CF Etudes sur les indicateurs de santé mentale en Drôme-Ardèche ORS RA - 2009)

Eléments de contexte : Valence et la Drôme

- Valence connaît des difficultés à la fois économiques et sociales qui touchent une partie des valentinois, et notamment les habitants des quartiers en politique de la ville mais aussi les habitants du centre ville. Cet élément est à prendre en compte dans l'analyse qui est faite du recours aux soins, à la lumière des connaissances maintenant établies sur le moins bon recours aux soins, de manière générale, des populations modestes et précaires.
- Un recours plus élevé aux soins spécialisés en psychiatrie est repéré sur la commune de Valence chez les hommes et les femmes par rapport au département de la Drôme et à la région.
- La commune de Valence enregistre également des séjours hospitaliers pour tentative de suicide assez élevés aussi bien chez les hommes que chez les femmes.
- Les affections de longue durée pour affections psychiatriques sont également bien plus élevées sur Valence que sur les autres territoires de référence (département de la Drôme et la région Rhône-Alpes)

Le recours aux soins en santé mentale à Valence

- Le fait que Valence compte plusieurs psychiatres libéraux ne facilite pas pour autant leur accès : sollicités par des demandes qui émanent de tout le bassin valentinois, voire du département, nombreux sont les psychiatres qui ne peuvent plus prendre de nouveaux patients (CF Etudes sur les indicateurs de santé mentale en Drôme-Ardèche ORS RA - 2009).
- Le recours des psychiatres libéraux est en outre plus élevé dans les quartiers les plus favorisés de la ville du fait, probablement, des revenus plus élevés des patients habitant dans ces quartiers.
- La psychiatrie de secteur est, pour les raisons sus-citées, abondamment utilisée. Mais nous ne connaissons pas à ce jour le **recours à la psychiatrie publique (notamment recours au CMP) par quartier** et il serait intéressant de connaître l'origine des populations ayant recours à cette ressource.
- Valence se distingue également par un taux de recours aux urgences plus élevé que la moyenne de référence. On sait par ailleurs que les services d'urgences sont le mode privilégié de recours aux soins pour les populations les moins favorisées. Dans ce domaine également il serait pertinent de connaître la **provenance géographique de la population**, par quartier, de la population ayant recours aux urgences psychiatriques, afin de repérer d'éventuelles disparités entre publics des quartiers favorisés et défavorisés.

La consommation de traitements médicamenteux

- Le taux de patients sous traitements réguliers antipsychotiques est plus élevé sur Valence que sur le département de la Drôme et la région Rhône-Alpes.
- Au sein de la ville, les taux de patients sous traitement sont également plus élevés en centre ville et dans les quartiers les plus favorisés. Cette information est pour le moins inattendue étant donné que les taux de consommation de psychotropes et les taux de recours aux soins en santé mentale sont, en général, plus élevés dans les zones les moins favorisés.
- Peut-on parler alors d'une surconsommation de psychotropes chez les habitants les plus favorisés vivant dans les quartiers du centre-ville ? Ou/et existe-t-il un sous-dépistage et sous-traitement des habitants des quartiers en politique de la ville (qui éventuellement « s'auto-traiteraient » dans certains cas, et notamment chez les jeunes adultes par des consommations de substances psychoactives (cannabis, ...)) ? Il est difficile de l'affirmer mais la question reste posée.

Compte-tenu des informations recueillies, il serait ainsi souhaitable de pouvoir effectuer la même analyse concernant le recours à psychiatrie publique à Valence que celle qui a été réalisée pour le recours aux psychiatres libéraux : en standardisant les résultats et en les « découpant » par IRIS (à partir des adresses des patients). Ceci nous permettrait de mieux comprendre les différences actuellement visibles en matière notamment de recours aux psychiatres libéraux.

En revanche, en ce qui concerne la consommation de soins, il ne semble pas possible, à partir de données statistiques issues des systèmes d'information, d'aller plus loin dans la compréhension des différences entre IRIS favorisés et défavorisés. Cette analyse ne pourrait se faire que par une exploration qualitative, à partir des constats concernant l'état de santé mentale des habitants des différents quartiers des habitants de différentes catégories socioprofessionnelles, ainsi que des questions concernant le dépistage, le diagnostic et des prescriptions en ce qui concerne les publics défavorisés.

DONNEES QUALITATIVES

1.METHODOLOGIE :TROIS ENTRETIENS COLLECTIFS

A la suite de l'analyse quantitative, trois groupes de professionnels ont été rencontrés au printemps 2014, qui ont échangé sur la question et les enjeux de l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité. Ces trois groupes étaient articulés autour de trois postures et trois regards différents : les patients et leurs familles, les professionnels de l'insertion par l'emploi et le logement, et enfin les professionnels de la prise en charge des malades mentaux.

Ces trois groupes ont élaboré indépendamment les uns des autres et ont fait émerger des points qui mériteraient d'être ensuite explorés plus avant, notamment dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale.

Ces trois groupes étaient composés comme suit :

Groupe « usagers, associations d'usagers et de familles »

- ASSOCIATION ADAPEI, Mr DUGAND Olivier
- ASSOCIATION GEM AIR LIBRE, Mr LAJOUX Guillaume
- ASSOCIATION UNAFAM, Mme ALARD Margueritte
- ASSOCIATION UNAFAM, Mme JENIN Joëlle
- MAISON RELAIS SANTE, Mme GALMES Joëlle
- ASSOCIATION BIPOL'AIR, Mme JEANNE Elise
- ASSOCIATION PLANETE AUTISME, Mme MINODIER Jeanne Marie

Groupe « Insertion dans la ville par le logement et le travail"

- ASSOCIATION DROMOISE TEMPO – OPPELIA, Mr CHAMBON Julien
- CENTRE AMELIORATION LOGEMENT DROME, Mme CRUZ Hélène
- ENTREPRISE INSERTION MESSIDOR, Mme REYNAUD Patricia
- ASSOCIATION TUTELLAIRE ATMP, Mr BEGUIN Pierre
- ASSOCIATION ODIAS, Mme PINTA Nathalie
- ASSOCIATION UNAFAM, Mme ALARD Margueritte
- MAISON RELAIS SANTE, Mme GALMES Joelle
- MISSION LOCALE DROME, Mme GARAYT Cécilia

Groupe "Dépistage, prise en charge et soins des personnes atteintes de troubles psychiques"

- ASSOCIATION DROMOISE TEMPO - OPPELIA, Mr CHAMBON Julien
- CG CELLULE DE CONCERTATION, Mme GENLINSO Michèle
- SERVICE REUSSITE EDUCATIVE, Mme GOYARD Florence
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE LE VALMONT, Mr ELDIN Claude
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE LE VALMONT, Docteur GRIGUER,
- RESEAU REHPsy, Mme SALSETTI Yvana
- VILLE VALENCE, DIRECTION SANTE FAMILLE ENVIRONNEMENT, Docteur Boige-Faure

2.SYNTHESE DES ECHANGES SUR L'INSERTION DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

Lors de l'analyse des entretiens, il est apparu indispensable de cliver les positions de chacun par rapport à la question de l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité. Selon que l'on soit patient, parent de patient ou professionnel de l'insertion ou de la santé mentale, les constats et les questionnements en la matière demeurent en partie différents et ne peuvent être confondus.

De ce fait, les attentes et perspectives de chaque « groupe d'acteurs » vis-à-vis de la mise en place d'un Conseil en Santé Mentale sont également spécifiques, et il est important de bien comprendre « *qui attend quoi* » afin ensuite de pouvoir répondre lors de la constitution du Conseil Local en Santé Mentale, de manière ciblée et appropriée à chacun, mais aussi afin de faire progresser la question de l'insertion des malades dans la cité

Pour chaque groupe, nous avons ainsi mis en exergue les principaux constats et attentes.

2.1 Le point de vue et les attentes des patients, des familles de patients

➤ **Diagnostic, « étiquetage » du patient et prise en charge**

L'un des problèmes importants qui peut se poser pour les patients est lié à des « erreurs » de diagnostic ou du moins à un « étiquetage » erroné des symptômes dont souffre le patient, ce qui peut entraîner une prise en charge inadaptée... Ainsi, les frontières entre la pathologie psychiatrique et les troubles neuro-développementaux ne sont pas toujours simples à établir, d'où des glissements possibles dans l'interprétation et la « classification » des symptômes.

A titre d'exemple, un parent participant au groupe évoque le cas de son enfant autiste, considéré depuis l'enfance comme ayant un trouble psychiatrique, et soigné comme un « patient psychiatrique » (notamment du point de vue médicamenteux). Or, à l'adolescence, ce patient est finalement reconnu comme autiste, suite à de nouveaux bilans, et non plus comme une personne souffrant d'une psychose : la prise en charge change alors complètement... Mais les parents s'interrogent sur les années perdues, le traitement inadapté et regrettent que le « bon » diagnostic n'ait pas été posé plus tôt, pour pouvoir faire « progresser » leur enfant avec

des moyens plus adaptés. Les autistes ont en effet des besoins spécifiques et leur prise en charge n'a pas de lien avec celle des psychotiques (avec des dimensions cognitives et sensorielles particulières en ce qui concerne les autistes).

Ces difficultés de diagnostic et d'étiquetage des patients ont un impact énorme sur la vie des patients, mais aussi sur la vie des familles, qui ne se projettent pas de la même façon dans l'avenir selon que leur enfant soit autiste ou psychotique.

Il y a ainsi une forte attente pour que la distinction entre les maladies psychiatriques et les troubles neuro-développementaux soit mieux intégrée par les professionnels, pour une prise en charge mieux adaptée des patients.

De la même manière la déficience intellectuelle, le « retard mental », ne peut être pris en charge comme une pathologie psychiatrique et nécessite une prise en charge spécifique.

➤ **Les parents, la mère : de la stigmatisation à la reconnaissance ?**

Les parents se sentent encore souvent culpabilisés par les professionnels, et les mères peut-être encore plus que les pères. On laisse encore souvent entendre aux mères semble-t-il que c'est à cause d'elles, de leur « personnalité », que leur enfant développe une pathologie psychiatrique. Cela ajoute à la douleur des parents et ne fait pas progresser la prise en charge des enfants. Il y a donc une forte attente de déculpabilisation des parents et aussi de prise en compte du fait que les mères et les pères ont un rapport différent à la maladie de leur enfant. Il faut sortir des représentations, parfois accablantes, sur les parents de personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi davantage considérer les parents comme des partenaires. Les parents se sentent encore trop souvent considérés comme un simple « support logistique » : ils sont sensés prendre en charge leur enfant malade (notamment lors des sorties d'hôpital), mais ils sont peu aidés dans cette tâche. Ainsi, les familles ne sont pas toujours prévenues lorsque leur enfant majeur sort de l'hôpital, ou lorsqu'une hospitalisation sous contrainte est nécessaire... Il semble ainsi qu'il y ait encore de nombreuses difficultés dans la « passation de relais » entre famille et hôpital, lorsqu'il s'agit de patients majeurs, considérés comme « autonomes », mais pourtant en grande difficultés parfois pour s'insérer ou se réinsérer seuls dans la cité.

Un des leviers de l'insertion est ainsi le lien affectif et étayant entre le patient et sa famille : lorsque ce lien est faible ou rompu, le malade est fortement fragilisé. Même s'il est difficile ou impossible aux parents de parler à la place de leur enfant, les familles, les parents, sont souvent

les plus à mêmes de faciliter une forme d'insertion dans la cité pour leur enfant, et elles souhaiteraient être davantage reconnues en tant que telles.

➤ **Les outils actuels d'insertion dans la cité : quelques points forts mais encore beaucoup de points faibles**

Les parents considèrent que l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité est à la fois une justice que l'on doit rendre aux malades, une nécessité, mais aussi une richesse pour les « non-malades » : la reconnaissance de la valeur, de l'intelligence des malades soit encore progresser dans la société.

Il existe déjà plusieurs points d'appui pour faciliter, améliorer l'insertion des malades dans la cité. Le Groupement d'Entraide Mutuel (GEM), qui aide les patients en termes de sociabilité, dans leur estime d'eux-mêmes, est un outil précieux en soi qui peut aussi constituer une passerelle vers d'autres formes de sociabilité.

Cependant, l'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques nécessite davantage de moyens en termes d'accompagnement, notamment au sein du logement. Les familles ont des attentes d'équipes mobiles de soins qui puissent véritablement et régulièrement intervenir à domicile pour aider le patient à suivre son traitement (notamment lorsque celui-ci est dans le déni de sa maladie, ou en phase de « crise » et de refus de soins). Bien souvent, les malades souhaitent vivre dans leur appartement, mais une totale autonomie est parfois impossible. Il faudrait donc des intervenants à domicile qui soient bien formés pour véritablement aider le patient à se maintenir dans de bonnes conditions dans son logement, et aussi pour repérer les signes avant-coureurs d'une crise, et notamment des professionnels de la psychiatrie, qui puissent régulièrement voir le patient à domicile.

Ces idées, déjà développées dans d'autres cadres et d'autres lieux et notamment dans le Livre Blanc de la Santé Mentale⁵, ou encore le rapport des Docteurs Roelandt et Piel de 2001⁶,

⁵ Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale – France. Auteur : Collectif Unafam et autres associations. Editions de Santé. Propositions présentées en juin 2001 par l'Unafam et ses partenaires

⁶ De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. Dr Eric PIEL, Dr Jean-Luc ROELANDT. Rapport de Mission - Juillet 2001. Mission « réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale » commanditée par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité (Mme Martine Aubry puis Mme Elisabeth Guigou) et la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés (Mme Dominique Gillot).en 2001

semblent ainsi importantes à considérer, pour faciliter la vie dans la cité des personnes atteintes de troubles psychiques.

➤ **L'insertion des malades dans la cité: entre une « normalité » impossible à atteindre et un besoin de tolérance face à une forte spécificité**

L'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques est une nécessité, pour autant, s'insérer ne veut pas toujours dire « avoir une vie normale ou ordinaire » pour les patients. Il est indispensable de reconnaître leur intelligence leurs compétences tout en respectant leur forte différence et leurs fragilités.

Pour que cette insertion soit possible et positive, il faudrait idéalement :

- encore mieux faire connaître les maladies mentales au grand public, afin d'améliorer la tolérance à leur égard
- renforcer l'aide aux malades pour accepter leur maladie, apprendre à vivre avec (en les aidant à prendre leurs traitements notamment), ce qui est un travail au long cours
- développer l'aide aux aidants, former les familles à aider leur enfant malade (les parents étant souvent en grandes difficultés avec leur enfant malade).

➤ **Les attentes vis-à-vis d'un futur Conseil Local en Santé Mentale (CLSM)**

Le CLSM pourrait être une réponse à plusieurs besoins. Il pourrait notamment être :

- une instance de coordination des différents partenaires autour des malades, pour un accompagnement des patients de proximité, régulier,
- une instance de formation et d'information des partenaires qui gravitent autour des patients (SAVS, bailleurs, familles, ...)
- une instance pour améliorer le lien entre familles et hôpital, pour améliorer la prise en charge à l'hôpital qui ne devrait pas être « que » de la « contention » des malades (l'hôpital constitue parfois un fort traumatisme pour certains patients qui ont peur d'y retourner : comment changer leur rapport à l'hôpital ?)
- une aide pour améliorer les conditions de l'hospitalisation sous contrainte
- ...Reste la question de la liaison en bus entre Valence et l'hôpital psychiatrique : le CLSM pourrait peut-être faire progresser ce point, qui n'est pas anecdotique. En effet, la distance physique à l'hôpital peut renforcer une éventuelle « distance symbolique », au niveau des

représentations des valentinois, patients et familles de patients, et la réduction de cette distance « symbolique » passe aussi peut-être un peu par la réduction de la distance physique grâce à une amélioration de la liaison en transports en commun.

2.2 Le point de vue et les attentes des professionnels de l'insertion

- **La société d'aujourd'hui est plus difficile pour les personnes souffrant de troubles psychiques qu'elle ne l'était autrefois, et elle est plus « pathogène » ?**

Plusieurs professionnels de l'insertion font le constat que la société est actuellement moins tolérante et moins « *contenante* » qu'elle ne l'a été pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Les exigences sociales, professionnelles de performance, de réussite se sont accrues et parallèlement l'étayage familial s'est réduit.

La question de l'insertion des malades dans la cité semble donc plus difficile, plus contrainte aujourd'hui, dans une société où les « *métiers simples* » ont disparu, où le niveau de formation des personnes s'est élevé, et où les attentes de performance se sont également accrues. Au-delà, notre société favoriserait la multiplication des ruptures, affectives, familiales, professionnelles, créant ainsi un terreau d'incertitude et d'anxiété sans doute favorable aux décompensations, à l'apparition de troubles mentaux.

La société étant devenue plus fragilisante pour les individus, il faudrait dès lors davantage développer le dépistage et la prévention dans le champ de la santé mentale. Il faudrait ainsi développer des outils pour mieux repérer et dépister les publics à risques, les personnes fragiles, et ce dès la maternité, dans les PMI, auprès des jeunes mères, ou encore avec les éducateurs de prévention, auprès des jeunes en situation de grande vulnérabilité socio-économique, ... Et cela afin d'éviter que les situations ne basculent défavorablement pour les enfants, les jeunes.

Reste qu'au-delà du dépistage, il semble que la société, dans son ensemble, continue à manquer de bienveillance par rapport aux personnes souffrant de troubles psychiques, voire est devenue plus excluante pour ces personnes...

- **Questions autour du lien entre prise en charge des malades mentaux et insertion**

Il y a peut-être des rigidités dans la prise en charge des personnes souffrant de maladies mentales, et notamment une dissonance entre la prise en charge des addictions et la prise en

charge des maladies mentales ou troubles psychiques. Dans la réalité des personnes, les deux problèmes peuvent être intimement imbriqués et on ne peut traiter l'un sans l'autre.

Par ailleurs, tout ce qui peut enfermer le malade dans la solitude, l'oisiveté (y compris dans le cadre de l'hospitalisation), ne semble pas très bénéfique à l'insertion : cela n'aide pas les personnes à vivre dans la cité, avec les autres, même de manière accompagnée.

Enfin, plus les patients sont restés longtemps à l'hôpital, plus ils ont besoin d'étayage pour s'insérer, se réinsérer dans la cité.

➤ **Les personnes souffrant de troubles psychiques nécessitent une insertion spécifique avec un accompagnement de la part de la famille, des professionnels de l'insertion, de partenaires spécialisés**

Notre société est de moins en moins tolérante face à la maladie mentale et cela se reflète aussi dans le type d'insertion que l'on propose aux malades : il faut qu'ils s'insèrent en devenant « *normaux* », comme s'ils n'étaient pas malades, en acceptant les mêmes exigences que les « bien portants ». On en arriverait parfois à une injonction d'insertion pour certains malades pour qui l'insertion est alors « *subie* ». Ainsi, certains malades sont-ils insuffisamment accompagnés dans leur logement, où en réalité ils ne peuvent vivre de manière complètement autonome. Parfois, ils sont accompagnés (SAVS, auxiliaires de vie), mais par des personnes peu ou pas formées, et leur vie quotidienne devient dès lors très difficile, voire chaotique, avec le risque de perdre son logement...

Il est possible qu'en milieu rural cet étayage soit plus facile à obtenir, notamment de la part du « médecin de famille »... En ville, cela reste très difficile, et l'accompagnement des malades vivant en ville est encore en dessous de la réalité des besoins.

De même, la société exige aussi souvent que les personnes en souffrance psychique qui « s'insèrent » dans la cité, intègrent la temporalité des « gens normaux », par exemple celle des dispositifs d'insertion professionnelle. Mais les malades vivent parfois dans une temporalité qui leur est propre et qu'il faut respecter pour que leur insertion - en tant que malades - soit possible (périodes de « crise », lenteur due à la maladie, etc...)

Ainsi, le travail non adapté, le « travail normal » peut-il amplifier les symptômes de la maladie, car le rythme et le niveau d'exigences sont trop élevés pour les malades et génèrent anxiété et frustration.

Par ailleurs, il faudrait développer dans le cadre du travail des formes d'accompagnement spécifiques. Les ESAT peuvent offrir cet accompagnement, permanent ou ponctuel, pour préparer ensuite une éventuelle orientation en milieu ordinaire. Mais les conditions de travail restent difficiles dans les entreprises ordinaires, pour de nombreuses personnes en souffrance psychique. Ainsi, pour une partie des malades un emploi « normal » est trop contraignant à tenir, mais il n'est pas facile de demander aux employeurs d'adapter les emplois, les postes à pourvoir, à ces publics...

Enfin, l'insertion est finalement d'autant plus difficile que le malade est dans le déni de sa maladie : il faut aussi accompagner et accepter ce déni, qui fait partie de la maladie, lorsque l'on veut « insérer » les malades dans la cité.

Les professionnels de l'insertion (notamment de l'insertion professionnelle) ne peuvent répondre à tout : il faut des professionnels de la médiation qui puissent apporter un étayage spécifique aux personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en début de parcours d'insertion. Il faut également parvenir à développer les échanges entre les professionnels de l'insertion, les familles de malades, et aussi les équipes médicales. La place de la famille est très importante : on le voit bien chez les jeunes non-malades qui, lorsqu'ils sont « abandonnés » ou rejetés par leurs familles, sont fortement fragilisés au plan psychique et démunis face à l'apprentissage de l'autonomie. A plus forte raison, lorsqu'il s'agit de personnes présentant des fragilités psychiques.

Il faut ainsi tout un entourage au patient pour que son insertion dans la cité puisse être effective. Les fausses solutions (ainsi, les « *détournement des dispositifs ciblés sur les publics précaires* »), n'aboutissent pas à une insertion satisfaisante, et laissent les patients dans un « entre-deux », une ambivalence, dans des parcours de recherche d'emploi par exemple, qui n'aboutissent pas...

➤ **Les attentes vis-à-vis d'un futur Conseil Local en Santé Mentale (CLSM)**

Le Conseil Local de Santé mentale pourrait être,

- une instance de coordination des partenaires sur Valence, un peu comme l'a été le réseau Raphaël, en complémentarité avec le SAVS,
- une ressource d'animation d'un réseau que l'on pourrait contacter en cas de problème avec un malade,
- une aide au développement de lieux d'accueil adaptés, d'appartements adaptés. Le CLSM peut être le porte-voix des besoins des patients pour créer davantage de résidences adaptées dans l'objectif de réellement insérer les malades en ville,
- une instance de dialogue et de négociation avec les bailleurs sociaux, pour obtenir davantage d'appartements adaptés et aussi le développement de nouvelles formules d'hébergement (exemple : un jeune « aidant » logé chez une personne âgée, ...). Ainsi, il est important d'entourer et d'aider les malades dans leur logement : dans le cas contraire, la totale « autonomie » peut mener à l'échec pour le malade et à une rupture de « *l'équilibre de peuplement* » pour tout l'immeuble. Il y a donc véritablement un travail à développer avec les bailleurs sociaux.
- un levier pour développer la Semaine d'Information en Santé Mentale et l'ouvrir davantage au grand public

2.3 Le point de vue des professionnels de la santé mentale

➤ La « *maladie mentale* » : enjeux autour des définitions, des représentations

Ce champ est vaste et ne recouvre pas les mêmes réalités pour tous les professionnels. Ainsi, les dépressions sont-elles incluses dans cette définition pour certains, mais moins pour d'autres... Le fait qu'il s'agisse d'un état temporaire et non d'une maladie chronique change tout au niveau du regard qui est porté sur elle : la dépression est relativement mieux tolérée par la société que les psychoses par exemple. Le « dépressif » est de ce fait peut-être mieux accepté et inséré que le « psychotique ».

Le fait qu'une pathologie soit chronique change complètement son image et mobilise d'autres acteurs, notamment les professionnels du médico-social.

Il y existe un lien aujourd'hui reconnu entre précarité sociale, souffrance psychique, dépression... qui elles-mêmes peuvent favoriser l'apparition d'une maladie. Il y a des liens à prendre en compte entre maladie et contexte socio-économique très défavorisé. Ce qui est ponctuel peut de même devenir chronique du fait de certains contextes de vie.

La notion de « maladie mentale » et les différentes maladies mentales créent des enjeux d'image et d'étiquetage entre les malades eux-mêmes, certains ne souhaitant pas se mélanger avec d'autres (à l'hôpital, dans les GEM, ...). Le décroisement peut paraître bénéfique (notamment du point de vue des soignants), mais tous les malades ne le souhaitent pas : pour s'insérer il faut peut-être pouvoir s'identifier avec des gens insérables ou déjà insérés...

La question de l'insertion des malades mentaux se pose avec d'autant plus de difficultés aujourd'hui que la société est devenue plus intolérante à la « maladie mentale »... Elle fait « désordre » et les gens vont se plaindre aux médecins, au maire... Pour qu'ils mettent fin au désordre.

Cependant, le « *malade mental* », la personne souffrant de troubles psychiques reste un « sujet » et c'est aussi un citoyen. Le malade n'est pas qu'un « malade »... Et cela pose la question de la libre-adhésion au traitement pour les acteurs hors champ de la psychiatrie : que faire lorsqu'une personne est dans le déni de sa maladie et qu'elle refuse les soins ? Faut-il attendre un épisode

de « crise aigüe » ? Comment aider un « sujet » qui ne se sent pas malade, mais qui détériore un environnement de vie ?

➤ **La question de la prise en charge des malades et de leur insertion : les difficultés repérées**

Il demeure une difficulté dans l'articulation entre les différents partenaires autour des malades, aujourd'hui peut-être insuffisante. De même, les attentes vis-à-vis de la psychiatrie publique demeurent très fortes : on demande à la psychiatrie de « *tout savoir faire* », même si tout ne dépend pas d'elle en réalité : le logement, l'emploi, la sociabilité, etc... La psychiatrie ne peut pas tout faire et elle ne peut pas tout « articuler » en termes de partenariat.

Il y a des contextes locaux où la prise en charge des malades est plus compliquée que d'autres. Ainsi en Drôme, il y a très peu de psychiatres libéraux : cela ne facilite pas les relais avec « la ville », et par voie de conséquence ne facilite pas l'insertion dans la cité.

Par ailleurs, la médecine de ville redoute parfois les patients suivis en psychiatrie, notamment lorsqu'ils sont aussi concernés par une addiction : ils peuvent avoir un effet « repoussoir » pour le reste de la patientèle... Il y a ainsi des malades qui sont devenus « *indésirables* » dans les cabinets de ville, cela ne facilite pas non plus leur suivi en ville et leur insertion dans la cité.

De même, La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, au plan somatique, en ville, est encore difficile. Il y a encore de patients suivis en CMP qui n'ont pas de médecin traitant. Même si l'espérance de vie des malades mentaux s'est améliorée, il reste toujours un écart important avec la population générale (15 à 20 ans de moins en moyenne). L'insertion dans la cité c'est aussi un bon accès à tous les soins.

En ce qui concerne l'hospitalisation sans consentement, il est également toujours très difficile de trouver des médecins de ville qui acceptent de s'y impliquer, cela ne facilite pas ces démarches, toujours douloureuses.

Pour éviter les situations de crise aigüe, qui mettent en danger le malade, son retour en ville, son insertion, il faudrait pouvoir intervenir le plus en amont possible. Les équipes mobiles de psychiatrie constituent peut-être une solution... Aujourd'hui les infirmiers des CMP peuvent se déplacer à domicile, mais cela ne suffit pas face à l'ampleur des besoins.

Certains malades sont asymptomatiques et sont surtout socialement repérés pour leurs toxicomanies : la « maladie », le « trouble » ne sont pas connus ou reconnus par eux-mêmes ou par leurs proches. Du fait de cette « identité » de toxicomane (malade alcoolique ou autre) qui masque tout le reste, il n'y a pas de prise en charge psychiatrique possible, ce qui réduit d'autant les chances d'une insertion réussie.

Une forte spécificité est à noter en ce qui concerne la prise en charge des enfants : la prise en charge en CMP implique parfois jusqu'à un an d'attente pour démarrer un suivi ... Cette attente est très difficile pour l'enfant, ses parents... Il faut parfois « gagner du temps » en aidant à financer des bilans dans le secteur libéral, afin de pouvoir poser un diagnostic dans un délai qui ait du sens à l'échelle de la vie de l'enfant. Chez les enfants et les jeunes enfants, la précocité de la prise en charge est ainsi primordiale... Mais les moyens font défaut.

➤ **Les outils de l'insertion des malades : le logement reste un pivot essentiel de l'insertion**

L'accès à un logement reste très difficile pour les patients souffrant de troubles psychiques, et c'est encore souvent cela qui empêche certaines sorties d'hôpital. Faute de logement, certains patients restent à l'hôpital alors que cela n'est pas justifié au plan thérapeutique.

Pour ceux qui sont déjà dans un logement, il y a parfois des difficultés à vivre de manière « autonome ». Toute la difficulté réside donc dans l'évitement de l'expulsion, qui mènerait le patient à « la rue ».

Enfin, ceux qui sont hospitalisés ne retrouvent plus leur logement, parfois, à l'issue de la période d'hospitalisation, qui se prolonge donc, faute de solution.

Le fait est que les liens avec les bailleurs sociaux ne sont pas toujours faciles : il y a une raréfaction du parc et il faut parfois se « rabattre » sur des agences immobilières privées qui sont beaucoup plus chères et qui ont des exigences élevées quant aux critères d'acceptation des personnes.

Par ailleurs, les bailleurs d'une manière générale, ne sont pas toujours des partenaires autour des malades et ils ne travaillent pas forcément dans le sens d'une amélioration du degré de tolérance des autres habitants... Reste que, souvent, les patients ont besoin d'un véritable accompagnement à domicile, faute de quoi leur situation et leur logement se précarisent et « l'insertion » tourne mal.

La question de l'insertion des malades en ville pose la question de leur autonomie. La réhabilitation psycho-sociale constitue un levier fort pour cette insertion et elle fait partie de la prise en charge psychiatrique, mais elle doit être couplée avec un accompagnement « *in situ* ». Il s'agit d'une autonomie accompagnée où le malade ne se retrouve pas seul avec toutes les contraintes inhérentes à la vie dans la cité. Si certains patients peuvent retrouver un degré « normal » d'autonomie (*recovery*) cela n'est pas le cas de tous... La réhabilitation psychosociale fait progresser les chances d'insertion des malades dans la cité, mais elle ne peut pas tout résoudre, notamment en matière d'accès et de maintien dans un logement.

Le statut de personne handicapée peut-être une aide si le patient en est d'accord, mais la MDPH ne statue pas *Ad vitae aeternam* : tous les ans, ce statut doit être revu... Cela n'est pas forcément simple (et donc aidant) pour les patients. Ce statut peut être utile pour les étudiants par exemple, mais il est considéré comme stigmatisant pour d'autres.

En ce qui concerne le travail en entreprises ordinaires, les employeurs sont très peu sensibilisés à la question des maladies mentales, du handicap psychique... Aux premières difficultés de la personne, ils la licencient... Il y a un vrai travail d'éducation et de sensibilisation à faire du côté des employeurs

➤ **Le futur Conseil Local en Santé Mentale (CLSM)**

Le Conseil Local de Santé Mentale ne fonctionnera pas comme « *une baguette magique* » et il ne s'agira pas d'une instance de coordination des différents acteurs, mais plutôt d'un lieu où les acteurs pourront se rencontrer et échanger. Cela permettra à chacun de mieux connaître et comprendre « *qui fait quoi* ».

Il y aura peut-être des pistes à explorer du côté de la formation des bailleurs sociaux, sur le mode des formations « adultes-relais » (qui ont été formés aux problématiques des adolescents et jeunes par la Direction Santé Famille Environnement de Valence).

Une meilleure insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité se fera avec tous les partenaires, et notamment avec la psychiatrie publique, qui devra peut-être se redévelopper davantage sur un mode ambulatoire.

Du côté des partenaires, il faut développer leur réactivité et leur capacité à se mettre en lien entre eux et avec la psychiatrie (repérage des premiers signes de « crise », pour éviter une rupture avec les soins, le logement, ...).

Reste que le secteur du soin et du médico-social sont confrontés à des problèmes de moyens, de budget qui sont très contraignants... Mais il n'y a pas que les moyens : il faut aussi changer certaines représentations, notamment chez les bailleurs sociaux, pour que la faisabilité et le sentiment de nécessité de l'insertion des malades en ville, notamment par le logement progresse.

3. CONCLUSION DE LA PARTIE QUALITATIVE

La question de l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiques, des « *malades mentaux* » dans la cité questionne plusieurs dimensions, définitions et représentations... Mais il apparaît que si l'on entend par « *malade mental* » une personne malade chronique qui a besoin de soins, au moins à certaines périodes de sa vie, on recentre cette problématique sur des personnes qui peuvent avoir de grandes difficultés d'insertion, notamment en ce qui concerne le logement et l'emploi, et aussi, sur des personnes qui sont moins bien acceptées, moins bien tolérées par la société. En effet, le « *dépressif* » semble un profil socialement banalisé, relativement accepté et qui fait en quelque sorte partie du « paysage » : son insertion ne fait pas vraiment débat, alors que les personnes psychotiques continuent à gêner, voire à effrayer une partie de la population ou des professionnels qui connaissent mal ces publics.

Par ailleurs, parler d'insertion questionne le type d'insertion souhaité et souhaitable pour les malades psychiques. Dans une société unanimement jugée comme moins tolérante et « incluante » pour les malades mentaux qu'elle ne l'a peut-être été autrefois, il peut exister une sorte d'injonction à l'insertion qui implique de faire table rase des différences et d'amener tous les individus, y compris les malades psychiques, à un même niveau, à une même forme de « normalité », une « normalité » compatible avec l'ordre social. Faute d'atteindre cette « normalité », le « *désordre* », des formes de « *déviance* » s'installent et c'est alors que les mécanismes de la non-insertion ou de la désinsertion des malades risquent de se mettre à l'œuvre : plaintes au maire, à la police, expulsion du logement, licenciement, ... Il faut rappeler que le risque majeur associé aux mécanismes de désinsertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques est, du fait de la perte de l'emploi, du logement et aussi souvent, de la perte des liens sociaux et familiaux, l'errance, « la rue »... Avec en corollaire un éloignement parfois total du soin.

L'enjeu premier de l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques est donc bien celui du maintien d'un lien : lien social, lien entre le soin et la vie dans la cité.

Familles, professionnels de l'insertion et professionnels du soin convergent ainsi sur l'idée que l'insertion des malades atteints de troubles psychiques dans la cité ne doit pas être construite sur les mêmes critères que l'insertion des « biens-portants ». Malgré des périodes de rémission,

malgré la compliance des patients au programme de soins, en cohérence avec la réhabilitation psychosociale, l'insertion doit être adaptée aux patients, selon leur état de santé psychique. Pour ce faire elle doit être accompagnée par des partenaires du champ médico-social, mais aussi par des acteurs du logement, de l'emploi.

Respect de la temporalité, de la fatigue et de la fragilité des patients sont ainsi indispensables à une véritable démarche d'insertion.

Au-delà de cette tolérance et de ce respect de la spécificité des malades psychiques qui impliquent notamment une forte sensibilisation du grand public et des partenaires, il s'agit aussi de s'entendre sur le rôle de la psychiatrie de secteur face à l'enjeu de l'insertion des malades. La psychiatrie est en charge du soin, mais elle ne peut tout gérer, articuler au plan de l'emploi, du logement, voire de « l'ordre public »... Sans compter que la démographie médicale drômoise faible en ce qui concerne les psychiatres libéraux, réduit les possibilités de s'appuyer ou de passer le relais à une médecine de ville souvent saturée et aussi, pas toujours désireuse de prendre en charge les patients chroniques qui peuvent faire peur, notamment dans les salles d'attente des médecins généralistes...

Il y a donc un réel partenariat à renforcer autour des patients qui sont en mesure de s'insérer en ville, mais ce n'est peut-être pas forcément à la psychiatrie publique de « coordonner » ce partenariat, dans le cadre d'un Conseil Local en Santé Mentale ou d'une autre instance d'ailleurs. Si un renforcement du suivi des malades en ambulatoire, voire à domicile, semble souhaité par tous, les moyens restent probablement faibles par rapport aux besoins, alors même que les moyens en accompagnement spécialisé, adaptés aux malades psychiatriques ne sont pas en expansion non plus. Pour autant, les contraintes de moyens ne doivent pas constituer un frein à la réflexion sur l'insertion des malades psychiques, même si elles doivent être prises en compte.

Enfin, la place et le rôle des familles de patients, dans les démarches d'insertion de ceux-ci, au sein de la vie de la cité, peuvent sûrement être encore mieux reconnus et valorisés, tout en prenant en compte les risques d'épuisement qui concernent tous les « aidants naturels » (et ce, quelle que soit la pathologie chronique des « aidés »). Les dispositifs de soutien aux patients et à leurs familles jouent ainsi un rôle majeur dans la facilitation de la vie dans la cité, comme le GEM Air Libre, mais aussi le réseau Rehpsy. Parallèlement à la question du logement et de l'emploi, celle du lien social (avec ce que cela implique en termes de convivialité, de possibilités d'entraide, d'échanges et d'ouverture au monde, ...) est toujours au cœur de l'insertion dans la cité des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Deux grandes pistes pour le futur Conseil Local en Santé Mentale de Valence peuvent être dès lors esquissées :

1/ Poursuivre et développer une réflexion avec tous les partenaires autour du type d'insertion souhaitable et possible pour les patients, selon leur état de santé psychique, avec l'idée que cette insertion ne doit pas être conditionnée à une exigence de « normalité » ou d'apparence de « normalité » qui mettrait les patients au même niveau que les « bien-portants ». L'insertion, pour être effective, doit prendre en compte les particularités des malades, leurs potentialités, mais aussi leur temporalité spécifique, leur fragilité et leur chronicité, et ce, aussi bien en matière de logement que d'emploi. Le malade est un sujet et un citoyen, avec des besoins spécifiques qui ne doivent pas être ignorés.

2/ Rassembler les partenaires autour de projets communs pour faire concrètement progresser les chances d'insertion des malades dans la cité. Professionnels du médico-social et bailleurs (notamment bailleurs sociaux) constituent la clé de voute de l'insertion des malades dans la cité, encore plus que l'emploi sans doute. La question de l'accès au logement et la question des moyens d'un accompagnement adapté des malades dans le logement sont ainsi indissociablement liées. L'adaptation et la stabilité du logement favorisant et facilitant l'accès au lien social, à une meilleure reconnaissance au sein de la cité.

Dans ce contexte, le service de santé publique de la ville de Valence constitue un atout important pour fédérer les partenaires autour du Conseil Local en Santé Mentale. Ainsi, la ville de Valence a organisé un séminaire lors de la semaine d'information sur la santé mentale, en mars 2014, afin de poser les bases du futur Conseil Local en Santé Mentale valentinois, avec l'ensemble des partenaires, et de les rassembler autour de ces questions.

Par ailleurs, le 10 décembre 2014, s'est concrétisé le projet d'un partenariat, déjà bien engagé, avec la psychiatrie publique, dans la perspective de rassembler les partenaires concernés et de les engager aux côtés de la ville de Valence et du Centre hospitalier Le Valmont pour œuvrer en concertation et en cohérence afin de déstigmatiser les personnes atteintes de troubles psychiatriques, de faire connaître les pathologies, de favoriser les diagnostics précoces et de faciliter les parcours des personnes souffrant de troubles psychiques. Plusieurs groupes de travail thématiques verront le jour dès 2014 pour tenter de répondre aux besoins évoqués dans le cadre du présent diagnostic.

ANNEXE

CHAPITRE V DE LA CIM 10

Liste des classes

- 1.1 (F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- 1.2 (F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- 1.3 (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- 1.4 (F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)
- 1.5 (F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- 1.6 (F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- 1.7 (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- 1.8 (F70-F79) Retard mental
- 1.9 (F80-F89) Troubles du développement psychologique
- 1.10 (F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- 1.11 (F99) Trouble mental, sans autre indication

(F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

- (F00) Démence de la maladie d'Alzheimer
- (F00.0) Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce
- (F00.1) Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif
- (F00.2) Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte
- (F00.9) Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision
- (F01) Démence vasculaire
- (F01.0) Démence vasculaire à début aigu
- (F01.1) Démence vasculaire par infarctus multiples
- (F01.2) Démence vasculaire sous-corticale
- (F01.3) Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale
- (F01.8) Autres formes de démence vasculaire
- (F01.9) Démence vasculaire, sans précision
- (F02) Démence associée à d'autres maladies classées ailleurs
- (F02.0) Démence de la maladie de Pick
- (F02.1) Démence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
- (F02.2) Démence de la maladie de Huntington
- (F02.3) Démence de la maladie de Parkinson
- (F02.4) Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- (F02.8) Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs
- (F03) Démence, sans précision
- (F04) Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives
- (F05) Delirium, non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives
- (F05.0) Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit
- (F05.1) Delirium surajouté à une démence
- (F05.8) Autres formes de delirium
- (F05.9) Delirium, sans précision
- (F06) Autres troubles mentaux, dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique
- (F06.0) État hallucinatoire organique
- (F06.1) Catatonie organique

- (F06.2) Trouble délirant organique (d'allure schizophrénique)
- (F06.3) Troubles organiques de l'humeur (affectifs)
- (F06.4) Trouble anxieux organique
- (F06.5) Trouble dissociatif organique
- (F06.6) Labilité (asthénie) émotionnelle organique
- (F06.7) Trouble cognitif léger
- (F06.8) Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique
- (F06.9) Trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique
- (F07) Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux
- (F07.0) Trouble organique de la personnalité
- (F07.1) Syndrome post-encéphalitique
- (F07.2) Syndrome post-commotionnel
- (F07.8) Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux
- (F07.9) Trouble organique de la personnalité et du comportement dû a une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision
- (F09) Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision

(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

- (F10.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
- (F11.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
- (F12.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
- (F13.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques
- (F14.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne
- (F15.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine
- (F16.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes
- (F17.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac
- (F18.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils
- (F19.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives

Utiliser les codes ci-dessus conjointement avec les derniers digits suivants :

- (.0) Intoxication aiguë
- (.1) Utilisation nocive pour la santé
- (.2) Syndrome de dépendance
Alcoolisme chronique
Dipsomanie
Toxicomanie
- (.3) Syndrome de sevrage
- (.4) Syndrome de sevrage avec delirium
- (.5) Trouble psychotique
- (.6) Syndrome amnésique
- (.7) Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive
- (.8) Autres troubles mentaux et du comportement
- (.9) Trouble mental ou du comportement, sans précision

(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

- (F20) Schizophrénie
- (F20.0) Schizophrénie paranoïde
- (F20.1) Schizophrénie hébéphrénique
- (F20.2) Schizophrénie catatonique
- (F20.3) Schizophrénie indifférenciée
- (F20.4) Dépression post-schizophrénique

(F20.5) Schizophrénie résiduelle
 (F20.6) Schizophrénie simple
 (F20.8) Autres formes de schizophrénie
 (F20.9) Schizophrénie, sans précision
 (F21) Trouble schizotypique
 (F22) Troubles délirants chroniques
 (F22.0) Trouble délirant
 État paranoïaque
 Paranoïa
 Paraphrénie (tardive)
 Psychose paranoïaque
 (F22.8) Autres troubles délirants persistants
 Dymorphopphobie délirante
 État paranoïaque d'involution
 Paranoïa quérulente
 (F22.9) Trouble délirant persistant, sans précision
 (F23) Troubles psychotiques aigus et transitoires
 (F23.0) Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
 (F23.1) Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
 (F23.2) Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
 (F23.3) Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
 (F23.8) Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
 (F23.9) Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision
 (F24) Trouble délirant induit
 (F25) Troubles schizo-affectifs
 (F25.0) Trouble schizo-affectif, type maniaque
 (F25.1) Trouble schizo-affectif, type dépressif
 (F25.2) Trouble schizo-affectif, type mixte
 (F25.8) Autres troubles schizo-affectifs
 (F25.9) Trouble schizo-affectif, sans précision
 (F28) Autres troubles psychotiques non organiques
 (F29) Psychose non organique, sans précision

(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)

(F30) Épisode maniaque
 (F30.0) Hypomanie
 (F30.1) Manie sans symptômes psychotiques
 (F30.2) Manie avec symptômes psychotiques
 (F30.8) Autres épisodes maniaques
 (F30.9) Épisode maniaque, sans précision
 (F31) Trouble affectif bipolaire
 (F31.0) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
 (F31.1) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
 (F31.2) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques
 (F31.3) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
 (F31.4) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
 (F31.5) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques
 (F31.6) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
 (F31.7) Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission
 (F31.8) Autres troubles affectifs bipolaires
 (F31.9) Trouble affectif bipolaire, sans précision
 (F32) Épisodes dépressifs
 (F32.0) Épisode dépressif léger
 (F32.1) Épisode dépressif moyen
 (F32.2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

(F32.3) Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
 (F32.8) Autres épisodes dépressifs
 (F32.9) Épisode dépressif, sans précision
 (F33) Troubles dépressifs récurrents
 (F33.0) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
 (F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
 (F33.2) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
 (F33.3) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
 (F33.4) Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
 (F33.8) Autres troubles dépressifs récurrents
 (F33.9) Trouble dépressif récurrent, sans précision
 (F34) Troubles de l'humeur (affectifs) persistants
 (F34.0) Cyclothymie
 (F34.1) Dysthymie
 (F34.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants
 (F34.9) Trouble de l'humeur (affectif) persistant, sans précision
 (F38) Autres troubles de l'humeur (affectifs)
 (F38.0) Autres troubles de l'humeur (affectifs) isolés
 (F38.1) Autres troubles de l'humeur (affectifs) récurrents
 (F38.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) précisés
 (F39) Trouble de l'humeur (affectif), sans précision

(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

(F40) Troubles anxieux phobiques
 (F40.0) Agoraphobie
 (F40.1) Phobies sociales
 (F40.2) Phobies spécifiques (isolées)
 (F40.8) Autres troubles anxieux phobiques
 (F40.9) Trouble anxieux phobique, sans précision
 (F41) Autres troubles anxieux
 (F41.0) Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)
 (F41.1) Anxiété généralisée
 (F41.2) Trouble anxieux et dépressif mixte
 (F41.3) Autres troubles anxieux mixtes
 (F41.8) Autres troubles anxieux précisés
 (F41.9) Trouble anxieux, sans précision
 (F42) Trouble obsessionnel compulsif
 (F42.0) Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
 (F42.1) Avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan
 (F42.2) Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
 (F42.8) Autres troubles obsessionnels-compulsifs
 (F42.9) Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision
 (F43) Réactions à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation
 (F43.0) Réaction aiguë à un facteur de stress
 (F43.1) État de stress post-traumatique
 (F43.2) Troubles de l'adaptation
 (F43.8) Autres réactions à un facteur de stress sévère
 (F43.9) Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision
 (F44) Troubles dissociatifs (de conversion)
 (F44.0) Amnésie dissociative
 (F44.1) Fugue dissociative
 (F44.2) Stupeur dissociative
 (F44.3) États de transe et de possession
 (F44.4) Troubles moteurs dissociatifs
 (F44.5) Convulsions dissociatives

(F44.6) Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
(F44.7) Trouble dissociatif [de conversion] mixte
(F44.8) Autres troubles dissociatifs [de conversion]
(F44.9) Trouble dissociatif (de conversion), sans précision
(F45) Troubles somatoformes
(F45.0) Somatisation
(F45.1) Trouble somatoforme indifférencié
(F45.2) Trouble hypocondriaque
Dysmorphophobie (non délirante)
Hypocondrie
Névrose hypocondriaque
Nosophobie
Peur d'une dysmorphie corporelle
(F45.3) Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
(F45.4) Syndrome douloureux somatoforme persistant
(F45.8) Autres troubles somatoformes
(F45.9) Trouble somatoforme, sans précision
(F48) Autres troubles névrotiques
(F48.0) Neurasthénie
(F48.1) Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation
(F48.8) Autres troubles névrotiques précisés
(F48.9) Trouble névrotique, sans précision

(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

(F50) Troubles de l'alimentation
(F50.0) Anorexie mentale
(F50.1) Anorexie mentale atypique
(F50.2) Boulimie (bulimia nervosa)
(F50.3) Boulimie atypique
(F50.4) Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
(F50.5) Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
(F50.8) Autres troubles de l'alimentation
(F50.9) Trouble de l'alimentation, sans précision
(F51) Troubles du sommeil non organiques
(F51.0) Insomnie non organique
(F51.1) Hypersomnie non organique
(F51.2) Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique
(F51.3) Somnambulisme
(F51.4) Terreurs nocturnes
(F51.5) Cauchemars
(F51.8) Autres troubles du sommeil non organiques
(F51.9) Trouble du sommeil non organique, sans précision
(F52) Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique
(F52.0) Absence ou perte de désir sexuel
(F52.1) Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel
(F52.2) Échec de la réponse génitale
(F52.3) Dysfonctionnement orgasmique
(F52.4) Éjaculation précoce
(F52.5) Vaginisme non organique
(F52.6) Dyspareunie non organique
(F52.7) Activité sexuelle excessive
(F52.8) Autres dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique
(F52.9) Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision
(F53) Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

(F53.0) Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
(F53.1) Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
(F53.8) Autres troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
(F53.9) Trouble mental de la puerpéralité, sans précision
(F54) Facteurs psychologiques ou comportementaux, associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs
(F55) Abus de substances n'entraînant pas la dépendance
(F59) Syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques

(F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

(F60) Troubles spécifiques de la personnalité
(F60.0) Personnalité paranoïaque
(F60.1) Personnalité schizoïde
(F60.2) Personnalité dyssociale
(F60.3) Personnalité émotionnellement labile
Personnalité agressive
Personnalité borderline
Personnalité explosive
(F60.4) Personnalité histrionique
(F60.5) Personnalité anankastique
(F60.6) Personnalité anxieuse (évitante)
(F60.7) Personnalité dépendante
(F60.8) Autres troubles spécifiques de la personnalité
Personnalité de type "haltlose"
Personnalité excentrique
Personnalité immature
Personnalité narcissique
Personnalité passive-agressive
Personnalité psycho-névrotique
(F60.9) Trouble de la personnalité, sans précision
(F61) Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité
(F62) Modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion ou à une maladie cérébrale
(F62.0) Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe
(F62.1) Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique
(F62.8) Autres modifications durables de la personnalité
(F62.9) Modification durable de la personnalité, sans précision
(F63) Troubles des habitudes et des Impulsivité|impulsions
(F63.0) Jeu pathologique
(F63.1) Tendance pathologique à allumer des incendies (pyromanie)
(F63.2) Tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie)
(F63.3) Trichotillomanie
(F63.8) Autres troubles des habitudes et des impulsions
(F63.9) Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision
(F64) Troubles de l'identité sexuelle
(F64.0) Transsexualisme
(F64.1) Éonisme, transvestisme, travestisme bivalent
(F64.2) Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
(F64.8) Autres troubles de l'identité sexuelle
(F64.9) Trouble de l'identité sexuelle, sans précision
(F65) Troubles de la préférence sexuelle
(F65.0) Fétichisme
(F65.1) Transvestisme fétichiste
(F65.2) Exhibitionnisme
(F65.3) Voyeurisme

(F65.4) Pédophilie
 (F65.5) Sado-masochisme
 (F65.6) Troubles multiples de la préférence sexuelle
 (F65.8) Autres troubles de la préférence sexuelle
 (F65.9) Trouble de la préférence sexuelle, sans précision
 (F66) Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle
 (F66.0) Trouble de la maturation sexuelle
 (F66.1) Orientation sexuelle égodystonique
 (F66.2) Problème sexuel relationnel
 (F66.8) Autres troubles du développement psychosexuel
 (F66.9) Trouble du développement psychosexuel, sans précision
 (F68) Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
 (F68.0) Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques
 (F68.1) Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice)
 (F68.8) Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte
 (F69) Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision

(F70-F79) Retard mental

(F70.-) Retard mental léger
 (F71.-) Retard mental moyen
 (F72.-) Retard mental grave
 (F73.-) Retard mental profond
 (F78.-) Autres formes de retard mental
 (F79.-) Retard mental, sans précision
 Utiliser les codes ci-dessus conjointement avec les derniers digits suivants :
 (.0) Déficience du comportement absent ou minime
 (.1) Déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
 (.8) Autres déficiences du comportement
 (.9) Sans mention d'une déficience du comportement

(F80-F89) Troubles du développement psychologique

(F80) Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage
 (F80.0) Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
 (F80.1) Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
 (F80.2) Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif
 (F80.3) Aphasie acquise avec épilepsie (Landau-Kleffner)
 (F80.8) Autres troubles du développement de la parole et du langage
 (F80.9) Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
 (F81) Troubles spécifiques des acquisitions scolaires
 (F81.0) Trouble spécifique de la lecture
 (F81.1) Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
 (F81.2) Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique
 (F81.3) Trouble mixte des acquisitions scolaires
 (F81.8) Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
 (F81.9) Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
 (F82) Troubles spécifiques du développement moteur
 (F83) Troubles spécifiques mixtes du développement
 (F84) Troubles envahissants du développement
 (F84.0) Autisme infantile
 (F84.1) Autisme atypique
 (F84.2) Syndrome de Rett

- (F84.3) Autres troubles désintégratifs de l'enfance
- (F84.4) Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- (F84.5) Syndrome d'Asperger
- (F84.8) Autres troubles envahissants du développement
- (F84.9) Trouble envahissant du développement, sans précision
- (F88) Autres troubles du développement psychologique
- (F89) Troubles du développement psychologique, sans précision

(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

- (F90) Troubles hyperkinétiques
 - (F90.0) Perturbation de l'activité et de l'attention
 - (F90.1) Troubles hyperkinétiques
 - (F90.8) Autres troubles hyperkinétiques
 - (F90.9) Trouble hyperkinétique, sans précision
- (F91) Troubles des conduites
 - (F91.0) Trouble des conduites limité au milieu familial
 - (F91.1) Trouble des conduites, type mal socialisé
 - (F91.2) Trouble des conduites, type socialisé
 - (F91.3) Trouble oppositionnel avec provocation
 - (F91.8) Autres troubles des conduites
 - (F91.9) Trouble des conduites, sans précision
- (F92) Troubles mixtes des conduites et des émotions
 - (F92.0) Troubles des conduites avec dépression
 - (F92.8) Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
 - (F92.9) Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision
- (F93) Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance
 - (F93.0) Angoisse de séparation de l'enfance
 - (F93.1) Trouble anxieux phobique de l'enfance
 - (F93.2) Anxiété sociale de l'enfance
 - (F93.3) Rivalité dans la fratrie
 - (F93.8) Autres troubles émotionnels de l'enfance
- Hyperanxiété
- Trouble de l'identité
- (F93.9) Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision
- (F94) Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou à l'adolescence
 - (F94.0) Mutisme électif
 - (F94.1) Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance
 - (F94.2) Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition
 - (F94.8) Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
 - (F94.9) Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision
- (F95) Tics
 - (F95.0) Tic transitoire
 - (F95.1) Tic moteur ou vocal chronique
 - (F95.8) Autres tics
 - (F95.9) Tic, sans précision
- (F98) Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence
 - (F98.0) Enurésie non organique
 - (F98.1) Encoprésie non organique
 - (F98.2) Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant
 - (F98.3) Pica du nourrisson et de l'enfant
 - (F98.4) Mouvements stéréotypés
 - (F98.5) Bégaiement
 - (F98.6) Bredouillement (langage précipité)

(F98.8) Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

(F98.9) Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision

(F99) Trouble mental, sans autre indication