

Diagnostic de santé mentale

Territoire d'Oyonnax-Bellignat-Arbent (01)

Réalisé dans le cadre du développement du Conseil Local de Santé Mentale d'Oyonnax-Bellignat-Arbent



Autrice

- PEUVERGNE Marina – Médiatrice réseaux en santé mentale – Coordination Santé Mentale de l'Ain – CPA

Sous la supervision de

- PEGON Guillaume – Responsable de la Coordination Santé Mentale de l'Ain – CPA

Contributeurs

L'ensemble du comité technique du CLSM d'Oyonnax-Bellignat-Arbent, à savoir :

- BERGER-BY Magali – Coordinatrice de l'ASV et du CLS d'Oyonnax-Bellignat-Arbent
- CHARVOLIN Laetitia – Cadre de Santé de Proximité au CMP d'Oyonnax – CPA
- COLLOD Charlotte – Chargée de mission – ARS AuRA
- FLORE Carmen – 1^{ère} Adjointe aux Affaires Sociales – Mairie d'Arbent
- GOULARD Jean-Pierre – Directeur Général des Services Adjoints – Mairie d'Oyonnax
- HARMEL Laurent – 1^{er} Adjoint aux Affaires Sociales et à la Santé – Mairie d'Oyonnax
- LE GLOU Julien – Directeur de la Politique de la Ville – Mairie d'Oyonnax
- PERRIN Marie-Hélène – Directrice Générale des Services – Mairie de Bellignat
- RAVET Véronique – Maire de Bellignat
- ROBIN Chantal – Adjointe aux scolaires – Mairie d'Arbent
- TUBERT Sonia – Directrice du CCAS – Mairie d'Oyonnax

Nous remercions l'ensemble des personnes ayant participé à la réalisation de ce diagnostic territorial et au temps qu'elle nous ont accordé.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	3
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 – MISE EN PLACE DU CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE A OYONNAX-BELLIGNAT-ARBENT	6
Emergence du CLSM sur les territoires d'Oyonnax-Bellignat-Arbent.....	6
Mise en œuvre du projet sur le territoire	6
PARTIE 2 – DIAGNOSTIC DE SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE	6
Définition de la santé mentale selon le PTSM de l'Ain	7
Les déterminants de la santé mentale	8
Diagnostic santé de l'Observatoire Régional de Santé	9
Diagnostic de santé mentale déployé dans le cadre du CLSM d'OBA	10
Méthodologie	10
Interprétation qualitative des entretiens.....	12
Les défis du XXIème siècle : un enjeu de santé mentale publique majeur	28
Conclusion	33
BIBLIOGRAPHIE.....	35
ANNEXES	38

GLOSSAIRE

ADESSA – Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Ain

AGBO – Association Gériatologique du Bassin d'Oyonnax

ANPAA – Association Nationale de Prévention et Alcoologie et Addictologie

ANRU – Agence Nationale de la Rénovation Urbaine

APAJH – Association pour Adultes et Jeunes Handicapés

ARS – Agence Régionale de Santé

ASV – Atelier Santé Ville

AuRA – Auvergne Rhône-Alpes

AVEMA – Aide aux Victimes et Médiation dans l'Ain

CCAS – Centre Communal d'Action Sociale

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

CHHB – Centre Hospitalier du Haut-Bugey

CHRS – Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

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

CLIC – Centre Local d'Information et de Coordination

CLS – Contrat Local de Santé

CLSM – Conseil Local de Santé Mentale

CMP – Centre Médico-Psychologique

COFIL – Comité de Pilotage

COTECH – Comité Technique

COSM01 – Coordination Santé Mentale de l'Ain

CPA – Centre Psychothérapique de l'Ain

CPEF – Centre de Planification et d'Education Familiale

CPIP – Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

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

CSP - Catégorie Socio-Professionnelle

DTSM – Diagnostic Territorial de Santé Mentale

EHPAD – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EME - Evénement Météorologique Extrême

EN – Education Nationale

GES – Gaz à Effet de Serre

GT – Groupe de Travail

LGBT – qui concerne les Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres

MAIA – Méthode d’Action pour l’Intégration des services d’aide et de soins dans le champ de l’Autonomie

MG – Médecin Généraliste

MIFE – Maison de l’Information sur la Formation et l’Emploi

OBA – Oyonnax-Bellignat-Arbent

ORCAE – Observatoire Régional Climat Air Energie

ORS – Observatoire Régional de Santé

PA – Personnes âgées

PASS – Permanence d’Accès aux Soins de Santé

PCAET – Plan Climat Air Energie Territorial

PMI – Protection Maternelle Infantile

PMR – Personnes à Mobilité Réduite

PPR – Plan de Prévention des Risques

PRE – Programme de Réussite Educative

PNRU – Programme National de Rénovation Urbaine

PTSM – Plan Territorial de Santé Mentale

QPV – Quartier Politique de la Ville

RAM – Relais Assistantes Maternelles

RS – Réseaux Sociaux

SIAO – Service Intégré d’Accueil et d’Orientation

SPIP – Service Pénitentiaire d’Insertion et de Probation

TIG – Travaux d’Intérêt Général

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

Il est alors apparu nécessaire de réaliser un diagnostic territorial de santé mentale. Celui-ci permettra de mettre en avant les ressources locales, les besoins exprimés par les acteurs du territoire, et les problématiques de santé mentale qu'ils ont pu identifier auprès de la population qu'ils accompagnent au quotidien. Nous verrons au cours de ce diagnostic que les problématiques identifiées sont partagées par l'ensemble des professionnels.

Ce document constitue une introduction au développement opérationnel du CLSM sur les territoires d'Oyonnax-Bellignat-Arbent. Il aborde le cadre de déploiement du CLSM, détaille l'état des lieux en santé mentale et les différents axes de travail qui en découlent.

PARTIE 1 – MISE EN PLACE DU CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE A OYONNAX-BELLIGNAT-ARBENT

Emergence du CLSM sur les territoires d'Oyonnax-Bellignat-Arbent

En 2019, les villes d'Oyonnax-Bellignat-Arbent se sont engagées dans la mise en place d'un Contrat Local de Santé (CLS) pour une durée de 3 ans (2019-2022).

Accompagné par la Coordination Santé Mentale de l'Ain, ce CLS a fait de la santé mentale une de ses priorités en y inscrivant un axe « promotion et coordination de la santé mentale », qui inclut le développement et la structuration d'un Conseil Local de Santé Mentale.

Le choix de vouloir mettre en place un CLSM sur le territoire du Haut-Bugey a été pensé au regard du diagnostic local Santé élaboré par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) en 2017, et du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Il permettra aussi de :

- Favoriser les interfaces entre les institutions publiques, les établissements, les services sociaux et médico-sociaux, les bailleurs, les associations culturelles et sportives, les associations d'usagers et de quartiers
- Renforcer la synergie entre les professionnels du territoire
- Renforcer la coordination et les concertations entre les professionnels d'un même champ d'intervention
- Faire émerger des actions répondant aux problématiques identifiées, et adaptées à la population visée afin d'améliorer leur santé mentale et globale
- Développer le soutien méthodologique auprès des acteurs
- Permettre aux professionnels d'identifier les compétences de chacun, et leurs limites dans le cadre de leurs missions
- Promouvoir la santé mentale dans une stratégie intersectorielle

Une médiatrice de réseaux en santé mentale a alors été recrutée par le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) en concertation avec l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS AuRA), afin d'opérationnaliser le développement et la coordination du CLSM d'Oyonnax-Bellignat-Arbent (OBA).

Mise en œuvre du projet sur le territoire

Les personnes impliquées et engagées à développer un CLSM, dans le cadre du CLS, se sont réunies lors d'une première réunion de cadrage en septembre 2020. Etaient réunis des représentants de la ville d'Oyonnax, de Bellignat et d'Arbent, la coordinatrice de l'ASV et du CLS, l'ARS, et la Coordination Santé Mentale de l'Ain.

Cette réunion a permis aux différents membres impliqués dans le développement du CLSM de se rencontrer, d'aborder la question de la santé mentale, et le dispositif CLSM. C'est lors de cette rencontre que l'ensemble des personnes présentes ont fait le choix de réaliser un diagnostic de santé mentale au niveau de ces trois territoires. La médiatrice de réseaux en santé mentale a été chargée de réaliser ce diagnostic.

PARTIE 2 – DIAGNOSTIC DE SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE

Réaliser un diagnostic de santé mentale a dans un premier temps demandé de s'accorder sur la définition de la santé mentale. C'est pour cela que nous en proposons une ci-dessous. Celle-ci reprend la définition proposée dans le Diagnostic Territorial de Santé Mentale (DTSM) qui a été réalisé dans le

cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Ain. Ce PTSM regroupe l'ensemble des acteurs de l'Ain. La définition proposée fait alors consensus sur ce territoire.

Définition de la santé mentale selon le PTSM de l'Ain

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

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

La santé mentale recouvre trois dimensions¹ (Pégon, 2011) :

- **Les troubles mentaux ou troubles psychiques**, qui peuvent être caractérisés par un diagnostic médical basé sur des manuels de référence. Ils correspondent à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées, répondant à des troubles de durées variables, plus ou moins sévères et handicapants. Se manifestant sous différentes formes, ils se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec soi-même comme avec autrui. Parmi les différents troubles mentaux, nous retrouvons les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, ainsi que les troubles du développement, y compris l'autisme.
- **La souffrance psychique ou détresse psychologique**, que l'OMS définit comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. C'est la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. » Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la santé mentale (souffrance extrême, incapacitante, invalidante, aliénante). Elle peut se manifester par des états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, ou encore les troubles dépressifs. La souffrance professionnelle, le stress, les troubles psychosomatiques, font partie

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

des formes de mal-être incluses dans cette notion. Lorsque cette détresse psychologique est liée à une causalité sociale, elle est appelée **souffrance psychosociale (ou souffrance psychique d'origine sociale)**. La clinique psychosociale considère toutes les situations qui engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail, perte de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation. La « clinique psychosociale » est à la croisée de la psychiatrie et du social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des objets sociaux (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : nous nous trouvons dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des « objets sociaux » et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

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

La santé mentale s'appréhende aujourd'hui comme un continuum allant d'un pôle « positif » (santé mentale positive, bien-être) à un pôle « négatif » (mal-être / souffrance psychique / troubles psychiques / handicap psychique) (Centre d'analyse stratégique, 2009).

Cette conception considère que la santé mentale est une ressource susceptible de s'épuiser à force d'expositions répétées à des paramètres socio-environnementaux, sources de fortes tensions (stresseurs). Elle pousse aussi à agir dans une logique de **prévention et de promotion de la santé** (Santé publique France, 2017), sur la réduction de ces paramètres et sur l'augmentation de la capacité des individus et des collectivités à y faire face.

Les déterminants de la santé mentale

Nombreux sont les déterminants de la santé mentale. On peut identifier (Minds lab, 2019) :

- **Les facteurs individuels**, spécifiques à l'individu, qui incluent la santé physique, l'intelligence émotionnelle et sociale, les facteurs génétiques, le genre
- **Les facteurs économiques et sociaux**, qui indiquent le positionnement économique et social de l'individu au sein de sa communauté. Ils incluent la situation économique (niveau d'éducation, revenu, emploi, conditions de travail, dettes), les proches, la vie sociale (famille, amis, communauté, collègues), les expériences négatives dans les premières années de la vie
- **Les facteurs sociétaux**, qui renvoient aux *infrastructures et à l'environnement de vie* (sécurité, absence de violence, accès à l'eau et sanitaires, logement, sentiment de confiance dans le

quartier, environnement urbain, espaces verts) ; *aux politiques sociales et économiques* mises en place vis-à-vis d'une problématique (par exemple perte d'emploi, problème de santé, gestion de la parentalité)... il s'agit des politiques influençant l'auto-détermination de l'individu, soit son sentiment de contrôle sur sa propre destinée ; à *la culture* (valeurs et attitudes partagées dans une société, croyances, préjugés, discriminations, application des droits humains)

La figure suivante reprend l'ensemble des déterminants de la santé, dont la santé mentale.

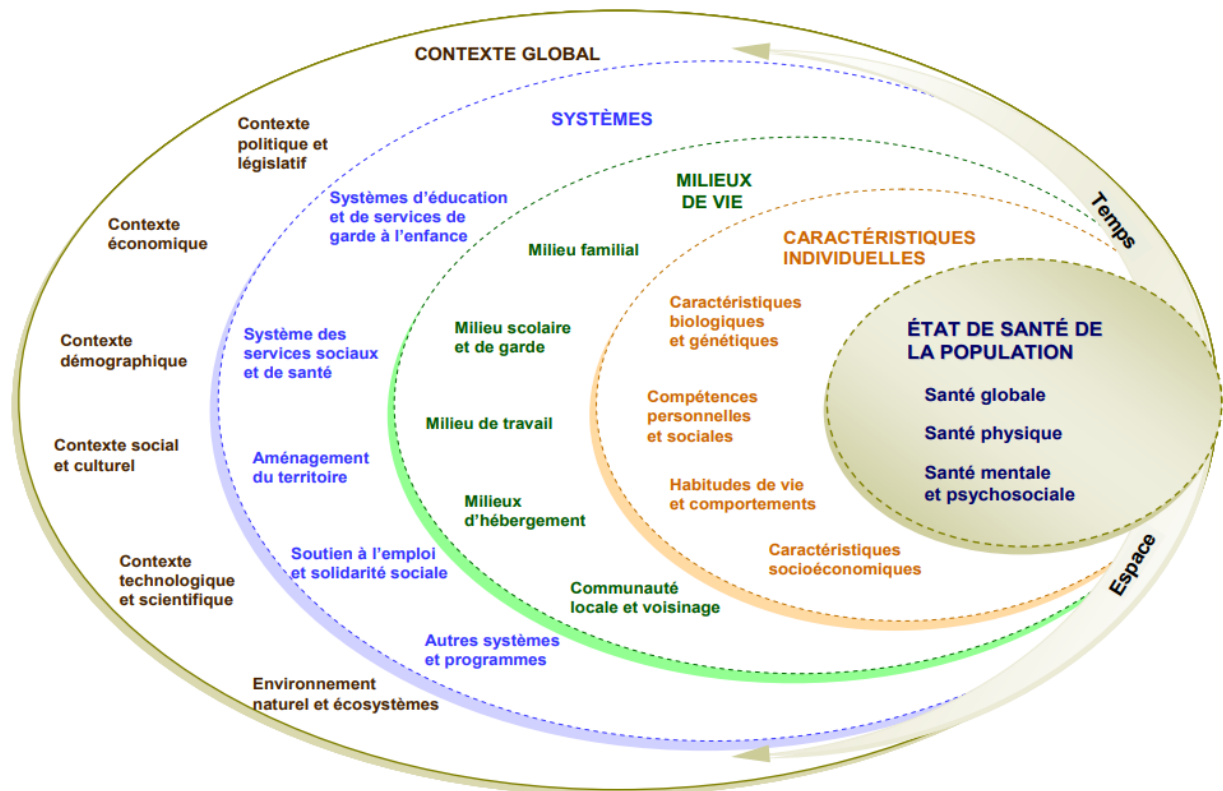


Figure 1 : Déterminants de la santé selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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

Il est donc possible d'agir à différents niveaux : individuel, familial, communautaire, structurel, populationnel. Une approche populationnelle est recommandée (particularité de chaque groupe social : +/- vulnérables, discriminés, par âge, catégorie socio-professionnelle...), tout en sachant que plus on agit tôt, plus les bénéfices sociétaux seront importants.

La promotion de la santé mentale vise essentiellement les déterminants sociaux, lesquels articulent différentes politiques publiques, d'où l'intérêt des CLSM en France.

Diagnostic santé de l'Observatoire Régional de Santé

Dans le cadre du CLS, un diagnostic local de santé a été élaboré par l'ORS en 2017 sur le territoire d'OBA (ORS Rhône-Alpes, 2017).

Ce diagnostic reprend les données sociodémographiques, l'offre et le recours aux soins, l'état de santé, les données environnementales, avec un focus sur les quartiers prioritaires d'un point de vue quantitatif. Pour le versant qualitatif, l'ORS s'est penché sur les ressources de santé et la dynamique local, et s'est intéressé à la petite-enfance et l'enfance, aux adolescents et aux jeunes, aux adultes, et aux personnes âgées.

Nous ne reprendrons pas ici en détail les différents éléments mis en évidence dans le diagnostic de l'ORS. Toutefois, nous proposons en annexe 1 un tableau récapitulatif des éléments abordés par l'ORS en lien avec la santé mentale. Le champ de la santé mentale a été pris en compte, mais pas de façon assez approfondie.

Afin de compléter ce diagnostic et de répondre à l'objectif premier des CLSM, qui est d'être un observatoire en santé mentale, l'ensemble des membres engagés dans le développement du CLSM (comité technique) a reconnu la nécessité de mettre en place un diagnostic de santé mentale sur le territoire d'OBA.

Diagnostic de santé mentale déployé dans le cadre du CLSM d'OBA

L'état des lieux proposé ci-dessous a été réalisé par la médiatrice de réseaux en santé mentale de la COSM01 - coordinatrice du futur CLSM, avec l'appui des membres du comité technique.

Méthodologie

Objectifs

Le premier objectif de ce diagnostic est de recueillir la parole de l'ensemble des acteurs du territoire d'OBA ayant un rôle à jouer en santé mentale, et d'identifier :

- Les structures et dispositifs présents sur le territoire (ressources locales)
- Les problématiques et les besoins des acteurs rencontrés
- Les problématiques de santé mentale identifiées auprès de leur public cible

Le second objectif de ce diagnostic est de présenter l'impact des « défis du XXIème siècle » sur la santé mentale d'une population, et les différentes initiatives actuelles du territoire et de ses acteurs pour y faire face.

Population interviewée

Cinquante-sept représentants de structures et/ou de dispositifs qui interviennent sur ce territoire ont été contactés. Parmi eux, quarante-cinq ont donné suite à notre sollicitation.

La majorité des professionnels ont été identifiés grâce au tableau Excel –réalisé dans le cadre de l'ASV -recensant les différentes structures intervenant sur ces territoires. Les autres professionnels ont été identifiés par une recherche Internet, ou grâce au réseau partenarial.

Les professionnels rencontrés interviennent dans le domaine éducatif, social, médico-social, psychiatrique, sanitaire, et judiciaire. Il s'agit d'acteurs engagés dans le champ de l'addiction, du logement, de l'accès aux droits, de la scolarité, de la protection judiciaire, de la cohésion sociale et de la solidarité, de la politique de la ville, de la parentalité, de la sexualité, du soin, de la psychiatrie, du handicap, des associations d'aidants, du bien-vieillir, de la petite-enfance, de l'enfance et de l'adolescence, des personnes en situation de précarité.

En plus, nous avons rencontré le Conseil citoyen d'Oyonnax. Le conseil citoyen est composé de personnes qui habitent, travaillent ou sont en lien avec les quartiers politique de la ville. « L'ambition du conseil citoyen est de permettre aux habitants de contribuer à la construction de leur quartier »

(Fédération des centres sociaux de l'Ain & DDCS). Il s'agit d'une instance de démocratie participative et inclusive, où la parole des citoyens compte autant, voire plus, que celle des professionnels.

Pour voir l'ensemble des acteurs rencontrés, se référer à l'annexe 2.

Outils d'enquête

Pour répondre au premier objectif de ce diagnostic, nous avons fait le choix de privilégier des entretiens semi-directifs afin d'entrer dans une **logique de compréhension** et d'analyse des besoins des professionnels ; et des problématiques auxquelles font face leur public.

Les items abordés dans le guide d'entretien (annexe 3) sont présentés ci-dessous :

- Introduction rappelant la définition de la santé mentale et le mode de fonctionnement d'un CLSM
- Présentation de la structure/dispositif représenté par le professionnel : domaine d'intervention, missions générales, public cible
- Problématiques rencontrées (en tant que professionnel, et en terme de santé mentale auprès de leur public)
- Actions mises en place et/ou envisagées à ce jour pour répondre aux problématiques
- Problématiques restées sans réponses/pas d'action mise en place pour y répondre
- Investissement envisagé par la structure dans le cadre du CLSM

La démarche d'étude est donc **qualitative**. Les données décrites relèvent de la perception des professionnels rencontrés vis-à-vis des situations auxquelles ils font face. Il ne s'agit en aucun cas de données quantitatives descriptives. Elles n'indiquent en aucun cas la prévalence d'une problématique (elles ne nous permettent pas de définir un nombre de personnes concernées). Les données recueillies permettent en revanche de mettre en évidence les facteurs qui influencent la santé mentale des individus sur ces territoires et sur lesquels il est possible d'agir.

En complément, une revue de la littérature grise et de la littérature scientifique a été réalisée afin de renseigner certaines données transmises par les professionnels lors des entretiens.

Concernant le deuxième objectif du diagnostic abordant les « défis du XXIème siècle », une revue de la littérature grise et scientifique a été faite. Les initiatives déployées sur le territoire ont été recensées par une recherche documentaire et par deux interviews menées auprès de Madame Le Maire de Bellignat, et du Directeur Politique de la Ville à Oyonnax. Les thématiques liées au changement climatique, à la pollution atmosphérique, à la mobilité, au risque terroriste, à l'exclusion sociale, aux inégalités économiques, aux crises migratoires, et aux crises sanitaires ont été abordées. Le Plan de Rénovation Urbaine actuellement en cours a aussi été évoqué.

Passation

Les professionnels ont été contactés fin septembre- courant octobre 2020. Ils ont été rencontrés entre octobre 2020 et février 2021.

Les entretiens ont été pour certains individuels (représentant de l'équipe et/ou de la structure) ou collectifs (présence de l'ensemble des membres de l'équipe et/ou de la structure).

Les entretiens ont eu lieu en présentiel (dans la structure du professionnel ou bien dans celle de l'enquêtrice), ou par téléphone, ou en visioconférence, compte-tenu du contexte de passation (confinement en novembre 2020 dû à la crise sanitaire liée au coronavirus).

Cette crise eu un impact majeur, tant chez le grand public que dans la façon de travailler des professionnels. Ce contexte est à prendre en compte dans la lecture des éléments recueillis.

Limites méthodologiques

Bien que nous ayons cherché à contacter l'ensemble des professionnels qui interviennent sur le territoire, il se peut que nous en ayons omis certains. Aussi, douze établissements n'ont pas donné suite à notre demande de rencontre. Ce diagnostic n'est donc pas exhaustif et ne reflète pas la totalité des problématiques que peuvent rencontrer les professionnels du territoire, bien que les problématiques évoquées par l'ensemble des professionnels interrogés soient partagées.

Interprétation qualitative des entretiens

L'ensemble des entretiens réalisés sur le territoire d'OBA répondant à l'objectif 1 a permis d'avoir une vision globale de la perception qu'ont les professionnels des problématiques qu'ils rencontrent, et du public qu'ils suivent en termes de santé mentale.

Des conduites addictives courantes

L'ensemble des professionnels a identifié la problématique de l'addiction chez leurs publics. Au sein de ces publics, nous retrouvons une diversité importante de statuts socio-économiques, de sexes, d'âges, de lieux de résidence, de parcours de vie.

L'addiction concerne à la fois les produits psychoactifs – *avec substances* (tabac, alcool, cannabis, médicaments, drogues « dures »), et les addictions comportementales – *sans substances* - en lien avec les écrans (réseaux sociaux, jeux-vidéos, séries) et les jeux d'argent et de hasard.

Pour l'addiction avec substances :

- ***Une consommation de substances psychoactives présente sur le territoire***

L'ensemble des professionnels du champ de l'addiction et intervenant auprès des jeunes (adolescents et jeunes adultes) sont interpellés par la consommation excessive de produits de tout genre par ce public. En effet, nombreux sont ceux qui consomment du tabac, du cannabis, de l'alcool, mais aussi de nouvelles substances « à la mode » telles que la cigarette électronique, la chicha, et le protoxyde d'azote.

Dans ce cadre, des structures proposent différents temps d'échanges et de sensibilisation avec les parents et les jeunes. L'ADESSA tient par exemple un stand Moi(s) sans Tabac et un projet « Prévenons les consommations à Oyonnax ».

La consommation de produits excessive semble freiner l'insertion socio-professionnelle des jeunes adultes, de plus en plus nombreux à avoir des difficultés à trouver un emploi. Cette perception des professionnels est confirmée par la littérature à ce sujet (Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2016).

Les conduites addictives avec substances concernent aussi les personnes en situation de grande précarité, qui consomment en plus du tabac de l'alcool et des drogues (cannabis, médicaments). Cette addiction est telle que certains consommateurs n'arrivent plus à payer leurs factures ou à se nourrir correctement. Il s'agit d'un constat partagé par l'ensemble des professionnels français intervenant auprès de ce public (FNARS & Fédération Addiction, 2015).

Une permanence de l'assistante sociale de l'ANPAA à la MIFE facilite le travail partenarial entre les professionnels ; et l'accessibilité aux soins pour le public concerné (nécessitant ou exprimant le besoin d'un suivi en addictologie).

- ***Une méconnaissance des méfaits des substances psychoactives chez plusieurs jeunes***

La relation et la sensibilisation à la consommation des produits psychoactifs se révèle compliquée pour certains professionnels du social. En effet, ils nous confient que beaucoup de jeunes ne sont pas réceptifs aux dangers de l'alcool, ni à la notion de risque.

- ***Une relation entre addictions et handicap psychique***

De nombreux jeunes vivant dans les QPV de la ville consomment très régulièrement des stupéfiants selon les professionnels intervenant auprès de cette population. Ces derniers ont aussi observé une apparition de plus en plus précoce de problèmes de santé mentale. La littérature a en effet largement démontré qu'il existe un lien (pathologies associées ou duelles – comorbidités) entre addictions et troubles psychiques. Cette observation a aussi été relevée pour les personnes vivant en CHRS, en maisons relais, et pour les migrants.

- ***Un recours aux soins en addictologie non-systématique***

De nombreuses personnes consommatrices ne souhaitent pas recourir aux soins. En effet, pour les personnes en situation de précarité, la priorité est de couvrir leurs besoins primaires (se nourrir, trouver un hébergement). Une des difficultés que rencontrent les accompagnants sociaux est de faire prendre conscience aux résidents de leur consommation actuelle, et de les accompagner dans l'acceptation au soin.

Il en est de même pour les personnes âgées résidant dans des établissements pour personnes âgées. Certaines personnes consomment de façon excessive de l'alcool, et refusent de se faire soigner. Pour celles ayant bénéficié d'un suivi auparavant, il y a une rupture qui s'installe. D'autre part, il semblerait que le soin soit associé à la folie pour ces personnes, ce qui constitue un frein dans le recours aux soins.

Le territoire est muni d'un CSAPA qui est porté par l'ANPAA. L'association est à ce jour en recherche active de nouveaux locaux plus adaptés pour faciliter l'accès aux soins.

D'autre part, parmi les personnes qui viennent consulter, les hommes sont plus nombreux que les femmes. Cette donnée peut s'expliquer par le fait que la prise de drogues est aujourd'hui essentiellement vue comme une problématique concernant les hommes (Pelet, 2010). La consommation de drogues par les femmes est souvent plus stigmatisée et rencontre une désapprobation sociale plus grande, en particulier si la femme a des enfants (Fattore, Altea, & Fratta, 2008). Les obstacles au recours aux soins sont variables : responsabilité liée au couple-enfant, grossesse, peur de perdre la garde des enfants, niveau d'éducation moindre, problèmes économiques, prostitution (Greenfield et al., 2007).

Précisons que l'existence d'un groupe de parole porté par l'association Alcool Assistance constitue une ressource pour les personnes qui souhaitent parler de leur situation.

- ***Des conduites addictives influencées par l'environnement de vie***

Le cadre de vie, les inoccupations journalières, l'influence des pairs, le trafic de drogues et la facilité à s'en procurer, les espaces de rassemblement dédiés aux jeunes... sont autant de facteurs défavorables au sevrage tabagique, même pour les individus ayant déjà bénéficié d'un suivi en addictologie.

D'autre part, il a été noté que certains pères de familles tombent dans l'addiction aux stupéfiants et aux jeux. Certains parents consommeraient des substances psychoactives avec leurs enfants. Une situation familiale précaire est favorable à ces conduites addictives.

Ces données mettent en avant le pouvoir de l'environnement social, qui influence nos comportements dans l'accès aux substances psychoactives, et qui impacte le recours et le parcours de soin.

Pour l'addiction sans substances :

- ***Des personnes en situation de précarité qui jouent régulièrement aux jeux d'argent***

Les professionnels du social qui accompagnent les plus démunis remarquent qu'une grande partie d'entre eux jouent régulièrement à des jeux d'argent, que ce soit en ligne ou dans les PMU. Ceci est une réelle problématique car la majorité de leurs revenus y passent, et parce que cela renforcerait leur isolement.

Les études ont d'ailleurs montré que la consommation de jeux d'argent et de hasard « offre une échappatoire aux frustrations économiques parce qu'elle se présente comme une voie alternative à la fois d'enrichissement mais aussi de prise de risque, ce qui peut conduire à des pertes de contrôle. L'addiction au jeu résulte paradoxalement d'un désir de contrôle sur son destin social de la part du joueur en situation de précarité : le jeu a d'autant plus de chances de déboucher sur une addiction que le joueur y investit un espoir important d'amélioration de ses conditions de vie » (Amadiou, 2015).

- ***Une proximité avec les écrans dès le plus jeune âge***

Dès l'âge de quatre ans, les enfants entretiennent une relation forte avec les écrans. Pour les plus jeunes, ils semblent nombreux à jouer à des jeux-vidéos violents dont l'âge minimal conseillé est de 18 ans. La pratique de ces jeux-vidéos peut générer des conduites violentes chez l'enfant. Cette problématique est traitée dans le cadre de l'ASV, notamment par la mise en place d'actions de sensibilisation auprès des familles. L'addiction aux jeux-vidéos concerne aussi certains adultes, notamment en situation de précarité, qui dépensent parfois de l'argent dans ces jeux pour gagner en niveau.

- ***Une « consommation » des réseaux sociaux qui a des effets délétères***

Les adolescents sont davantage axés sur les réseaux sociaux (RS) et les jeux en réseaux. Cela peut parfois entraîner du cyber-harcèlement (faux comptes créés sur les RS, diffusion de photos sensibles, insultes envers des élèves ou professeurs). Une utilisation excessive peut générer des troubles de santé mentale telles que de la dépression et de l'anxiété (« L'impact des réseaux sociaux sur la santé des jeunes », 2020). Les RS renforcent également les normes de beauté valorisées par la société. Si le jeune ne correspond pas aux critères, cela peut diminuer son estime personnelle, sa confiance en soi... ce qui peut par la suite avoir de lourdes conséquences en termes de santé mentale.

Selon certains professionnels, les parents n'ont pas conscience des dangers des réseaux sociaux.

Des relations affectives et familiales fragilisées

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

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

- « **L'exercice de la parentalité** englobe tous les droits et devoirs d'un parent (distinct du géniteur) envers un enfant. On peut exercer la parentalité, c'est-à-dire offrir à un enfant

ce qui a trait aux devoirs des parents, sans pour autant être reconnu de la filiation de cet enfant.

- **L'expérience subjective de la parentalité** est l'axe de la dimension psychique. Il questionne le processus maturatif et les principes en jeu lorsque l'on devient parent et prend en compte la dimension affective et sentimentale de la parentalité.
- **La pratique de la parentalité** relève des tâches et soins quotidiens apportés à un enfant par un parent ou un autre adulte en situation parentale. La pratique de la parentalité est ancrée dans un contexte culturel qui va l'orienter et la normaliser.

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

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

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

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

- ***Une communication parfois difficile entre parents et enfants, et avec les professionnels de l'Education Nationale***

Les professionnels de l'Education Nationale (EN) ont dû mal à entrer et à garder le contact avec certaines familles. Certains parents semblent détachés, peu réceptifs aux difficultés de leurs enfants. Ils auraient du mal à s'en saisir. Cette relation fragile peut s'expliquer par la difficulté à maîtriser totalement le langage chez ces parents, et de leur non-connaissance des codes liés à l'environnement scolaire. Le désaccord entre l'EN et certaines familles quant à l'orientation de l'élève est aussi source de tensions entre les deux parties. D'autre part, certaines familles ont des difficultés à entendre et à comprendre les problématiques de santé mentale auxquelles peut être confronté leur enfant. Cela ne leur est pas familier, ce qui peut freiner le recours aux soins quand cela s'avère nécessaire.

Pour ces parents, la communication avec leurs enfants semble rompue, parfois évitée selon les sujets (comme la sexualité par exemple, qui est taboue chez certaines familles, et dans certaines cultures). Certaines discussions, par incompréhension de l'autre et par manque d'empathie, peuvent tourner aux conflits et aux disputes, ce qui renforce le clivage parent-enfant/jeune.

Des cafés-parents ont été mis en place dans le cadre de l'ASV et en partenariat avec le Plan Réussite Educative (PRE), qui est une ressource pour les parents en difficulté. La présence d'une Maison des Adolescents (MDA) sur le territoire facilite aussi l'accompagnement des parents et de leur adolescent.

- ***Des conduites relevant de la violence (conjugale et familiale) observées***

La crise sanitaire covid-19 a eu un impact négatif sur la santé mentale de la population (Santé Publique France, 2020). Certaines personnes ont davantage été victimes du confinement. Selon les professionnels, le confinement a favorisé la maltraitance et les violences intrafamiliales chez certaines familles. Des mamans célibataires, qui cumulent des emplois pour s'en sortir, peuvent rencontrer des difficultés pour nourrir leur enfant le soir. Le fonds social des établissements scolaires accompagne les familles en difficulté en prenant en charge les repas au self.

La difficulté à gérer ses émotions se traduit parfois par des violences verbales et physiques auprès des enfants, mais aussi entre les parents. D'autres types de violences d'ordre sexuel ont aussi été recensés.

Des violences d'ordre conjugal ont aussi été évoquées. Celles-ci peuvent se répercuter sur les enfants. Ces violences peuvent générer à leur tour des conduites violentes chez les enfants. Les violences que peut subir la future mère lors de la grossesse peuvent avoir des séquelles sur le développement neurologique, psychologique, et physique de l'enfant. Le manque de logements d'urgence pour ces familles est un réel problème. Les professionnels orientent de façon régulière les familles vers les professionnels adéquats (psychiatrie, médico-social, social). Cependant, il est dénoncé un nombre insuffisant de ressources pour les victimes de violence sur le territoire.

Des violences liées au genre en lien avec l'appartenance culturelle sont observées par les professionnels. Un schéma de la violence est alors susceptible d'être intégré, finalement perçu comme « normal », ce qui peut renforcer les conduites violentes des enfants et des jeunes.

Afin de lutter contre ces violences et d'accompagner les victimes, le CIDFF et l'AVEMA proposent des permanences sur le territoire. La Sauvegarde porte un pôle protection de l'enfance qui est soutenu par le département. La Protection Maternelle Infantile (PMI) met à disposition un psychologue pour les familles qui en font la demande. Le CPEF propose des permanences sur le territoire et mène des actions collectives pour informer et sensibiliser à la vie affective, relationnelle, et sexuelle.

- ***Des difficultés pour certains parents à poser un cadre éducatif et affectif***

Les professionnels remarquent que certaines situations familiales sont fragilisées. Plusieurs familles suivent un schéma monoparental. Les mères ont plusieurs enfants à charge. Elles ont parfois des difficultés à imposer l'autorité. Certains professionnels avancent l'hypothèse de l'influence culturelle, où certaines cultures valorisent le fils aîné comme chef de famille en l'absence du père.

Des parents expriment leur détresse psychologique. Des mères se sentent démunies et désemparées. Des enfants subissent des carences affectives et éducatives. Certains parents ont dû mal à poser un cadre à leurs enfants.

Les professionnels de la petite-enfance ont remarqué que des parents de jeunes enfants se sentent stressés au moment où ils doivent trouver un mode de garde pour leur enfant et pour retrouver/reprendre un emploi. La plus ou moins bonne compréhension de l'administratif peut accentuer le stress perçu. Les problématiques quotidiennes de vie familiale et la faible démographie sanitaire semblent renforcer ce sentiment de stress.

Enfin, certains parents éprouvent une difficulté à accompagner leur enfant dans leur orientation professionnelle. Ils ne savent pas comment faire, ne connaissent pas les ressources et les outils sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour accompagner dans l'accès à un premier emploi.

Une partie de la population en souffrance psychologique d'origine sociale

La souffrance psychologique d'origine sociale (ou souffrance psychosociale) a été évoquée par l'ensemble des professionnels, et pour la majorité de la population. Cette souffrance diffère selon le genre, l'âge, le parcours de vie, la situation socio-économique de la personne...

- **Impact de la crise covid-19**

Cette crise a fait naître de nombreuses angoisses et a renforcé l'anxiété chez les individus notamment parce que la population vit un ensemble de ruptures sociales et éprouve un sentiment de pertes. Certains enfants se sentent déboussolés depuis le confinement. Leur vocabulaire traduit la peur de contracter le virus. Ils sont méfiants à l'égard des adultes. La distanciation physique, appelée distanciation sociale par le Gouvernement, s'est traduite en anxiété sociale, voire en isolement : des enfants communiquent moins avec les adultes, ils se tiennent à distance, leur regard accusateur se fait ressentir si quelqu'un s'approche trop près. L'instauration de cette nouvelle norme sociale ne semble pas favorable à la santé mentale et sociale des individus.

D'autres enfants ont développé une phobie scolaire. Des élèves de 6^{ème} sont très angoissés et anxieux à l'idée de mourir du virus. Les professionnels observent une augmentation des idées suicidaires et des violences intrafamiliales depuis le premier confinement. Le retour à la scolarité, après 5 mois d'absence, s'est fait de façon brutale et sans accompagnement. Le niveau scolaire se serait affaîssi (difficultés à lire et à écrire en CE2).

Le confinement a également creusé les inégalités sociales, ayant accentué le décrochage scolaire des jeunes, notamment de ceux qui se situent dans une catégorie socio-professionnelle basse.

Plusieurs mères de famille semblent très inquiètes vis-à-vis de la covid-19. Cette situation a renforcé leur anxiété et leur **charge mentale**, déjà très importante, puisque selon les professionnels, ce sont elles qui assument l'ensemble des responsabilités familiales (santé, scolarité, finances...). L'association Mosaïque a proposé des groupes de parole pour les habitants suite au déconfinement du mois de mai 2020 afin de libérer la parole. Il est prévu que ces échanges soient à nouveau proposés en 2021. Aussi, certains parents n'osent plus inscrire leur enfant dans des sports ou sorties collectives, ce qui renforce les situations d'isolement social.

Du côté des professionnels de la petite-enfance (crèche et RAM), certains d'entre eux se sont sentis seuls et abandonnés par le Gouvernement lors du premier confinement (pas de reconnaissance). Ils ressentent une certaine lourdeur sanitaire du fait de devoir constamment tout nettoyer. La peur de « mal faire » génère un fort sentiment de stress. Ils relèvent aussi que les enfants se sont bien adaptés à cette situation.

La crise sanitaire semble difficilement compréhensible chez la population. En effet, les parents reçoivent des consignes de la part de différents professionnels qui sont contradictoires. Certaines familles ont été cas-contact, se sont faites dépistées positives à la covid, mais ne préviendraient pas systématiquement les professionnels de la petite-enfance. Cela renforce le sentiment de peur de contracter la covid chez ces professionnels. Ces comportements peuvent relever d'une incompréhension des directives gouvernementales, mais aussi d'une perception des risques différente pour chaque individu.

Des habitants ressentent de la peur, de l'anxiété. Certains d'entre eux vont se faire dépister très souvent. Beaucoup ont peur de transmettre la covid à leurs proches, notamment les plus fragiles.

En revanche, la crise sanitaire a renforcé les systèmes de solidarité, notamment au sein des QPV où l'entre-aide s'est renforcée. Une hypothèse soulevée à cette solidarité relèverait de la position de certains jeunes au sein de leur quartier, qui se sentiraient « invincibles », et auraient pour obligation morale de protéger les autres.

- ***Une faible estime de soi et un sentiment de mal-être observés par les professionnels***

Plusieurs adolescentes ressentent un mal-être en lien avec leur apparence physique. En effet, la norme véhiculée par la société concernant les attraits physiques est telle qu'elle dévalorise la personne qui ne regroupe pas l'ensemble des attributs physiques valorisés.

De plus, les réseaux sociaux renforcent ce mal-être, notamment par le principe d'Instagram qui consiste à publier des photos valorisées socialement qui véhiculent les hauts standards de la société en terme de beauté (corps de sportives, paysages qui font rêver...), qui transposent la personne dans un univers auquel elle n'a pas forcément accès. Quant à Snapchat, ce RS propose de nombreux « filtres » pour embellir la photo ou la personne, ce qui peut renforcer le sentiment de ne pas apprécier son physique. Ces RS renforcent in fine le sentiment de mal-être quant à l'apparence physique de la personne, qui se comparera la plupart du temps à meilleur que soi (tant physiquement qu'au niveau du statut socio-économique ; comparaison ascendante), et parfois à moins bien que soi (comparaison descendante) pour tenter de restaurer son estime de soi. Aussi, le fait de pouvoir « liker » ou non une photo, de pouvoir commenter, d'exposer son avis... peut influencer l'estime de soi : 1) de façon positive si les retours des internautes sont positifs et valorisants ; 2) de façon négative si les retours sont dévalorisants (Valkenburg, Peter, & Schouten, 2006).

D'autre part, le sentiment de mal-être peut aussi être expliqué par les différentes situations de vie de chaque jeune, comme le fait d'être en conflit avec son entourage, d'avoir des problèmes de couple, des parents qui se séparent, du mal à trouver sa place dans les familles nombreuses, le fait de consommer des substances psychoactives ou des écrans...

Un autre point soulevé est le déséquilibre entre filles-garçons, dont les rôles ne sont pas définis de la même façon au sein de la société. L'orientation sexuelle peut aussi être compliquée à vivre pour certains élèves qui appartiennent à la communauté LGBT. Des séances d'éducation à la sexualité sont dispensées dans l'ensemble des établissements scolaires du secondaire. Des séances de gestion du stress ont aussi déjà été mises en place.

L'adolescence est une période cruciale dans la construction identitaire, cette dernière entretenant des relations réciproques avec la santé mentale à l'adolescence (Luyckx, Schwartz, Goossens, Soenens, & Beyers, 2008). Être vigilant sur ces questions semble nécessaire pour un développement harmonieux et une santé mentale positive.

Le Pôle Ressources Adolescents et la Maison des Adolescents présents sur le territoire permettent d'accompagner les jeunes vers un mieux-être. Toutefois, la situation géographique de la MDA, éloignée des établissements scolaires et située dans un quartier peut potentiellement représenter un frein pour certains jeunes ou familles. D'une part à cause de la position à l'entrée du quartier de La Plaine : soit ils ne souhaitent pas être vu dans leur quartier, soit ils ne souhaitent pas venir dans un quartier qui n'est pas le leur. D'autre part, les jeunes viennent la plupart du temps à la MDA entre deux cours. Si le temps libre n'est pas suffisant pour se rendre à la MDA et pour assister à l'entretien (environ une heure), le jeune ne pourra s'y rendre.

Cette baisse d'estime de soi et le manque de confiance en soi se retrouvent aussi chez les personnes en situation de précarité extrême. Leur parcours chaotique impacte leur santé mentale et renforce leur souffrance psychologique d'origine sociale. Ils se sentent la plupart du temps coupables et se rendent responsables des échecs auxquels ils ont pu faire face tout au long de leur vie et de leur parcours d'insertion.

Les personnes migrantes vivent dans des conditions très précaires (faibles revenus, niveau de vie bas, conditions de travail défavorables, situation d'isolement), ce qui renforce leur vulnérabilité sociale (Veisse et al., 2017). Leur vécu compliqué (pays d'origine en guerre, conflits politiques, orientation sexuelle) et l'impossibilité de se projeter dans l'avenir (emploi instable, sans emploi, renouvellement incertain du titre de séjour...) renforce leur sentiment de détresse psychologique.

Pour les femmes issues d'un parcours de migration, la situation est plus difficile à vivre car parmi elles, certaines subissent des violences conjugales. La communication avec leur époux semble compliquée.

Les personnes ayant été condamnées par la justice et qui sont suivies par le SPIP sont en grande détresse psychologique. Les CPIP ont remarqué que ces personnes ont une estime d'elles-mêmes très basse, et que les familles des condamnés se renferment sur elles-mêmes. Elles craignent les institutions et elles souffrent de la dégradation de l'état de santé de leur fils incarcéré (la majorité des condamnés sont des hommes).

- ***Idées suicidaires***

Plusieurs cas de scarification ont été observés chez les adolescentes dans les établissements scolaires. Une tentative de suicide a été observée dans un établissement. Des dispositifs ont été mis en place par les établissements afin de prévenir ces situations.

Quelques professionnels ont l'impression que les idées suicidaires sont plus fréquentes depuis la crise sanitaire du fait que certains enfants leur font part des différentes techniques existantes pour se suicider.

Les personnes en situation d'extrême précarité –dont les migrants– présentent pour certains d'entre eux des idées suicidaires, d'autres ont fait des tentatives de suicide.

- ***Des situations d'isolement social***

Certains élèves ont du mal à trouver leur place au sein d'un groupe social. Cela renforce le sentiment d'isolement, nocif pour la santé sociale.

Des jeunes adultes qui sont en fragilité socio-économique sont souvent isolés. Il en est de même pour des personnes en situation de précarité extrême, en plus de se sentir rejetées par la société. De plus, la barrière du langage chez certains d'entre eux, tant dans la communication orale que dans la lecture, renforce leur sentiment d'isolement et rend difficile leur insertion dans la société.

Certaines personnes âgées de plus de 60 ans ressentent un fort sentiment d'abandon, d'isolement, et de solitude, que ce soit dans la sphère familiale, amicale, avec leur voisinage, la ville, la société de façon plus globale. Il en est de même pour leur relation avec les intervenants. Elles auraient le sentiment d'être enfermées, sentiment qui pourrait être expliqué par le manque de relations sociales, le manque d'accompagnement dans les déplacements. Selon des professionnels, plusieurs personnes âgées ne se sentent plus capables de sortir. Afin de pallier à cet isolement, la ville propose un « plan solitude ». Des actions comme le portage des repas à domicile, les aides dans le déplacement, la présence du CLIC et d'une MAIA sur le territoire... permettent aussi de lutter contre le sentiment de solitude et de favoriser l'inclusion des personnes âgées.

De nombreuses personnes ayant un parcours de migration et installées en France depuis peu (régularisées ou non) souffrent d'un grand sentiment de solitude (leur famille est à l'étranger, peu de liens sont créés avec les voisins, peu de relations sociales). Elles rencontrent des difficultés financières qui sont source de stress. Les femmes semblent davantage souffrir que les hommes d'isolement. D'après les professionnels accompagnant cette population, elles peinent à sortir de la structure d'hébergement. Leur situation instable et la peur de se faire expulser rendraient difficile la relation de confiance avec les professionnels qui interviennent au quotidien à leur côté.

- ***Une insertion sociale et professionnelle difficile***

Certains jeunes en décrochage scolaire dès l'âge de 14-15 ans se retrouvent sans occupation et restent la plupart de leur temps enfermés dans leur chambre ou bien dans la cité (ce décrochage scolaire a d'ailleurs été accentué depuis le confinement selon des professionnels). Quelques-uns d'entre eux ont été diagnostiqués en « phobie scolaire ». Ce décrochage précoce rend difficile l'insertion sociale des jeunes, l'accès à la formation et à l'emploi, bien qu'ils aient un projet professionnel. Toutefois, pour les accompagnants sociaux, les jeunes ne semblent pas suffisamment investis dans leur insertion professionnelle pour faire aboutir leur projet.

Ces jeunes, de par leur catégorie socio-professionnelle basse, se retrouvent dans une situation de précarité où le contexte d'immédiateté est privilégié. Ils ont des difficultés à se projeter dans l'avenir. Ils ont du mal à trouver leur place dans la société. Certains se sentiraient exclus et délaissés. Leur parole semble peu prise en compte et les dispositifs qui leur sont dédiés ne correspondraient pas toujours à leurs attentes, et sont susceptibles de renforcer la stigmatisation.

L'accès à l'emploi se révèle aussi compliqué pour la majorité des personnes en situation d'extrême précarité. Leurs problématiques personnelles (conduites addictives, état de santé mentale, hygiène corporelle, vie en société difficile par leur comportement déviant...) ne facilitent pas l'accès à l'emploi.

Pour les personnes en situation de migration, l'insertion sociale est limitée. Les difficultés à comprendre le fonctionnement du pays d'accueil, les difficultés administratives, économiques, et sociales (isolement, perte du réseau social d'origine, qui sont des facteurs dégradant l'état de santé générale) sont autant de facteurs pouvant expliquer les ruptures et les difficultés d'insertion (Ek, Koiranen, Raatikka, Järvelin, & Taanila, 2008). La faible maîtrise de la langue est aussi un frein à l'insertion. ATELEC propose des ateliers pour accompagner dans l'acquisition de la langue française, ainsi que des sorties culturelles en groupe. Toutefois, il est difficile de concilier ces ateliers avec un emploi pour ceux qui en ont un. La non-maîtrise de la langue est source de stress, ce dernier s'ajoutant au stress vécu par le parcours de migration. Aussi, le niveau de langage faible ne facilite pas l'expression de ces personnes dont il est déjà difficile de recueillir la parole. Il en est de même pour les enfants qui ne maîtrisent pas totalement la langue. Certains établissements scolaires proposent des cours de français aux élèves afin de faciliter leur intégration. Des élèves sont angoissés à l'idée d'être expulsés du territoire.

Leur statut ne leur donnant pas automatiquement la possibilité d'avoir un emploi, certains travaillent dans l'illégalité. Le titre de séjour étant temporaire, il est difficile pour les personnes de s'insérer dans la société et de nouer des relations stables. Aussi, l'influence culturelle et les conflits conjugaux peuvent freiner l'insertion sociale des femmes, certaines ne participant pas à des sorties collectives et subissant des **violences** psychologiques (contrôle du téléphone, des sorties, pressions).

Les personnes sortant de prison sont souvent isolées et marginalisées. S'insérer dans la société se révèle compliqué, notamment pour les personnes ayant eu une longue peine de prison qui doivent s'adapter aux changements sociétaux (par exemple avec l'apparition d'Internet).

Les CPIP ont abordé le fait que les partenariats avec les structures dans le cadre des travaux d'intérêt général (TIG) pour les personnes suivies par le SPIP étant dans l'obligation d'effectuer des travaux d'intérêt général (TIG), sont limités à des tâches ordinaires. Ils regrettent que les missions proposées ne correspondent pas davantage aux profils et aux besoins des personnes, ce qui limite aussi le développement optimal des compétences des personnes concernées.

- ***Une expérience vécue de façon négative lors du parcours d'accompagnement***

Des personnes en situation de précarité extrême, qui sont notamment orientés par le SIAO dans des logements ou hébergements d'urgence ont pour certains d'entre eux de mauvaises expériences passées avec les professionnels du champ social (Orspere-Samdarra, 2018), ce qui les incite à s'en éloigner. Le temps accordé à la personne est parfois perçu insuffisant pour permettre de l'écouter pleinement, de prendre en compte son vécu, son histoire, de cerner sa personnalité. Cela fragilise la relation de confiance et l'insertion. D'autre part, la demande à l'élaboration d'un projet de vie, alors que les besoins primaires ne sont pas satisfaits, renforce les ruptures dans les parcours d'insertion. Cette demande peut être perçue comme une agression, un acte violent.

Parmi les personnes âgées (PA), il y en a qui ressentent une certaine dépersonnalisation, voire une infantilisation dans la relation avec le professionnel. Cela se traduit dans l'accompagnement au quotidien, dans le fait de ne pas prendre en compte leur parole, leur parcours de vie, leur histoire, leur personnalité, leurs centres d'intérêt... ce qui mène à un parcours non-personnalisé. Elles ont l'impression d'être institutionnalisées. Elles relèvent également un manque de lien, de transition entre le passage du domicile à l'établissement/résidence. Ce changement de logement peut être vécu comme violent, anxiogène.

- ***Des aidants en détresse psychologique***

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » (LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1), 2015).

Une grande majorité des aidants du territoire se sentent épuisés, démunis. Ils sont en situation de détresse émotionnelle forte. Pour certains, leur bien-être fluctue en fonction de celui de leur proche souffrant (d'une maladie neurodégénérative, d'un handicap psychique). La relation au proche est souvent difficile à entretenir, et peut parfois engendrer certaines violences verbales, ce qui renforce le sentiment de culpabilité des aidants. Leur situation difficile à gérer au quotidien ne leur permet pas de prendre soin d'eux-mêmes : leur parcours de soin est pour la plupart inexistant.

Les CCAS et l'AGBO sont de réels soutiens pour les aidants, ces derniers leur faisant appel pour bénéficier d'aide dans la rédaction de dossiers par exemple. De plus, l'UNAFAM qui soutient les familles accompagnant un proche souffrant de handicap psychique, a l'intention de proposer un groupe de parole sur le territoire en 2021, avec le soutien du CLSM.

Ces données vont dans le même sens que les différentes études menées sur la santé des aidants au niveau national, qui indiquent que 48% des aidants déclarent avoir une maladie chronique, 29% se sentent anxieux et stressés, et 25% déclarent ressentir une fatigue physique et morale. Près de la moitié des aidants déclarent avoir des problèmes de santé qu'ils n'avaient pas avant d'être aidant. Un

peu plus de la moitié déclare se sentir seul, et de ne pas s'accorder de temps personnel (« Santé des Aidants »).

Un accès aux droits et un recours aux soins limité, avec un parcours de soins instable

- **Un accès aux droits compliqué**

Les personnes migrantes se retrouvent démunies dans leur accès aux droits. Ne connaissant pas le système français, elles ne savent pas toujours où s'orienter. Pour celles qui ne maîtrisent pas ou peu le français (oral, écrit, lu) et les outils informatiques, elles rencontrent des difficultés dans les démarches administratives (papier et numérique) et dans l'accès aux soins (besoin d'un interprète). Les professionnels qui reçoivent des personnes ne parlant pas français (en situation d'irrégularité ou non : certaines d'entre elles vivent sur le territoire français depuis de nombreuses années) rencontrent de fortes difficultés dans l'accompagnement à l'accès aux droits, et dans la prise en charge (et le suivi) sanitaire et psychiatrique.

De façon plus large, l'ensemble des personnes du territoire ne sachant pas où s'orienter contactent en général l'assistante sociale de la Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS) du CHHB.

- **Un accès aux soins limité**

La **pénurie de professionnels de la santé, et de médecins généralistes** (MG) sur le territoire rend difficile l'accès aux soins. Les MG étant les pivots de la coordination dans le parcours de soins, cette pénurie renforce la difficulté de mettre en place un parcours de soin et impacte aussi la gestion des situations. Elle est aussi présentée comme un facteur de renoncement aux soins. Les MG présents sur le territoire sont sur-sollicités, ce qui peut avoir des impacts dans la relation avec le patient, mais aussi pour la propre santé mentale du soignant. Ils doivent aussi parfois refuser des nouveaux patients car ils n'ont pas le temps nécessaire pour les accueillir. En revanche, la présence d'un pédiatre sur le territoire est une vraie ressource pour les professionnels et les familles.

Le CMP, l'ANPAA et la MDA sont des **structures sur-sollicitées**. Le nombre limité de médecins psychiatres au CMP, et l'absence de psychiatres libéraux, rend difficile l'accès aux soins. Toutefois, la présence de l'équipe mobile psychiatrie, et de l'équipe mobile santé mentale précarité, sont des ressources appréciées sur ce territoire pour intervenir et accompagner les personnes en manque de soins et en détresse psychologique.

De même, des professionnels relèvent un manque de places dans les structures médico-sociales pour les personnes souffrant de troubles développementaux, notamment d'autisme. Une équipe mobile portée par l'APAJH est présente sur le territoire pour accompagner les familles.

Bénéficier des bilans de santé pour les enfants s'avère difficile pour certaines familles, bien qu'elles soient en demande. Il en est de même pour l'accès à la pédopsychiatrie. Ces points sont de réelles préoccupations pour les familles.

La **situation géographique** des structures de soins limite aussi les individus ne pouvant pas se déplacer dans l'accès aux soins. Des familles se déplacent à Bourg-en-Bresse ou à Ambérieu pour se faire soigner. Pour pallier à cela, le pôle petite-enfance redirige parfois vers le PRE d'Oyonnax qui propose un suivi des familles. Un agent de la ville d'Oyonnax a déjà accompagné des jeunes aux urgences psychiatriques à Bourg-en-Bresse.

Pour continuer, les professionnels intervenant auprès des migrants relèvent le fait qu'il existe une certaine **discrimination** dans l'accès aux soins dentaires, mais le bon partenariat avec la PASS facilite l'accès aux soins de cette population.

Enfin, la **barrière de la langue** est un réel frein dans l'accès aux soins mais aussi dans le recours aux soins. En effet, cela entrave la relation soignant (ou accompagnant) -patient. A ce jour, les professionnels ont parfois recours à un interprète ou à d'autres migrants qui parlent le français, mais cela n'est pas confortable et non systématique. Ce frein mène parfois les professionnels à limiter l'accompagnement proposé (ils vont aider de façon « concrète » dans les démarches basiques de l'accès aux droits sans pouvoir analyser la problématique de fond. Certains professionnels sont parfois dans l'obligation de refuser une prise en charge d'une personne ne parlant pas français car ils ne sont pas en capacité de l'accompagner correctement ni de la comprendre).

D'autre part, l'accès aux soins pour les personnes placées sous-main de justice et en obligation de soins s'avère difficile pour les CPIP car les structures habituellement sollicitées sont débordées et ne sont pas forcément les plus adéquates pour accompagner l'individu. L'orientation vers un professionnel adéquat n'est pas toujours évidente.

- ***Un recours aux soins freiné par de multiples facteurs***

Selon un certain nombre de professionnels et pour les citoyens rencontrés, une majeure partie de la population a une **représentation de la santé mentale négative**. En effet, la santé mentale est souvent rattachée à la psychiatrie, elle-même étant associée à la folie. Le CPA est perçu comme une structure accueillant des « fous ». Cette représentation est un réel frein dans le recours aux soins. L'expérience passée de certains individus au CPA freine dans le recours aux soins. En effet, certains partagent des expériences négatives lors de leur séjour au CPA (soins de force, contentions). D'autres individus ne souhaitent pas recourir aux soins par crainte du jugement des autres. Ce qui est défini comme acceptable ou non par la société, valorisé ou non, a des conséquences directes sur la santé des individus. D'autre part, les citoyens rencontrés nous ont fait part qu'ils ne faisaient pas la distinction entre psychiatre, psychologue, psychothérapeute... Le terme qu'ils emploient est « psy », et celui-ci renvoie à la folie, à la pathologie mentale.

Une grande majorité des personnes vivant avec un problème de santé mentale en situation de grande précarité ne souhaitent pas recourir au CMP pour bénéficier d'une prise en charge.

Quelques professionnels interrogés travaillant pour des établissements différents estiment que leurs **locaux** sont inadaptés (ancienneté, accessibilité limitée). C'est pour cela que des déménagements sont envisagés et/ou prévus en 2021.

Le recours aux professionnels de santé s'avère parfois difficile car chacun n'est pas forcément en capacité d'avancer les frais médicaux. Le recours aux **psychologues libéraux** est limité du fait que les séances ne soient pas prises en charge par la sécurité sociale. Cette situation renforce les inégalités sociales de santé, car l'accès au psychologue n'est pas possible pour tous en raison des moyens de chacun.

L'appartenance culturelle peut être un frein dans le recours aux soins. Dans certaines cultures, le médical est quelque chose de personnel, et la folie est rattachée à la sorcellerie. La problématique de santé mentale n'étant pas visible, elle n'est pas reconnue comme une maladie mais plutôt comme un mauvais sort. De ce fait, le recours aux soins s'avère extrêmement compliqué. De plus, aller voir un soignant signifierait se dévoiler, se mettre « à nu », ce qui n'est pas valorisé dans certaines cultures, où la gestion de la problématique de santé mentale se fait « en famille », et non en lien avec l'institutionnel.

D'autre part, des individus vivant avec un problème de santé mentale ne souhaitent pas recourir aux soins car ils sont dans le déni de la maladie. Un long travail de reconnaissance de la maladie est

alors fait par les professionnels qui les accompagnent, en amont. Mais les différents freins identifiés ci-dessus peuvent facilement rompre le recours aux soins.

Certains résidents entretiennent une relation de confiance fragilisée avec les professionnels qui les suivent, ce qui renforce la difficulté dans le recours aux soins.

Enfin, beaucoup d'aidants familiaux ne recourent pas aux soins et ont de ce fait un parcours de soin inexistant.

- ***Des ruptures dans le parcours de soins***

La temporalité importante dans la prise en charge des individus peut renforcer les ruptures dans les parcours, notamment au CMP. Les professionnels ont observé des ruptures dans l'accompagnement aux soins, à l'initiative de certains élèves qui ont été orientés à la MDA. Pour les personnes âgées, ils observent une discontinuité dans le suivi et dans la prise en charge des personnes atteintes de trouble psychique.

Une discontinuité dans le parcours de soin de résidents en CHRS a été relevée. Ils passent d'une modalité de prise en charge à une autre sans trouver de solution concrète, et se retrouvent de nouveau en hébergement d'urgence. Les délais de prise en charge trop importants favorisent les refus et les ruptures dans le parcours de soins. Selon les personnes interviewées, l'offre territoriale semble non-adaptée au public en situation de précarité, et en non-demande de soins. D'autre part, l'équipe mobile santé mentale précarité est dotée de deux infirmiers qui interviennent sur l'ensemble du département de l'Ain, ce qui est insuffisant pour accompagner la totalité des personnes dans le besoin.

Enfin, il a été évoqué une connaissance limitée du corps médical concernant les différentes structures sociales et médico-sociales sur le territoire. L'orientation vers un autre dispositif n'est pas systématique.

Des professionnels démunis face à de nombreuses situations complexes dans le logement

Lors de nos interviews, de nombreux professionnels intervenant dans le champ du logement (bailleurs sociaux, CHRS, résidences pour personnes âgées, maisons relais et résidences sociales, résidences pour migrants) nous ont fait part de problématiques envers lesquelles ils se sentent démunis.

- ***Une vie en collectivité parfois compliquée***

Les bailleurs sociaux sont souvent sollicités par les résidents afin de dénoncer plusieurs comportements allant à l'encontre du vivre-ensemble. Plusieurs incivilités ont été dénoncées comme les nuisances sonores nocturnes, le squat en bas des immeubles ou dans le quartier, la dégradation des locaux (tags sur les murs, urines et excréments), le fait de laisser certaines ordures dans les lieux collectifs (papiers, cannettes), de dégrader certains véhicules.

Les résidents sont nombreux à se plaindre du voisinage, notamment pour ce qui concerne les bruits (de jour comme de nuit), les odeurs (de cuisine, de manque d'entretien du logement, de manque d'hygiène de la personne), l'agitation des enfants, le fait de laisser des affaires personnelles sur le palier qui est une partie commune. Ces comportements entraînent certaines violences verbales, et physiques dans une moindre mesure.

Ces incivilités semblent être amplifiées lorsque la personne est sous l'emprise de substances psychoactives : cela entraîne des nuisances et des conduites violentes. Ces comportements ont donné lieu à des dédites chez le voisinage, notamment de femmes qui ne se sentaient plus en sécurité. Les

bailleurs notent ces dernières années une augmentation des procédures judiciaires pour troubles du voisinage. Les comportements inadaptés peuvent donner lieu à des expulsions.

La cohabitation entre migrants semble bien se passer. En revanche, des relations tendues avec le voisinage extérieur ont été observées. Les migrants sont souvent dénoncés par les habitants du quartier en tant que responsables des problématiques qui peuvent avoir lieu.

- ***Une difficulté des professionnels du logement et de l'hébergement à accompagner les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale***

Les bailleurs sociaux ont relevé un nombre important d'appels de voisins expliquant que quelques résidents, par leurs problématiques psychiques, sèment le trouble dans le bâtiment. Ces appelants ne se sentent pas en sécurité, beaucoup disent ressentir de la peur, et certains n'osent plus sortir de chez eux. Les bailleurs reçoivent d'autres types d'appels en lien avec la détresse psychologique des résidents de façon redondante : ils ne savent pas comment réagir face à ces appels.

Les bailleurs se sentent aussi démunis et au bout de leurs ressources face aux problématiques de santé mentale. Ils ne sont pas en capacité de diagnostiquer leurs résidents, et ne peuvent pas les accompagner dans la gestion du logement. Ils ne savent pas vers qui s'orienter quand un locataire déjà présent dans les lieux est identifié comme vivant avec un trouble psychique ; ils ne savent pas qui pourrait prendre en charge la personne ; si elle a déjà un suivi psychiatrique et/ou médical, si oui, qui est son référent... Le manque de solutions durables dans la prise en charge des individus vivant avec un problème de santé mentale mène à une dégradation de l'état de santé général.

Ces éléments poussent les bailleurs à se questionner sur l'autonomie de la personne dans la gestion de son domicile et la gestion financière. Ces individus sont quant à eux parfois isolés (sans famille), ou bien vivent avec leurs parents, très âgés. Ils se demandent aussi dans quelle mesure ils pourraient être sollicités dans le cas où il faudrait loger un individu sortant d'un séjour en psychiatrie. Un travail partenarial avec l'ensemble des acteurs du territoire est souhaité par ces professionnels.

Pour les personnes âgées vivant avec un problème de santé mentale et qui sont logées dans des résidences pour personnes âgées, un diagnostic de santé mentale n'est pas toujours réalisé, ce qui rend difficile une prise en charge adaptée.

D'autre part, renforcer le lien avec les professionnels du sanitaire et de la psychiatrie semble nécessaire pour les professionnels intervenant auprès des migrants, population qui est très touchée par des problèmes de santé mentale. L'appui de l'équipe mobile précarité, ainsi que la présence de psychologues au sein d'*alfa3a* est très apprécié par les professionnels et les migrants.

Les professionnels du centre d'hébergement et des maisons relais rencontrent des difficultés dans la prise en charge des résidents lors d'une situation de crise immédiate d'un résident vivant avec un problème de santé mentale : ils ne savent pas quoi faire et ils ont du mal à identifier LA structure qui pourrait intervenir. Ces professionnels n'ont pas été formés à accueillir ni à recevoir ces personnes. Leurs compétences ne leur permettent pas d'intervenir efficacement. La coordination entre les acteurs de la psychiatrie et du social semble difficile. Les modalités d'hospitalisation au CMP ne relèvent pas de crises passagères. Le recours à l'équipe mobile de psychiatrie de secteur et à l'équipe mobile santé mentale précarité est alors privilégié. Une solution commune qui relève d'un travail pluridisciplinaire coordonné est alors à construire. Cela permettrait d'assurer un meilleur accompagnement du résident souffrant.

Finalement, les personnes souffrant de trouble psychique vivent dans un logement relevant du droit commun. Elles n'ont pas de lieu de vie dédié. Du fait du manque de structures adaptées sur le territoire,

les personnes (dont celles sortant d'hospitalisation) sont orientées par le SIAO vers les maisons relais et au CHRS alors que ces lieux n'ont pas été pensés pour accompagner et recevoir dans des locaux adaptés les personnes vivant avec un trouble psychique. La vie en communauté avec les autres résidents s'avère alors difficile (dû aux problématiques de chacun), et entraîne parfois des tensions : les professionnels se demandent comment protéger les résidents si un comportement dangereux survient ? comment leur expliquer la situation ?

- ***Des résidents en situation d'incurie***

L'ensemble des professionnels du logement et de l'hébergement ont remarqué plusieurs situations d'incurie au sein de leurs résidences. Le résident n'est pas hospitalisé de force s'il ne souhaite pas recourir aux soins, ce qui est souvent le cas. D'autres résidents vivant avec un problème de santé mentale accumulent énormément d'affaires, ou n'entretiennent pas suffisamment leur logement, et vivent par conséquent dans un lieu insalubre. Cela a des répercussions sur la santé et le développement des enfants qui vivent au sein du foyer, quand tel est le cas.

- ***Des difficultés dans l'accès et le maintien dans le logement***

L'accès au logement n'est pas évident selon les situations. Des jeunes mis à la porte par leurs parents, des violences conjugales qui mènent à chercher un hébergement dans l'urgence, des places d'accueil en hébergement d'urgence restreintes, un nombre important de demandes... sont autant de facteurs rendant l'accès au logement difficile, et favorisant une détresse psychologique forte chez les individus (stress, anxiété++) qui se retrouvent dans une situation de précarité et d'urgence du jour au lendemain, sans autre solution.

Des ruptures dans l'accès et le maintien dans le logement peuvent aussi s'expliquer par les représentations différentes des professionnels de l'hébergement et des individus dans la « capacité à habiter » (Orspere-Samdarra, 2018). L'accès à un logement individuel est fréquemment questionné par les professionnels, notamment pour les individus ayant un handicap psychique. Bien que ce questionnement soit pensé dans la bienveillance (pour le bien de l'individu), il peut se rapprocher d'un acte discriminant participant à la fabrique du non-recours. Enfin, la cohabitation entre les différents résidents d'une même résidence s'avère quelques fois difficile en raison de la singularité des individus, et de leurs problématiques propres.

L'accès au logement social peut aussi être parfois compliqué si la personne souffre de trouble psychique et qu'elle n'est pas accompagnée (tutelle par exemple). Une personne sous tutelle sera identifiée par les bailleurs sociaux dès son entrée dans le logement. En revanche, le bailleur ne sait pas en amont si le (futur) locataire bénéficie déjà d'un suivi par un professionnel, ce qui rend difficile la prise en charge en cas de crise. Ces personnes sont identifiées suite à des plaintes du voisinage.

Pour les personnes âgées, l'accès à des structures d'hébergement adaptées s'avère compliqué pour celles souffrant d'alcoolisme et/ou de trouble psychique. De ce fait, la plupart d'entre-elles se retrouvent en hébergement d'urgence ou en EHPAD, alors que ces lieux ne sont pas adaptés à ces problématiques.

Des difficultés chez les professionnels à faire face aux problématiques de santé mentale

Un grand nombre de professionnels a relevé le fait qu'une partie de la population souffre de trouble psychique et vit avec des troubles du comportement. Des structures portées par l'ADAPEI (foyer d'hébergement, foyer de vie, IME, ESAT, MAS, SAVS, SAJ), et le CMP sont de réelles ressources pour accompagner les individus vivant avec un problème de santé mentale sur le territoire.

- ***Des professionnels de la petite-enfance, de l'enfance et de l'adolescence qui font face à de plus en plus de troubles du comportement***

Les professionnels de la petite-enfance d'Oyonnax accueillent des enfants qui ont déjà été diagnostiqués porteurs de handicap (bénéficiaires AEEH), ainsi que des enfants non diagnostiqués, et qu'ils repèrent comme ayant des troubles du comportement. Ils accompagnent alors les parents dans une démarche de reconnaissance du handicap et vers le CMP. La crèche accueille les familles dont l'enfant souffre de troubles du comportement et aide dans la parentalité afin de faciliter la gestion de la situation.

La non-reconnaissance du handicap rend difficile l'accompagnement de l'enfant, des familles, et le recours aux aides.

Les professionnels ont remarqué que de plus en plus d'enfants et d'adolescents ont du mal à gérer leurs émotions et à les verbaliser. Cela se traduit par des comportements d'agitation, de violences, et d'incivilités au sein des établissements scolaires.

L'Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Ain (ADESSA) propose une formation aux compétences psychosociales aux professionnels du territoire (inscrite dans le PTSM). Les centres sociaux sont aussi investis dans le bien-être des enfants. La coordination entre l'ensemble des acteurs intervenant auprès des enfants est à renforcer.

- ***Des professionnels démunis face aux problématiques de santé mentale des individus***

Les professionnels de l'EN qui accueillent dans leur établissement des élèves en difficulté (dys, autisme, troubles du comportement) ont du mal à les accompagner, dû au lieu d'accueil qui n'est pas adéquat pour proposer un suivi de ces enfants. Les professeurs doivent s'adapter aux élèves dans la transmission des savoirs. Afin de pallier à cela, un proviseur a demandé à ce que le personnel reçoive une formation sur les troubles dys. Certains professionnels de l'Education Nationale se sentent aussi démunis face aux problématiques de santé mentale. Pour pallier à cela, certains établissements ont développé un dispositif favorable au bien-être des élèves.

Les adultes en situation de handicap mental et résidant dans un appartement personnel rencontrent pour certains des problématiques **d'addiction**, notamment à l'alcool et aux drogues, et des problématiques de **violences** familiales.

Tout comme les professionnels du logement, les professionnels du social et de l'insertion ont dû mal à faire face aux individus qui vivent avec un problème de santé mentale. En effet, ils n'ont pas été formés à accompagner ces personnes. Cela dépasse leur champ de compétences. Ils se sentent alors démunis, et parfois seuls, sans qu'aucun autre professionnel ne puisse les accompagner.

Du côté du CMP, les soignants se sentent aussi démunis dans la prise en charge des publics d'origine étrangère : ils aimeraient pouvoir être formés quant à la façon d'accompagner au mieux cette population.

Les professionnels accompagnant les personnes migrantes dans l'acquisition du langage ont pu remarquer certains troubles du comportement, traduisant selon eux la présence de détresse psychologique. Celle-ci a pu apparaître suite aux événements traumatiques vécus par l'individu dans son pays d'origine (guerre, conflits politiques, orientations sexuelles).

- ***Une connaissance limitée de certains professionnels à propos des missions de quelques autres structures sur le territoire***

Enfin, il ressort de la majorité des entretiens que plusieurs professionnels ont une connaissance approximative du fonctionnement et des missions de certaines structures, ce qui freine l'accompagnement optimal de l'individu. Ils ne connaissent pas tous l'ensemble des structures présentes sur le territoire, et ne savent pas systématiquement vers qui ils pourraient se tourner pour proposer un accompagnement adapté à l'individu.

D'autre part, certaines structures cherchent de la visibilité, de l'aide, des partenariats... ainsi qu'à faire connaître leurs missions et leurs actions dans un objectif d'entretenir le lien territorial et de faciliter l'accompagnement et la prise en charge d'un individu.

Les défis du XXI^{ème} siècle : un enjeu de santé mentale publique majeur

De nombreux événements d'ampleur nationale, voire mondiale constituent ce qu'on appelle aujourd'hui les défis du XXI^{ème} siècle. Ces événements sont variés. Il s'agit principalement des objectifs du développement durable (Nations Unies), et plus précisément du changement climatique, de la transition écologique, de la pollution atmosphérique, de la mobilité... mais aussi des enjeux liés au flux migratoire, à l'exclusion sociale et aux inégalités économiques, au terrorisme, et enfin aux crises sanitaires.

Ces différents défis du XXI^{ème} siècle touchent le territoire d'Oyonnax-Bellignat-Arbent. Face à ces enjeux, le territoire s'adapte et se transforme. Nous proposons ici de mettre en exergue l'importance de prendre en compte ces évolutions majeures pour la santé mentale de la population, ainsi que les différentes initiatives actuelles du territoire et de ses acteurs pour y faire face (objectif 2 du diagnostic).

- ***L'impact du changement climatique sur la santé mentale***

Les changements climatiques sont l'ensemble des phénomènes météorologiques induits par le réchauffement global du climat et la variabilité accrue qui en résulte : extrêmes de température, précipitations abondantes et inondations, sécheresse, etc. (Séguin et Berry, 2008, cités par Bélanger, Gosselin, Bustinza, & Campagna, 2019). Ces changements climatiques modifient de nombreux écosystèmes qui affectent ensuite différentes populations. Le climat est alors un déterminant de la santé, et donc de la santé mentale. Ses effets sur la santé se traduisent par une augmentation des traumatismes et des décès liés aux événements climatiques extrêmes, par des maladies infectieuses, des maladies cardiaques et respiratoires liées à la qualité de l'air extérieur, des allergies, de la malnutrition, et d'apparition de stress (Bélanger et al., 2019a). Or, les individus et les groupes sociaux n'ont pas les mêmes capacités à s'adapter aux changements induits par le réchauffement climatique. En effet, certaines populations sont plus vulnérables aux effets directs (canicule, froid extrême, inondations), indirects (modification des écosystèmes entraînant l'émergence de maladies, par exemple contamination de l'eau entraînant une gastroentérite), ou sociaux (par exemple perte de revenus lors d'un événement extrême) des changements climatiques. Cette vulnérabilité est une notion construite autour de trois variables : l'exposition aux dangers climatiques, la sensibilité aux effets du climat et la capacité d'adaptation des personnes, des populations, des collectivités.

D'autre part, les changements climatiques peuvent, dans certains cas, augmenter le nombre de maladies et de troubles neurologiques (Bélanger, Gosselin, Bustinza, & Campagna, 2019b). La chaleur a des conséquences sanitaires néfastes chez les personnes atteintes de maladies et de troubles neurologiques, tels que la démence, la sclérose en plaques et l'épilepsie. Plusieurs études ont montré l'impact des événements météorologiques (inondations, vents violents, sécheresse et incendies de forêt) sur la santé mentale, et notamment de ses conséquences psychologiques et psychosociales, en

particulier le stress post-traumatique et la dépression. L'accentuation des événements météorologiques extrêmes (EME) dans un contexte de changements climatiques est vécue comme particulièrement stressant par les individus, surtout s'ils souffrent de troubles mentaux (Bélanger et al., 2019b). Ces personnes constituent un groupe à haut risque de souffrir des conséquences du changement climatique (plus susceptibles de décéder à mesure que la température augmente ou diminue ; plus à risque de consulter les urgences d'hôpitaux). La prévalence du trouble de stress post-traumatique varie de 30% à 40% chez les victimes directes d'un EME, et de 5% à 10% pour la dépression majeure. Les EME peuvent aussi avoir pour conséquences psychologiques l'anxiété généralisée, la détresse chronique, le suicide (Boyer et Villa, 2011, cités par Bélanger et al., 2019), et la détresse émotionnelle et psychologique, les émotions dépressives (Goldmann et Galea, 2014, cités par Bélanger et al., 2019). Ces conséquences psychologiques peuvent subsister pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, affectant les individus et nuisant au bien-être de la communauté (Bélanger et al., 2019b). D'autre part, les auteurs mettent en évidence que les crimes et les actes violents seraient positivement corrélés à une température élevée.

Sur le territoire du Haut-Bugey, l'ORCAE a observé une augmentation constante des températures depuis la moitié du XX^{ème} siècle, qui se poursuivra au moins jusqu'en 2050 (observatoire Régional Climat Air Energie, 2020). Le nombre de jours de canicule et de forte chaleur a augmenté ces dernières années, ainsi que le risque météorologique de feu de forêt dans l'Ain, et ce depuis les années 1980. Toutefois, les nuits semblent rester fraîches, et la chaleur encore supportable.

A Oyonnax, les risques majeurs (catastrophes naturelles) les plus susceptibles de se produire ont été répertoriés. Il s'agit de l'inondation et des fortes crues, des vents violents et de la tempête, des chutes de neige importantes, d'un événement sismique, d'un glissement de terrain ou d'un éboulement. Un livret (le DICRIM) a alors été créé pour informer les individus du comportement à adopter en cas de la survenue d'un risque majeur. D'autres initiatives territoriales ont été développées face au changement climatique : un plan canicule est porté par le CCAS, le Plan de Prévention des Risques (PPR) « inondation de Lange et de l'Oignin » a été approuvé en 2006, le Plan-Climat-Air-Energie Territorial (PCAET) porté par le Haut-Bugey Agglomération a pour objectif de limiter l'impact du territoire en réduisant les émissions de gaz à effet de serre (GES), de réduire la vulnérabilité du territoire au changement climatique, et de préserver la qualité de l'air (Haut-Bugey Agglomération).

- ***La santé mentale à l'épreuve de la raréfaction des ressources***

Les données actuelles montrent depuis un certain temps que l'augmentation des besoins humains est problématique dans un monde où les ressources sont limitées (ADEME, 2020). Les ressources et les services dont dépend l'être humain (énergie, ressources alimentaires, matériaux, pollinisation, régulation et épuration de l'eau...) n'ont pas la capacité de se renouveler en continu, et peuvent être menacées par une exploitation ou une dégradation excessive. En 2020, 80% des ressources naturelles sont consommées par 20% de la population mondiale. En 2100, la Terre comptera 10 milliards de personnes. Cette raréfaction des ressources entraînera donc très certainement des conflits et des violences. L'enjeu est alors d'adopter des comportements favorables à la préservation des ressources, et in fine à la santé mentale des populations. Garantir l'accès pour tous aux ressources et aux services (santé, éducation, accès à l'eau...) de façon équitable participe à une bonne qualité de vie.

Sur le Haut-Bugey (observatoire Régional Climat Air Energie, 2020), le bilan hydrique (indicateur de sécheresse) est en baisse. Les déficits hydriques sont de plus en plus importants en printemps et en été. Il a aussi été observé cette dernière décennie une diminution de la disponibilité de la ressource en eau.

- ***La pollution atmosphérique : un facteur défavorable à la santé mentale des populations***

La pollution atmosphérique renvoie à un ensemble de gaz et de particules en suspension présents dans l'air (intérieur ou extérieur) dont les niveaux de concentration varient en fonction des émissions et des conditions météorologiques, et qui sont nuisibles pour la santé et l'environnement (Santé Publique France, 2019). Ses conséquences sur la santé mentale sont multiples : la pollution de l'air favorise l'apparition de troubles cognitifs et de maladies neurodégénératives (Gouvernement) ; mais aussi les troubles de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression, et le risque suicidaire (Brokamp Cole, Strawn Jeffrey R., Beck Andrew F., & Ryan Patrick, 2019).

Bien que le territoire soit qualifié de « commune sensible » à la qualité de l'air par le rapport SRCAE, les dernières données de 2015 sont encourageantes puisqu'elles montrent que les trois communes sont peu concernées par la pollution de dioxyde d'azote. La pollution aux particules fines y est modérée, et les communes sont protégées de la pollution à l'ozone (ORS Rhône-Alpes, 2017).

- ***Crise sanitaire et santé mentale : l'exemple de la covid-19***

La crise sanitaire a eu un impact majeur sur la santé mentale de la population (Nations Unies, 2020). Le présent diagnostic a permis de mettre en exergue l'impact de cette crise selon les professionnels interviewés sur le territoire d'OBA. Par exemple, les personnes âgées souffrent de l'isolement et ressentent un manque de convivialité. Les membres d'associations ne se voient plus. Les personnes ressentent le besoin de parler mais la crise a creusé un écart dans les relations sociales. De plus, plusieurs études menées suite à cette crise sanitaire confirment l'impact négatif sur la santé mentale des populations.

Cette crise a fait émerger plusieurs initiatives locales. Par exemple, il y a eu des actions d'entraide au sein des quartiers politique de la ville, les centres sociaux ont gardé un lien via les réseaux sociaux et les appels téléphoniques avec les habitants, un système de soutien financier s'est mis en place (distribution de bons alimentaires), un groupe de parole s'est déployé suite au premier confinement à l'initiative d'une association de quartier... Les mairies ont soutenu leurs habitants pendant les confinements.

- ***Un territoire concerné par les flux migratoires***

OBA est un territoire industriel, où le travail de la plasturgie est important. Cette attractivité explique une partie des flux migratoires. De nombreuses personnes arrivant d'Europe du Sud et de l'Est viennent pour trouver un emploi, d'autant plus que l'industrie de la plasturgie recrute régulièrement. Cependant, le travail n'est pas l'unique raison de l'immigration. Des personnes viennent pour fuir les urgences géopolitiques, les conditions climatiques extrêmes, qui mènent à des conflits.

- ***Prévenir des attaques terroristes***

Le terrorisme a un impact psychologique majeur. La multiplicité des attaques terroristes ces dernières années (Paris, Bruxelles, Nice, Berlin, Londres, Barcelone...) peut amener certains individus à ressentir de l'angoisse, de l'anxiété. Certains doivent faire face à un deuil de leurs proches. Ces événements rappellent que cela peut arriver à tout moment. Par exemple, en octobre 2020, un lycée à Bourg-en-Bresse a subi plusieurs menaces de morts, l'auteur des faits promettant de faire un « carnage » suite à plusieurs tentatives d'incendie ratées. C'est pour cela que de nombreux dispositifs à visée préventive sont déployés sur le territoire nationale (déclaration d'un événement à la préfecture, plan intrusion dans les établissements scolaires, dispositif anti-intrusion de véhicules lors d'une manifestation). D'autre part, Oyonnax met à disposition un conseiller prévention des risques terroristes.

- ***Intégration sociale et inégalités socioéconomiques***

Les inégalités sociales et territoriales sont présentes à l'échelle mondiale. Les personnes en errance, les migrants, les personnes vivant avec un revenu faible, les personnes isolées, les personnes âgées, le genre féminin... ont davantage de difficulté à s'intégrer dans la société. La crise sanitaire a renforcé ces inégalités, et a impacté la situation économique de certains ménages. Sur notre territoire, de nombreux habitants fonctionnent par l'intérim. Ils se retrouvent aujourd'hui en difficulté pour subvenir à leurs besoins. Le taux de chômage en 2020 était de 7,20% (à la baisse par rapport aux années précédentes), et va probablement augmenter en 2021. Les inégalités peuvent peser sur la cohésion sociale, facteur favorable à l'augmentation de la santé mentale des populations (Moulin, Keyes, Liu, & Caron, 2017).

A Bellignat, il y a un fort clivage intra et inter-quartier. Il s'avère difficile de les relier, bien que de nombreuses initiatives sont mises en place par la Mairie et le centre social (fêtes de quartier, kermesses communes, retraite des flambeaux...). Malgré tout, la différence sociale persiste entre et au sein des quartiers, ce qui rend difficile la cohésion sociale et le vivre-ensemble.

Les politiques sociales du CCAS, le soutien aux associations caritatives, l'école de la 2^{ème} chance, les dispositifs politique de la ville, et les différentes structures présentes sur le territoire (et rencontrées dans le cadre du diagnostic) permettent d'accompagner au mieux les individus en difficulté d'insertion. L'inclusion sociale passe aussi par d'autres dispositifs, comme la plateforme wimoov qui a pour vocation de lever les freins à la mobilité pour favoriser l'insertion professionnelle ; un transport à la demande pour les personnes âgées ; la mise à disposition par le Haut-Bugey dans un futur proche de vélos dans la ville pour favoriser les mobilités et la pratique d'une activité physique, et lutter contre la pollution atmosphérique.

- ***Le Programme de Rénovation Urbaine : une initiative favorable à l'inclusion sociale et à la réduction des inégalités socio-territoriales et de santé***

Oyonnax et Bellignat bénéficient d'une intervention de l'Agence Nationale de la Rénovation Urbaine (ANRU) dans le cadre du programme national de rénovation urbaine (PNRU). Ce PNRU vise à transformer les quartiers fragiles classés en Quartiers Prioritaires Politique de la Ville (QPV) présentant de fortes difficultés socio-économiques et dans lesquels les dysfonctionnements urbains sont les plus importants (La Plaine, La Forge, Pré des Saules). Il a pour vocation d'apporter une réponse aux enjeux urbains en termes de bâti, de cadre de vie, de développement (mobilité, emplois, services), et d'équipements publics. Ce projet s'articule autour de plusieurs objectifs, dont l'insertion professionnelle, l'intégration urbaine des quartiers dans leur environnement, le désenclavement des quartiers, la requalification et la réhabilitation des logements sociaux (consommation en énergie revue à la baisse, isolation, pose de balcons et d'ascenseurs) et des espaces publics (réaménagement des espaces : mobilité et stationnement) ; et a pour ambition de redessiner l'ambiance du quartier et de le rendre plus attractif en traitant plusieurs problématiques telles que l'habitat (en lien avec les bailleurs sociaux Dynacité et Semcoda), le transport, l'éducation, la culture, les circulations, les espaces verts, le social. Ce programme vise à revaloriser les quartiers afin de réduire les inégalités sociales et territoriales, et s'inscrit donc pleinement dans une logique de développement durable.

A Oyonnax, les locataires des logements qui vont être démolis vont bénéficier d'un accompagnement. Le relogement est en cours pour les démolitions qui auront lieu en 2021 ; et est prévu en 2022 pour les démolitions de 2024. A noter que Dynacité a engagé le relogement des ménages les plus âgés quelle que soit la date de démolition. Le PRU intégrera de nouvelles voiries, ce qui permettra au quartier de s'ouvrir sur le reste de la ville. La mise en place de jardins partagés et d'espaces de compostage sont

prévus. D'autre part, en lien avec l'Agglomération, Oyonnax et Bellignat ont également prévu de mettre en place un nouveau système de gestion et de collecte des déchets afin de faciliter le tri sélectif, notamment dans les QPV. Un nouveau système d'éclairage public à LED est en cours (Ville d'Oyonnax).

A Bellignat, le travail d'accompagnement des habitants dans la transformation du quartier est en cours (travaux prévus de 2021 à 2026). Le relogement est prévu en 2022, avec une démolition des bâtiments en 2024. Des jardins partagés (principalement à destination des familles, mais pas que) sont prévus dans le prolongement de l'extension du centre social. D'autres espaces urbains de rassemblement suscitant la convivialité seront créés pour les jeunes de 16-25 ans, et pour les enfants. Une salle famille a vu le jour, l'espace santé va être agrandi, et le centre social sera restructuré.

A Bellignat, les habitants et le conseil citoyen ont récemment été informés, lors de plusieurs réunions au centre social et à la maison du projet, du projet relatif au réaménagement des espaces publics. Un film en trois dimensions modélisant le futur quartier a servi de support d'information, permettant aux habitants de se projeter dans leurs futurs quartiers.

Sur Oyonnax et Bellignat, des publications papiers permettent de tenir régulièrement informés les habitants des quartiers concernés de l'avancement du projet.

Conclusion

Le présent diagnostic a permis de mettre en avant les différentes problématiques en termes de santé mentale identifiées par les professionnels dans leur pratique quotidienne, et auprès de la population qu'ils accompagnent au quotidien (figure 2) ; les différentes ressources et opportunités présentes sur le territoire ; ainsi que l'impact des défis du XXIème siècle sur la santé mentale (et les initiatives territoriales qui répondent à ces défis).

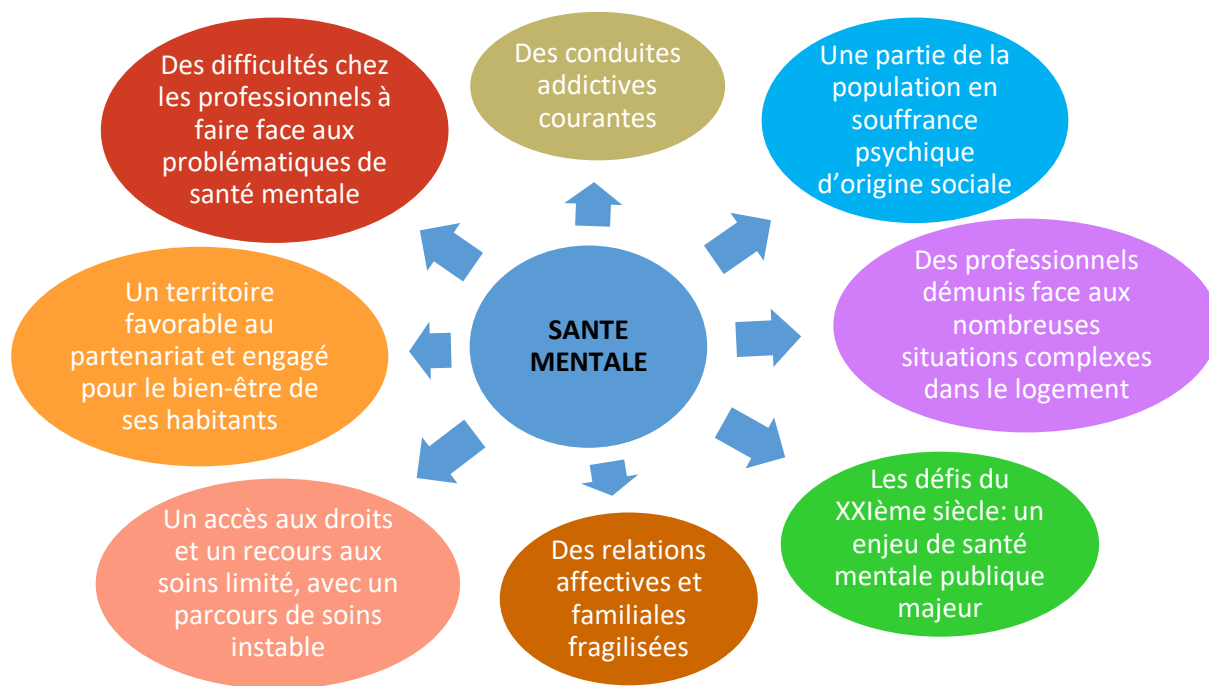


Figure 2 : Synthèse des problématiques identifiées

L'interprétation qualitative des entretiens a mis en avant une forte dynamique territoriale. De nombreuses initiatives institutionnelles et partenariales sont proposées sur le département (équipes mobiles psychiatrie, de santé mentale précarité, centre de réhabilitation psychosociale portée par le CPA, initiatives du département, associations ayant un rayonnement départemental), et plus précisément sur le territoire (lutte contre les addictions ; le harcèlement scolaire, l'isolement via le transport accompagné, l'accompagnement des plus précaires, l'accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins, accompagnement dans la vie affective et sexuelle, dans l'insertion socio-professionnelle via les chantiers d'insertion par exemple, formation aux CPS, prévention du suicide, installation de l'association Vivre en Ville fin 2020 avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et un service d'activité de jour (SAJ), projet social d'un centre social avec un axe santé-bien-être...). De nombreuses structures et dispositifs sont présents sur le territoire.

La plupart des professionnels se connaissent et ont l'habitude d'échanger entre eux. Ils se rencontrent d'ailleurs régulièrement dans le cadre du Contrat Local de santé (CLS), qui propose actuellement un groupe de travail (GT) « mise en réseau des professionnels ». Cet axe répond à la demande des professionnels de renforcer leurs liens partenariaux. Cependant, ne participent pas à ce GT l'ensemble des professionnels du territoire intervenant en lien avec la santé mentale.

Le travail partenarial et coordonné en santé mentale semble compliqué pour la plupart des professionnels, bien qu'il soit souhaité de tous. Une mise en réseau et une clarification des missions de chacun semblent nécessaires afin de faciliter la coordination entre ces acteurs.

Consolider le travail en réseau et les échanges entre professionnels du territoire, et conforter la coordination en santé mentale entre les acteurs autour d'une même thématique semble primordial. Cette coordination faciliterait l'accès et le parcours de soins.

Renforcer la coordination en santé mentale, permettre l'accès et la continuité des soins, favoriser l'inclusion sociale et l'autonomie des usagers font partie des objectifs de tout CLSM. Le déploiement de ce dispositif sur le territoire s'avère donc essentiel.

D'ailleurs, l'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre de ce diagnostic souhaite s'investir dans le CLSM. Ce dispositif répond à un réel besoin sur le territoire et se présente comme un appui aux professionnels. Leur investissement au sein des GT semble se vouloir opérationnel et concret. Ils souhaitent être assurés de la mise en place effective des actions qui seront élaborées dans le cadre des groupes de travail. Aussi, ils souhaiteraient que les GT du CLSM soient complémentaires à ceux de l'ASV/CLS, ou bien que certains GT fusionnent entre ces trois dispositifs pour éviter leur multiplication.

La seconde partie du diagnostic a rendu compte que la santé mentale est au cœur des différents enjeux actuels, et qu'elle est « l'affaire de tous ». Accompagner la population à faire face aux événements (potentiels ou certains) à venir contribuera à préserver leur santé mentale. Soutenir le territoire dans sa capacité à anticiper, survivre et se développer quels que soient les événements à venir, et prévenir du stress chronique dû à ces événements semble nécessaire.

Afin d'inclure l'ensemble des professionnels et d'éviter la stigmatisation d'une population, des axes de travail « thématiques » (et non populationnels) sont proposés (Figure 3). Cela permettrait aussi d'aborder les spécificités de la problématique au sein de chaque sous-population accompagnée par les professionnels.

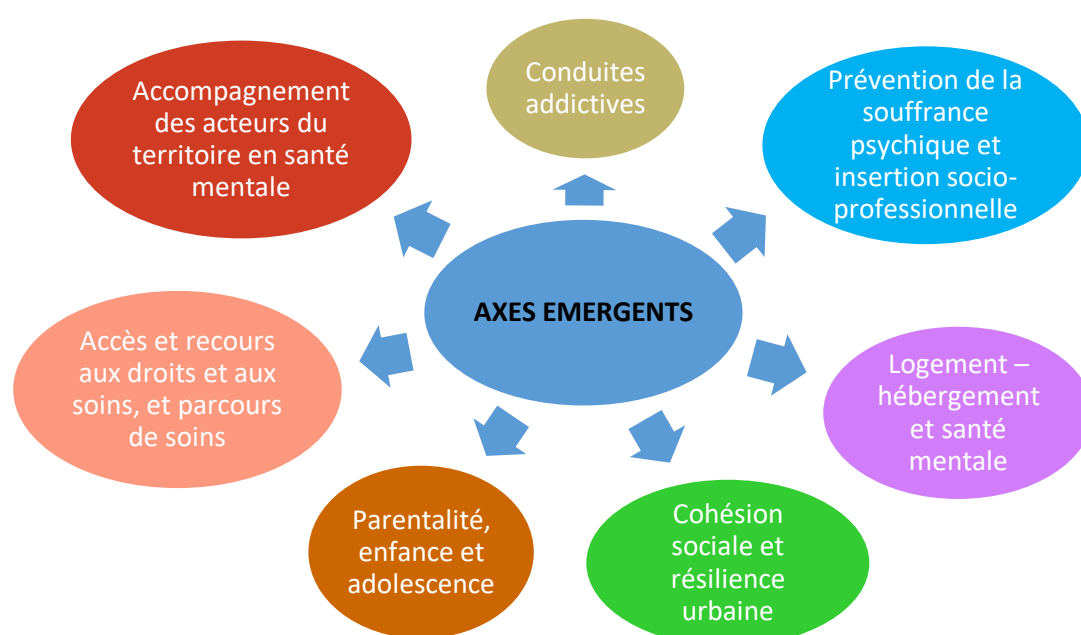


Figure 3 : Axes de travail émergents

Il est à la charge du futur comité de pilotage de valider dans un premier temps ce diagnostic territorial. Dans un second temps, un travail de priorisation des axes de travail thématiques sera à effectuer, en prenant en compte les objectifs stratégiques et opérationnels du CLSM.

BIBLIOGRAPHIE

ADEME. (2020, février 20). Qu'est-ce que le développement durable ? Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse <https://www.ademe.fr/expertises/developpement-durable/quest-developpement-durable>

Amadiou, T. (2015). Prises de risques délibérées avec l'argent : les modalités de consommation des jeux de hasard. *Revue française de sociologie*, Vol. 56(4), 643- 672.

Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité issu du comité national du 10 novembre 2011. (2011). Consulté 27 octobre 2020, à l'adresse http://www.mediation-familiale.org/images/pdf/soutiens-parentalite/definition_parentalite_2011.pdf

Bélanger, D., Gosselin, P., Bustinza, R., & Campagna, C. (2019a). Relation santé-climat. In *Changements climatiques et santé. prévenir, soigner et s'adapter* (Presses de l'Université Laval, p. 45- 61). Québec. Consulté à l'adresse <https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:inspq+117001+session03/pdfbook/0/>

Bélanger, D., Gosselin, P., Bustinza, R., & Campagna, C. (2019b). Santé neurologique, mentale et psychosociale. In *Changements climatiques et santé. prévenir, soigner et s'adapter* (Presses de l'Université Laval, p. 136- 152). Québec. Consulté à l'adresse <https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:inspq+117001+session03/pdfbook/0/>

Brokamp Cole, Strawn Jeffrey R., Beck Andrew F., & Ryan Patrick. (2019). Pediatric Psychiatric Emergency Department Utilization and Fine Particulate Matter: A Case-Crossover Study. *Environmental Health Perspectives*, 127(9), 097006. <https://doi.org/10.1289/EHP4815>

Centre d'analyse stratégique. (2009). *La santé mentale, l'affaire de tous*. (p. 22).

Direction de la surveillance de l'état de santé du Québec, & Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). Cadre conceptuel de la santé et des ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ecolosport. (2020, novembre 25). Série « Rugby durable » (1/5) - Oyonnax Rugby agit avec « Oyo pour tous ». Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse <https://ecolosport.fr/blog/2020/11/25/serie-rugby-durable-1-5-oyonnax-rugby-agit-avec-oyo-pour-tous/>

Ek, E., Koironen, M., Raatikka, V.-P., Järvelin, M.-R., & Taanila, A. (2008). Psychosocial factors as mediators between migration and subjective well-being among young Finnish adults. *Social Science & Medicine*, 66(7), 1545- 1556. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.018>

Fattore, L., Altea, S., & Fratta, W. (2008). Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. *Women's Health (London, England)*, 4, 51- 65. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.1.51>

Fédération des centres sociaux de l'Ain, & DDCS. (s. d.). Livret d'accueil des membres des conseils citoyens de l'Ain.

FNARS, & Fédération Addiction. (2015). Addiction & lutte contre les exclusions. Travailler ensemble. Consulté à l'adresse https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21567

Gouvernement. (s. d.). Pollution de l'air. Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse <https://www.gouvernement.fr/risques/pollution-de-l-air>

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1- 21.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>

Haut-Bugey Agglomération. (s. d.). PCAET. Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse http://www.hautbugey-agglomeration.fr/plan_climat_air_energie_territorial.html

Les conseils Locaux de Santé Mentale – Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM. (s. d.). Consulté 2 décembre 2020, à l'adresse <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>

L'impact des réseaux sociaux sur la santé des jeunes. (2020, octobre 27). Consulté 27 octobre 2020, à l'adresse <http://www.i-share.fr/actualite/limpact-des-reseaux-sociaux-sur-la-sante-des-jeunes>

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1), 2015-1776 § (2015).

Luyckx, K., Schwartz, S. J., Goossens, L., Soenens, B., & Beyers, W. (2008). Developmental Typologies of Identity Formation and Adjustment in Female Emerging Adults: A Latent Class Growth Analysis Approach. *Journal of Research on Adolescence*, 18(4), 595-619. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2008.00573.x>

Minds lab. (2019). La santé mentale et ses déterminants. Aide-mémoire. Minds.

Moulin, F., Keyes, C., Liu, A., & Caron, J. (2017). Correlates and Predictors of Well-being in Montreal. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 560-567. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0080-4>

Nations Unies. (2020, mai 13). Note de synthèse : Nécessité de tenir compte de la santé mentale dans le cadre de de la lutte contre la COVID-19.

Nations Unies. (s. d.). Les Objectifs de développement durable. Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (2016). *Jeunes et addictions*. Saint-Denis.

observatoire Régional Climat Air Energie. (2020). CA Haut-Bugey agglomération.

ORS Rhône-Alpes. (2017). Diagnostic local de santé Oyonnax, Arbent, Bellignat.

Orspere-Samdarra. (2018). « *Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale* » Une étude dans les CHRS de l'Ain.

Pégon, G. (2011). Santé mentale en contextes de post-crise et de développement. Handicap International.

Pégon, G. (2019). Diagnostic Territorial de Santé Mentale - Département de l'Ain.

Pelet, A. (2010). Addiction : l'égalité face aux substances ? *Revue Médicale Suisse*, 6, 1452-1454.

Psycom. (2020, décembre 8). On a toutes et tous une santé mentale. Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/on-a-toutes-et-tous-une-sante-mentale/>

Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. (2013). *SANTÉ ET PARENTALITÉ. L'approche des villes*. Rennes: Presses de l'EHESP. Consulté à l'adresse <http://courrier.cpa01.fr/service/home/~/?auth=co&loc=fr&id=3000&part=2>

Santé des Aidants. (s. d.). Consulté 28 octobre 2020, à l'adresse <https://www.aidants.fr/fonds-documentaire/dossiers-thematiques/sante-aidants>

Santé publique France. (2017). La santé en action: promouvoir la santé mentale de la population. Santé publique France.

Santé Publique France. (2019). Qu'est-ce que la pollution de l'air ? Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse [/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/articles/qu-est-ce-que-la-pollution-de-l-air](#)

Santé Publique France. (2020, mai 4). Etat des lieux de la littérature en amont de la réouverture des crèches et des écoles.

SEMCODA. (s. d.). Rénovations Urbaines - Bellignat. Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse <http://www.renovations-urbaines.com/bellignat/>

Tamian, I. (2019). Parentalité et addiction à l'alcool. *Psychotropes*, Vol. 25(4), 61-75.

Valkenburg, P., Peter, J., & Schouten, A. (2006). Friend Networking Sites and Their Relationship to Adolescents' Well-Being and Social Self-Esteem. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 9(5), 584-590.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.584>

Veisse, A., Wolmark, L., Revault, P., Giacobelli, M., Bamberger, M., & Ziatanova, Z. (2017). La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique, (19-20), 405-414.

Ville d'Oyonnax. (s. d.). Rénovation urbaine. Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse <https://www.oyonnax.fr/renovation-urbaine/>

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - Données du diagnostic ORS de 2017 relatives à la santé mentale sur le territoire

ANNEXE 2 - Structures rencontrées dans le cadre du diagnostic

ANNEXE 3 - Guide d'entretien

ANNEXE 1 - Données du diagnostic ORS de 2017 relatives à la santé mentale sur le territoire d'Oyonnax-Bellignat-Arbent

Population	Problématiques rencontrées	Solutions actuelles
En situation de précarité	• Logement • Insertion sociale • Consommation de substances psychoactives • Errance • Difficultés psychiques	+ CHRS Le Regain qui accueille en urgence les SDF, les accompagne dans leur réinsertion. - Ne permet pas un accompagnement hors les murs ; pas d'accompagnement rapproché systématique Besoin : développer des lits « halte santé »
Personnes atteintes de déficience mentale	• Pbtq psychiatriques associées à la déficience qui ont davantage de difficultés pour accéder aux soins en CMP • Rupture dans le parcours de soin • Difficultés à être suivi par la médecine de ville	+ ADAPEI qui a 60 places - EHPADs non-adaptés aux PA dépendantes concernées par une maladie mentale ; l'offre médicale et médico-sociale locale non-adaptée à cette évolution démographique
Petite-enfance et enfance ; parentalité	• Problématique de sommeil due à la présence du numérique (ordinateur + télévision) → difficulté de certains parents à fixer des limites vis-à-vis des écrans • Difficultés liées au langage • Troubles du comportement et/ou de handicap	+ action « ludolangues » au centre social Ouest ; « café des parents » - manque de psychomotriciens et d'ergothérapeutes ; CMP en manque d'un médecin psychiatrie ; manque d'un lieu accueil parents enfants (LAPE)
Enfants en situation de handicap	• Augmentation des demandes de projets personnalisés de scolarisation (notamment pour le spectre autistique et les retards de langage) → les contextes de précarité socio-économique peuvent impacter négativement l'acquisition du langage	! Bien distinguer l'origine des difficultés pour proposer une prise en charge médicale ou orthophonique si nécessaire, voire une aide à l'école accompagnement d'élève en situation de handicap (AESH) + SESSAD polyvalent d'Oyonnax ; CAMPS à Nantua - Listes d'attente trop longues
Adolescence	• Consommation d'alcool, de tabac et de cannabis en augmentation ; conso d'alcool dans l'espace public visible ou cachée • Addiction aux jeux-vidéos, aux jeux en ligne, et aux écrans de façon générale → peut favoriser l'isolement, entraver le travail scolaire, l'insertion sociale et les relations affectives • Situation de l'emploi fragile, problématique de chômage, absence de certaines filières de formation → stress, dépressivité • Des jeunes en grande situation de précarité, ruptures familiales, sans couverture sociale → stress, dépressivité, hygiène de vie faible, absence ou retard dans le recours aux soins	+ déploiement d'un projet CSAPA à Oyonnax ; asso AIDES propose un CAARUD mobile sur le territoire et intervient au CHRS + mission locale ; CPEF ; Formation des professionnels sur les CPS à venir (ADESSA) - à ce jour, pas de possibilité d'initier un traitement de substitution pour les consommateurs ; pas d'espace pour se faire soigner (pas de CSAPA) ; Présence réduites de ressources de santé (ex : MDA) ; les consommateurs ne connaissent pas suffisamment les dangers du cannabis ; s'il n'y a pas d'injonction aux soins, il n'y a pas de recherche d'aide

	• Implication dans des actes de délinquance (atteintes aux biens des personnes : vols) • Précarité des parents qui impacte la relation à l'enfant	Besoin : étendre la présence du CAARUD via la mise à disposition d'un local ; apporter une aide informelle, mobile, non-stigmatisante ; Sensibiliser les animateurs des structures socio-éducatives, qui, par leur jeunesse, pourraient banaliser les substances psycho-actives ; Renforcer les compétences psychosociales ; développer des ressources d'écoute ; déployer la MDA et renforcer le lien avec la mission locale, le CMP, les professionnels de la jeunesse + suivi par le service éducatif, la PJJ + présence de l'ADSEA ; de la PASS du CHHB - Les missions de prévention et de sensibilisation ne conviennent pas aux parents, ils ne sont pas en demande d'aide ou de soutien
Adultes	• Souffrance psychosociale importante chez les publics en situation de fragilité socio-économique • Conduites à risque (consommation de substances psychoactives, d'alcool ; tentatives de suicide) • Dépressivité et dépression • Comportements non-adéquats en résidence locative (problèmes de voisinage, accumulation de déchets au domicile) • Publics vulnérables comme les résidents du CHRS peuvent être concernés par des pbtq de santé mentale +/- graves, fragilisé par différents traumatismes (maltraitance pendant l'enfance, ruptures familiales, précarité)	Besoin : renforcer le lien avec le CMP
Personnes âgées et aidants	• Isolement • Adaptation du logement	+ réadaptation des logements par Dynacité (bailleurs social) ; présence de gardiens en journée pour rompre l'isolement CLIC, CMP ont une cellule de prévention des situations de détresse SSIAD - Les EHPADs n'ont pas les moyens humains pour accueillir les PA ayant des troubles psychiatriques ; Listes d'attente nombreuses pour le SSIAD Besoin : partager davantage d'informations aux habitants concernant les problématiques liées aux cancers, à la broncho-pneumopathie obstructive, sur les ressources existantes pour aider les aidants de PA.

ANNEXE 2 - Structures rencontrées dans le cadre du diagnostic (par ordre alphabétique)

	Domaine d'intervention	Structure / service contactée	Référent
1	Addiction	Alcool assistance	Christian Kovac
2	Handicap psychique	ADAPEI	Aimée Gagnon
3	Social, insertion et santé	Ainsertion plus	Corinne de Vitis Sandrine Billod Charlotte Pochard
4	Personnes âgées, aidants	Association de gérontologie du bassin d'Oyonnax (AGBO) ; CLIC ; MAIA	Elisa Cottier
5	Addiction	ANPAA	Anne-Marie Presson
6	Social	ATELEC	Julien Gonthier Hélène Vraïne
7	Social	Centre communal d'action sociale (CCAS) d'Oyonnax (dont assistantes sociales, service social)	Sonia Tubert
8	Social	Centre communal d'action sociale (CCAS) d'Arbent	Carmen Flore
9	Médico-social	Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)	Lucille Pianelli Catherine Vernoux
10	Psychiatrie	Centre médico-psychologique (CMP) pour adultes et pédopsychiatrie	William Errigo Pierre Creuze des Châtelliers Laetitia Charvolin
11	Social	Centre social d'Arbent	Romain Brunetti
12	Social	CISPD – prévention délinquance	Maïtena Rey
13	Social	Conseil citoyen d'Oyonnax	Nadia Bouguettaya
14	Social	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Le Regain – alfa3a	Sonia Germain
15	Education	Collège Jean Rostand (Arbent)	Lin Casagrande (IDE) et CPE Yurdagul Dascioglu
16	Education	Collège Ampère Oyonnax	Isabelle Guillemin
17	Education	Collège Lumière	Jean-Noël Roget
18	Social - logement	Coordination maisons relais – alfa3a	Ahmed Latreche – Lucie Janvier
19	Social	Conseil départemental – service solidarité	Catherine Mercier
20	Sanitaire	Centre hospitalier du Haut-Bugey (CHHB) - PASS	Véronique Laissus Bodin
21	Social	Dispositif départemental d'accueil d'urgence des demandeurs d'asile (DHUDA)	Sabrina Latreche
22	Psychiatrie	Dispositif réhabilitation psychosociale (CPA)	Sandrine Cannard
23	Social	Direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) – délégué aux quartiers	Laurent Jacquelin

24	Social	Direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) – déléguée aux droits des femmes et à l'égalité	Cécile Grosjean
25	Social	Direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) – pôle solidarité et accès aux droits	Daniel Massard
26	Logement social	Dynacité	Sophie Perrin Nicole Vailloud
27	Education	Education nationale – REP+	Caroline Baugey ; Moliga Duvignaud
28	Social	La Sauvegarde – prévention spécialisée	Benoît Lebeau
29	Education	Lycée Arbez Carme (Bellignat)	Madame Mechri
30	Education	Lycée Paul Painlevé (Oyonnax)	Géraldine Planties
31	Médico-social	Maison des adolescents (MDA)	Agnès Nivot
32	Politique	Mairie de Bellignat	Véronique Ravet
33	Handicap	Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	Marylène Thevenet
34	Addiction	MILDECA	Sandrine Guenguant
35	Social	Pôle Ressource Adolescents (PRA)	Naïma Oujaghbi
36	Social	Pôle Petite enfance et RAM	Béatrice Perrin / Nadège Collomb
37	Social	Politique de la ville d'Oyonnax (dont délinquance)	Julien Le Glou / Nabile Ketaa
38	Social	Programme de réussite éducative (PRE)	Déborah De Oliveira Florent Ragot Nassera Jamili
39	Médico-social	Protection maternelle et infantile (PMI)	Charlotte Goebel
40	Logement social	SEMCODA	Virginie Ronzon
41	Social - insertion	Solid'aire	Sarah Garcia
42	Médico-social	Souti'Ain	Sonia Cortel ; Christelle Dupont
43	Socio-judiciaire	Service Pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)	Jean-François Bouju
44	Aidants	UNAFAM	Patrick Paturat
45	Social	Vivre en Ville 01	Cécile Schneller

ANNEXE 3 - Guide d'entretien

Diagnostic santé mentale Oyonnax

Guide d'entretien auprès des professionnels

RDV avec M. ...

Date et lieu :

Introduction : mise en place d'un CLSM sur Oyonnax-Bellignat-Arbent... Besoin d'approfondir l'état des lieux en santé mentale.

CLSM = espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants d'usagers, les aidants, l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population concernée. Travail de coopération

- 1. Présentation de la structure : le domaine d'intervention, les missions générales, le public cible**
- 2. Présentation des problématiques identifiées sur le territoire**
- 3. Présentation des actions/interventions mises en place ce jour pour répondre aux problématiques**
- 4. Problématiques restées sans réponses/ pas d'action mise en place concernant une problématique particulière**
- 5. Actions envisagées, imaginées ; en cours de construction ?**
- 6. Place dans le CLSM : dans quelle mesure souhaitez-vous vous y investir ?**