

La Lettre du CÉAS



Santé mentale...

Un manque de moyens humains

Des indicateurs préoccupants

Une vie au quotidien très difficile

*« Pas de citoyenneté possible si chacun n'a pas accès
à l'information concernant son environnement »
(projet associatif).*



CÉAS de la Mayenne

29 rue de la Rouillère, 53000 Laval
Tél. 02 43 66 94 34 / Mél. ceas53@orange.fr
Site Internet : www.ceas53.org
Facebook : @ceasmayenne

SOMMAIRE

- 4** Une psychiatrie en Mayenne « *ensablée au milieu du gué* »
2002 : rapport ministériel sur la santé mentale dans le département
- 7** L'Unafam 53 a recueilli les attentes des proches aidants
La maladie psychique est complexe à vivre au quotidien
- 19** **La santé mentale à voir, à lire, à découvrir...**
- 20** La santé mentale en Pays de la Loire (2021)
Préoccupation pour les femmes et les plus jeunes
- 22** Le cosmos mental ®
Des kits pédagogiques pour mieux comprendre le concept
- 24** Des adolescentes et jeunes femmes davantage fragilisées
Hausse des hospitalisations pour geste auto-infligé
- 26** 2019-2021 : le nombre de suicides diminue en Mayenne
Près de 25 % ont lieu entre 45 et 54 ans
- 28** Premiers secours en santé mentale (PSSM)
Un programme de formation accessible à tous



La Lettre du CÉAS

Directeur de publication : René Lemarchant.
Mensuel. Abonnement (11/12 n^{os}) : 20 € / Prix au numéro : 3 €.
Impression : CÉAS de la Mayenne.
Tirage : 100 exemplaires.
Diffusion payée : 140 exemplaires (version papier ou numérique).
N° CPPAP : 1223G84044 / N° ISSN : 1626-1143.

Rédacteurs

Louise Guillé, Claude Guioullier, Nathalie Houdayer.

Comité de relecture

Rédacteurs + Jacqueline Lardeux, René Lemarchant, Joseph Louapre, Christophe Mézange.

Une histoire qui débute à Pontorson (Manche)...

Le CÉAS de la Mayenne et la santé mentale

À sa création, en 1978, le CÉAS annonce un projet orienté vers l'action sociale et le développement local. C'est tout d'abord par le biais d'une opportunité que l'association a investi le champ de la santé mentale et ce, dès la fin des années 1980. Le CÉAS devient un acteur local de la santé mentale au milieu des années 2010 avec surtout l'accompagnement réalisé pour la création du Conseil local de santé mentale de Laval Agglomération.

- ✓ À partir de 1989, formations à l'hôpital psychiatrique de Pontorson (Manche) pour des surveillants et infirmiers en psychiatrie. Thèmes : l'accueil ; la relation soignant-soigné...
- ✓ En 2008, à la demande de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Mayenne (Ddass 53), participation à l'organisation et à l'animation d'un séminaire sur la « coordination des professionnels de la santé mentale sur le champ sanitaire ».
- ✓ En 2015 et 2016, suite à une étude chapeautée par le Réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne (Riam 53), le CÉAS a animé deux rencontres des acteurs de la santé mentale au sein du territoire de Laval Agglomération, visant la mise en place d'un Conseil local de santé mentale.
- ✓ Dans le cadre du Conseil local de santé mentale de Laval Agglomération, entre avril et décembre 2017, le CÉAS a organisé et animé six rencontres avec tous les acteurs du territoire, à raison d'une séance de trois heures tous les mois ou deux mois.
- ✓ Le CÉAS a créé la maquette pour réaliser un Répertoire des acteurs de la santé mentale au sein du territoire de Laval Agglomération. Le projet n'a pas abouti, d'une part faute de financement, d'autre part du fait de l'élaboration du Projet territorial de santé mentale (PTSM) à l'échelle départementale. Une fiche-action prévoit la réalisation d'un outil similaire au niveau départemental, mais le travail exploratoire du CÉAS n'est pas repris.
- ✓ En 2023-2024, le CÉAS a organisé ses premières formations aux Premiers secours en santé mentale (PSSM), en l'occurrence pour des volontaires en service civique et des tuteurs.
- ✓ Fin 2023, le CÉAS a engagé une prestation pour l'Unafam 53 sur le vécu des proches aidants de personnes malades et/ou handicapées psychiques (une douzaine d'entretiens + une enquête par questionnaire auprès des adhérents). Le rapport d'enquête est remis en octobre 2024 (cf. pages 7 à 18 de ce numéro) et donne lieu à une conférence de presse à l'initiative de l'Unafam 53.
- ✓ Du 4 au 22 mars 2024, le CÉAS a accueilli en stage Oscar Beaugas, alors en deuxième année de licence de Sciences sociales à l'UCO Angers. Il a travaillé sur ce thème de la santé mentale.
- ✓ Le 30 septembre 2024, le CÉAS a consacré son assemblée générale à ce thème de la santé mentale.



Une psychiatrie en Mayenne « ensablée au milieu du gué » 2002 : rapport ministériel sur la santé mentale dans le département

En mai 2002, à la demande de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), qui relève du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, a remis un *Rapport sur la santé mentale en Mayenne*. Les auteurs résument ainsi la situation à l'époque : « Une restructuration ambitieuse du dispositif psychiatrique de la Mayenne apparaît limitée par un manque de psychiatres dans un département à prédominance rurale ».

La MNASM réalise une approche globale de la santé mentale dans le département. Elle rappelle les objectifs du Schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie 1999-2004, puis dresse un bilan de la situation « afin de tenter de préciser les réussites comme les obstacles rencontrés ».

Avant le Schéma régional 1999-2004, la psychiatrie mayennaise s'organise autour de l'Établissement public départemental de Mayenne (300 lits d'hospitalisation complète), auquel sont rattachés quatre secteurs de psychiatrie générale ⁽¹⁾. Un cinquième secteur est créé dans le sud de la Mayenne et rattaché au Centre hospitalier du Haut-Anjou, à Château-Gontier.

En outre, deux secteurs de pédopsychiatrie couvrant le département, sans lit d'hospitalisation, sont rattachés au Centre hospitalier de Laval. La Mayenne compte treize psychiatres libéraux, dont certains exercent à la Clinique Notre-Dame-de-Pritz, à Changé.

Le Schéma régional 1999-2004 impulse des changements importants. Un Syndicat inter-hospitalier, créé en 1999, coordonne désormais la politique de santé mentale en Mayenne. Il regroupe les trois Centres hospitaliers et le Centre hospitalier spécialisé de Mayenne. Sa mise en place met fin à l'existence de l'Établissement public départemental de santé mentale (EDSM).

Le Schéma régional aboutit à une organisation plus équilibrée de l'offre de soins en Mayenne, notamment en rattachant les différentes structures publiques existantes en psychiatrie aux trois Centres hospitaliers. Dans l'intervalle, le Centre hospitalier de Mayenne et le Centre hospitalier spécialisé ont fusionné.

Ainsi, le Schéma régional prévoit que cette déconcentration du dispositif psychiatrique entraîne une diminution des capacités d'hospitalisation complète et un développement des unités extrahospitalières. Une nouvelle organisation découpe le département en quatre secteurs

(1) – Le secteur est un territoire où une équipe pluridisciplinaire prend en charge, en dehors de l'hôpital, toutes les tâches de prévention, de soins et de réadaptation pour des personnes souffrant de mal-être ou de troubles mentaux.

Un état des lieux descriptif de la psychiatrie mayennaise en 2002

Le Centre hospitalier du Nord-Mayenne

- 165 lits et 44 places d'alternatives (psychiatrie générale) : notamment deux centres médico-psychologiques (CMP) ⁽¹⁾, deux hôpitaux de jour, une maison d'accueil spécialisée (MAS), etc.
- Cinquante lits intersectoriels pour patients chroniques.
- Des unités intersectorielles : thérapie familiale, alcoologie et toxicomanie.
- Dix places d'accueil familial thérapeutique.

Le Centre hospitalier de Laval

- 96 lits et 44 places d'alternatives : un « Service de psychiatrie adulte de Laval » (Spal – au départ « Clinique Sud »), deux CMP et deux hôpitaux de jour.
- Deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile avec vingt-trois places d'hospitalisation de jour, six places d'accueil familial thérapeutique et une unité de quatre lits d'hospitalisation complète (projet à dix lits).

Le Centre hospitalier du Haut-Anjou (Château-Gontier-sur-Mayenne)

- Un CMP et quinze places d'hospitalisation de jour.
- Éventuellement hospitalisations en médecine ou dans les services de psychiatrie à Laval ou Mayenne, voire hors département.

À ce dispositif public, il convient d'ajouter la Clinique Notre-Dame-de-Pritz, à Changé (44 lits), dont le recrutement est largement départemental (62 % des entrées).

(1) – Par un arrêté du 1^{er} juillet 2002, l'Agence régionale de l'hospitalisation a ramené à quatre le nombre de CMP en Mayenne par regroupement des deux CMP du nord de la Mayenne.

de psychiatrie générale, et non plus cinq comme auparavant. Au-delà de l'organisation du dispositif, le Schéma régional définit un certain nombre de principes que l'on retrouve dans le rapport de la MNASM, tels le développement de l'intersectorialité pour certaines unités, le rapprochement avec les services de soins généraux, etc.

Une période intermédiaire « *délicate, voire douloureuse* »...

« *La psychiatrie de la Mayenne, résume la MNASM dans son rapport de 2002, a donc fait l'objet d'une re-composition très importante. Alors que l'essentiel de l'offre de soins était centralisé sur un établissement spécialisé départemental excentré [à Mayenne], cette offre a été répartie en la rattachant aux trois établissements publics de santé du département, en tentant de la coordonner par un Syndicat inter-hospitalier et en proposant un redécoupage sectoriel (...) avec un passage de cinq à quatre secteurs* ». Pour la MNASM, ce redécoupage doit être « *une opportunité pour favoriser une meilleure efficacité des CMP [centres médico-psychologiques] quant à leur couverture territoriale, l'amplitude d'accueil, l'optimisation des moyens (éventuellement mise à niveau)* ».

Pour autant, sur le terrain, tout n'est peut-être pas aussi simple. « *La période intermédiaire que tous souhaitent transitoire apparaît délicate, voire douloureuse. Cet aspect préoccupant, s'interroge laconiquement la MNASM, est-il uniquement lié à la situation actuelle de la démographie médicale ?* » Mais d'ajouter dans une perspective plus optimiste qu'« *il n'en demeure pas moins que malgré les freins actuels, les points positifs et très encourageants pour l'avenir ne manquent pas* »...

Le rapport de la MNASM se poursuit par une présentation beaucoup plus fouillée des dispositifs publics et privés de psychiatrie en Mayenne, tant pour les adultes que pour les adolescents et les enfants. La MNASM formule ensuite un certain nombre de propositions. La problématique de départ concernait le manque de psychiatres en Mayenne. Qu'en disent les auteurs du rapport, et plus particulièrement concernant les psychiatres libéraux ?

Un problème d'« embouteillage », pointe la MNASM

En 2002, la Mayenne dispose de treize psychiatres libéraux. Parmi eux, neuf exercent à Laval (et Changé), trois à Mayenne et un à Château-Gontier. À partir d'une ren-

contre avec sept d'entre eux, les auteurs du rapport constatent que « beaucoup » ont une activité au sein du service public et que « beaucoup » également suivent des enfants.

« L'ensemble des psychiatres libéraux, précise le rapport, dit ne plus avoir de disponibilité d'accueil de nouveaux patients, être obligé de ne pas pouvoir voir aussi souvent qu'ils le souhaitent certains patients qu'ils prennent en charge ». Il existe un problème d'« embouteillage ». Le rapport mentionne que certains psychiatres « parlent d'une véritable "pression", d'un manque de disponibilité limitant surtout la vie de famille et toute accession à la formation continue ». Par ailleurs, le fait de ne pas pouvoir à toutes les demandes entraîne « culpabilité », « malaise intolérable »...

Les psychiatres libéraux du département constatent une évolution des demandes de rendez-vous qui sont de plus en plus liées au bouche-à-oreille, passant par des travailleurs sociaux, les médecins du travail, et concernant « de façon croissante une réponse essentiellement psychothérapique (on relève en Mayenne trois psychologues libéraux) ».

Quant aux demandes, elles seraient notamment liées « à des dépressions résistantes (prises en charge antérieures sans succès par des généralistes qui maîtrisent toutefois de mieux en mieux la pathologie dépressive), des troubles de comportement, des décompensations névrotiques ».

Un psychiatre libéral a souligné « ne travailler "comme il le désire" qu'en septembre ». Il déclare ne plus pouvoir prendre de nouveaux rendez-vous à partir de décembre bien qu'il ne donne des rendez-vous que tous les quinze jours. Par ailleurs, « il dit ne pas avoir le temps de répondre par écrit à ses correspondants notamment généralistes »...

Le rapport précise également qu'« il est fait souvent appel par la population aux magnétiseurs dans un premier temps (de deux à trois consultations, parfois jusqu'à cinq). Dernièrement une patiente a été suivie pendant cinq ans par l'un d'entre eux »...

Des propositions assez évasives...

En conclusion, le rapport souligne que « des psychiatres libéraux demeurent inquiets quant à l'avenir de leur pratique, de sa transmission ("le vide attire le vide"), alors même qu'ils perçoivent mal l'évolution du dispositif public ».

Pour la plupart d'entre eux, « ayant le sentiment de ne plus avoir le temps de répondre comme ils le voudraient, de vivre sous la pression, de ne pas être coordonnés, ils aspirent surtout à voir leur nombre augmenter »...

Les propositions de la MNASM, concernant ce problème du manque de psychiatres, restent assez évasives : « Seuls des projets cohérents et soutenus, dans un contexte de collégialité, peuvent attirer des praticiens. Les modalités hors statut (logement) ou statutaires (prime multi-sites, gardes et astreintes, journées d'intérêt général, activité libérale) devront être légitimement incitatives ».

La MNASM est pourtant optimiste : « Nos propositions paraissent capables d'inverser la tendance actuelle », mais « impliquent une démarche de tous, volontariste et déterminée pour un département rural beaucoup moins "enclavé" que bien d'autres et qui dispose d'une psychiatrie dynamique et aux fortes potentialités ».

La conclusion générale, au demeurant, est beaucoup plus incisive : « La psychiatrie en Mayenne est engagée dans une restructuration adaptée et ambitieuse, mais tout se passe comme si elle était ensablée au milieu du gué »...

L'asile de la Roche-Gandon (à Mayenne) a sorti les aliénés de prison...

Avant la Révolution, explique l'abbé Angot dans son « Dictionnaire de la Mayenne » (tome II, pages 834 et 835, 1900-1910), les aliénés du Bas-Maine étaient envoyés soit à l'hôpital Saint-Jean de Rennes, soit à celui de Bicêtre, à Alençon. Au début du XIX^e siècle, ces deux établissements sont devenus départementaux et la Mayenne s'est trouvée sans asile pour recevoir les aliénés. L'abbé Angot explique qu'en 1806, on les a entassés dans un vaste hangar aménagé dans l'ancienne abbaye d'Évron, mais les ressources ont manqué et ils sont dispersés en Mayenne dans les hôpitaux et les prisons.

Les administrateurs des hospices de Mayenne ont eu, les premiers, l'idée d'améliorer le sort des aliénés et, en 1821, ils ont proposé au département de lui céder « la plaine de la Roche-Gandon » dont ils s'étaient rendus propriétaires pour y élever un asile exclusivement destiné aux aliénés. Devant « le mauvais vouloir de l'administration départementale », ils ont pris eux-mêmes l'initiative de créer un établissement où « quarante-trois aliénés furent recueillis en 1829 pendant que cinquante-deux autres languissaient dans les prisons de Laval, de Château-Gontier et de Mayenne ».

En 1831, cet asile improvisé a été cédé, à titre gratuit, au département qui s'est alors engagé à participer aux frais de nouvelles constructions... L'abbé Angot conclut : l'asile de la Roche-Gandon est « un établissement de premier ordre » où 617 malades sont traités, sous la haute surveillance de dix-sept sœurs d'Évron »...



L'Unafam 53 a recueilli les attentes des proches aidants La maladie psychique est complexe à vivre au quotidien

L'Unafam 53 est l'une des délégations départementales de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) ⁽¹⁾. Elle soutient les personnes malades et/ou en situation de handicap psychique et leurs proches aidants. L'association agit en faveur de la reconnaissance du rôle de l'entourage familial et amical dans l'accompagnement d'une personne ayant des troubles psychiques.

À travers ses activités d'accueil, de formation des familles et de défense des droits en Mayenne, l'Unafam 53 observe la diversité des situations des proches aidants et de leurs besoins. L'association constate que ces aidants font face à **de l'épuisement, à des réponses des professionnels peu adaptées à leurs attentes et à leurs besoins, ainsi qu'à une méconnaissance de leur vécu**. Ces constats ont conduit l'Unafam 53 à développer un projet ayant pour objectifs de **mieux cerner les besoins des proches aidants** et de chercher à y répondre, notamment par la mise en œuvre de réponses de répit au profit de ce public.

Dans le cadre de ce projet, l'Unafam 53 a sollicité le CÉAS de la Mayenne pour engager un travail de **recueil du témoignage des proches aidants afin de mieux connaître leur vécu, en particulier leurs difficultés au quotidien**. C'est une volonté forte qui a conduit l'Unafam 53 à engager cette étude. L'association espère que celle-ci puisse enrichir la réflexion collective menée au-

tour du Projet territorial de santé mentale (PTSM) de la Mayenne visant à déstigmatiser la santé mentale et à faciliter le parcours de soins des usagers.

Dans un premier temps, le CÉAS a conduit **onze entretiens semi-directifs auprès de proches aidants**, seuls ou en couple, adhérents de l'Unafam 53 : treize sont parents d'une personne malade et/ou en situation de handicap psychique, un aidant est conjoint et un autre accompagne son épouse et un enfant. Ces entretiens visaient à **recueillir des informations sur la perception du rôle d'un proche aidant, la place de l'entourage, les aides des professionnels et les souhaits pour maintenir ou améliorer la qualité de l'accompagnement**.

Le comité de pilotage a ensuite souhaité faire réaliser **une enquête par questionnaire** afin d'approfondir l'état des lieux. Il s'agissait ainsi de **recueillir des informations auprès d'un plus grand nombre de proches**

(1) – Unafam 53, 48 rue de la Chartière, 53000 Laval, Tél. 06 58 78 93 36 – Mél. 53@unafam.org, Site Internet : www.unafam.org/Mayenne

aidants adhérents de l'Unafam 53. Entre le 14 juin et le 8 juillet 2024, **trente-deux ont répondu au questionnaire d'enquête**, soit environ un sur deux.

Le CÉAS a procédé à l'analyse des informations collectées lors des entretiens et des résultats issus de l'exploitation du questionnaire.

Il s'agit ici d'une analyse et d'une synthèse sur le profil des aidants interrogés ; les personnes qu'ils soutiennent et les aides fournies ; les répercussions du rôle d'aidant

sur les divers domaines de la vie quotidienne, ainsi que les attentes exprimées par les aidants au regard de leurs difficultés. Ce travail s'appuie sur les témoignages des personnes interrogées, issues à la fois des entretiens et du questionnaire.

Cette étude vise ainsi à mieux comprendre les attentes et à analyser les besoins des aidants pour définir des actions. Les conclusions du rapport mettront en évidence des préconisations que les proches aidants ont eux-mêmes formulées.

1/ Le rôle essentiel des proches aidants

L'analyse du vécu des proches aidants adhérents de l'Unafam 53 met en évidence un investissement important au quotidien qui s'inscrit dans la durée. Les personnes rencontrées dans le cadre des entretiens décrivent une période marquée par l'incertitude et l'impuissance face aux premiers signes de la maladie psychique de leur proche, souvent perçue comme soudaine et inat-

La définition du « proche aidant »

Le terme « proche aidant » désigne des personnes qui aident régulièrement un membre de leur entourage, à titre non professionnel et bénévole, en raison d'une perte d'autonomie, de son âge, d'une maladie ou d'un handicap. Ce terme est plus large que celui d'« aidant familial » car il n'exige pas de lien familial entre l'aidant et la personne aidée.

L'article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) a intégré dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) une définition du terme « proche aidant » : « *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* » (art. L. 113-1-3 du CASF).

Les stratégies « Agir pour les aidants 2020-2022 » et « Agir pour les aidants 2023-2027 » sont les premières politiques publiques nationales et interministérielles qui mentionnent le rôle des proches aidants de personnes âgées, mais également de personnes en situation de handicap et malades. En revanche, la notion de « proche aidant » d'une personne ayant des troubles psychiques est peu reconnue.

tendue, provoquant un bouleversement dans leur vie quotidienne. L'un d'entre eux relate : « *Ça tombe comme ça sans prévenir* ». L'annonce du diagnostic par les professionnels de santé peut être perçue de manière négative, mais aussi comme un soulagement, notamment après une errance diagnostique ⁽²⁾.

Les vécus semblent dépendre à la fois du contenu et de la manière dont l'annonce est faite. Des aidants expliquent qu'ils ont dû envisager une mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non, car seule une hospitalisation sous contrainte permet de prendre en charge initialement le patient. Ce vécu est difficile à accepter en raison de la prise de décision relative à la signature de cette mesure. Certains d'entre eux ont exprimé leur inquiétude que leur proche leur en veuille d'avoir pris cette décision. Ils décrivent l'hospitalisation de leur proche comme une situation « *violente et difficile* », tant pour eux que pour lui. L'hospitalisation, c'est aussi la prise de conscience pour l'aidant que leur proche est malade et que probablement cette maladie aura des conséquences à long terme sur leur quotidien.

Une aide quotidienne appréhendée comme allant de soi

L'aide décrite par les quinze proches aidants rencontrés repose sur des solidarités privées et joue un rôle crucial dans l'accompagnement des personnes malades et/ou en situation de handicap psychique. Une proche aidante indique : « *Sans nous, il serait encore en psychiatrie* ».

Tous s'accordent à dire que cet accompagnement se fonde sur un engagement dicté par les liens affectifs, le sens du devoir et les valeurs morales. Des aidants rencontrés témoignent de cet attachement qui se fait sans même y réfléchir, tant cela paraît naturel et évident au nom du lien affectif : « *C'est notre équilibre et lui avec* », mais également au titre du sens du devoir et des valeurs

(2) – L'errance diagnostique est définie comme la période allant de l'apparition des premiers symptômes à la date à laquelle un diagnostic précis est posé.

morales : « On avait fait le choix d'accompagner notre fils, car il n'avait pas choisi sa maladie. On lui a donné la vie, on s'engage ».

L'étude révèle que la maladie fait partie intégrante du quotidien des proches aidants. Parmi ceux ayant répondu au questionnaire, 9 % soutiennent leur proche depuis un à quatre ans ; 25 % depuis cinq à neuf ans ; 66 % depuis dix ans ou plus. Plus de la moitié (53 %) des personnes accompagnées vivent avec leur aidant, tandis que 47 % vivent à leur propre domicile. Parmi celles résidant hors du domicile familial, 60 % vivent à moins de 10 km, 20 % entre 10 et 29 km, et 20 % à 50 km ou plus.

Concernant le temps consacré à leur proche, 3 % apportent une aide jour et/ou nuit ; 41 % interviennent chaque jour (une ou plusieurs fois) ; 26 % chaque semaine (une ou plusieurs fois) ; 13 % chaque mois (une ou plusieurs fois) et 16 % de manière très occasionnelle.

Un total investissement dans plein de domaines de la vie quotidienne

Les répondants au questionnaire d'enquête ont précisé la nature de l'aide qu'ils apportent actuellement. Le soutien moral se situe au premier rang des aides dispensées par les aidants (97 %), suivi des aides dans les formalités administratives (78 %), dans la gestion de la maladie (66 %), dans la gestion du budget (62 %) ; du soutien financier (59 %) et dans l'accompagnement aux activités (53 %). L'aide dans la gestion du temps et du planning arrive en sixième position (50 %) et l'aide à la personne en stimulant et en accompagnant est au septième rang des aides dispensées (47 %). Enfin, 16 % des répondants interviennent dans la gestion du travail de leur proche. Les aidants jouent ainsi un rôle clé dans de nombreux aspects de la vie quotidienne, contribuant à favoriser l'autonomie, le bien-être et l'intégration sociale de leur proche. Comme le souligne un proche aidant : « On aide à accepter la maladie avec lui et à lui permettre de se construire avec ça. Il ne pourra pas se défaire de la maladie ».

Quelle est la nature de l'aide que vous apportez actuellement ? (plusieurs réponses possibles)

Soutien moral	97 %
Aide dans les formalités administratives	78 %
Aide dans la gestion de la maladie	66 %
Aide dans la gestion du budget	62 %
Soutien financier	59 %
Accompagnement aux activités	53 %
Aide dans la gestion du temps et du planning	50 %
Aide à la personne	47 %

(32 proches aidants adhérents à l'Unafam 53 ayant répondu)



Par ailleurs, des aidants interviennent et agissent légalement avec et pour leur proche dans le cadre d'une mesure de protection judiciaire. Parmi les 32 répondants au questionnaire, 9 % de leur proche sont concernés par une mesure de curatelle ; 6 % par une tutelle et 6 % par une habilitation familiale.

Les aides de l'entourage ou des professionnels... et de l'Unafam

Le récit du vécu au quotidien révèle que l'investissement des aidants reste similaire, qu'il soit combiné avec d'autres aides, professionnelles ou non. Certains aidants mentionnent que quelques membres de leur entourage leur offrent soutien et écoute active. Cependant, bien que cette aide soit appréciée, elle ne constitue pas un véritable répit, comme en témoigne une proche aidante : « Ça nous aide, ça soulage un peu, mais ce n'est pas vraiment... En fait, ce n'est pas un répit ».

La principale réticence à demander de l'aide est la crainte de déranger et de surcharger les membres de l'entourage. Viennent ensuite les obstacles liés à la disponibilité de ces membres et à la complexité réelle ou perçue de s'occuper du proche en l'absence de l'aidant principal.

S'agissant du recours à une aide professionnelle, il dépend de la situation du proche malade et/ou en situation de handicap psychique. Certains proches aidants ont mentionné le rôle de psychiatres, tandis que d'autres ont évoqué les missions d'accueil, d'écoute, d'information, de formation et d'entraide au sein de lieux ressources mayennais, tels le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) du Geist Mayenne, ou également Pouvoir d'agir 53. Nombreux sont les aidants interrogés à avoir souligné le soutien apporté par l'Unafam 53, comme l'indique une proche

aidante : « J'étais très mal à ce moment-là. J'ai dit "ouf !" quand une dame m'a dit d'aller voir l'Unafam ».

Ils estiment que les aides professionnelles sont ponctuelles et ne remplacent pas le soutien qu'ils apportent eux-mêmes. Ils sont 66 % à considérer que leur vécu n'a jamais fait l'objet de préoccupations...

2/ Des conséquences dans tous les domaines de la vie

Des répercussions sur la vie de famille : difficulté à se projeter...

Les aidants ont été sollicités pour expliciter les répercussions de leur rôle sur neuf domaines de leur vie personnelle. Selon 91 % d'entre eux, le soutien qu'ils apportent à leur proche a un impact, parfois considérable, sur leur vie de famille, incluant leur conjoint et leurs enfants. Cet impact se manifeste par un tiraillement dans les relations familiales et des obstacles à la parentalité, générant parfois une culpabilité : « C'est dur de prioriser quoi que ce soit et de se lancer dans des projets personnels parce qu'on sait que quand on va rentrer, ce peut être la galère à la maison. Je tiens parce que si je lâche, les enfants se retrouvent seuls. J'essaie de tenir, mais tout cela a eu un impact, un peu sur ma santé, et aussi sur mon travail ».

En outre, 84 % des aidants estiment que leur rôle a une répercussion importante ou très importante sur leurs relations avec la famille élargie. Certains ne peuvent compter que sur leur famille proche, tandis que d'autres ressentent un abandon de la part de leur famille élargie. Un proche aidant raconte : « Quand on a annoncé la maladie, la famille a coupé les ponts. Elle a dit que ça n'existait pas et qu'il fallait que mon épouse se bouge et puis c'est tout. On a quelques amis qui restent proches

malgré tout, mais de toute façon, la vie sociale est difficile. On ne peut avoir aucun projet. On ne prévoit rien ».

Des répercussions sur la santé : épuisement émotionnel et physique

Plus de 75 % des aidants rapportent que leur rôle d'aidant a un impact significatif ou très significatif sur leur santé. Les personnes interrogées dans le cadre des entretiens décrivent une charge psychique élevée, avec des symptômes tels que stress, anxiété, tristesse et épuisement émotionnel. Certains mentionnent des troubles dépressifs : « J'ai dû demander un mi-temps thérapeutique à partir de septembre. Mon état de santé (dépression) ne me permet plus de travailler à temps plein ». Ils évoquent également la prise de traitements en raison de la difficulté de leur situation et du manque de soutien familial, amical ou professionnel : « Pendant quatre ans, ça a été l'enfer. J'ai dû prendre un traitement pour dormir. Mais j'avais des soucis de concentration et de mémoire ». D'autres ressentent de la culpabilité et de l'impuissance face à la maladie de la personne aidée : « Parfois, je culpabilise, en me demandant ce que j'ai bien pu faire pour que cette situation m'arrive ».

La fatigue physique est aussi mentionnée en raison de l'aide apportée dans les tâches de la vie courante. De nombreux aidants tendent à minimiser leur propre fatigue, la considérant comme moindre par rapport à la souffrance de leurs pairs : « C'est bête à dire, mais on relativise quand on entend le vécu des autres familles qui vivent des choses plus difficiles que nous ».

Des répercussions sur la vie sociale : des amis s'éloignent...

Les répondants au questionnaire estiment que le soutien qu'ils fournissent affecte leur vie sociale. Ainsi, 63 % d'entre eux affirment que leur situation a impacté leurs relations amicales, tandis que 41 % notent un effet sur leurs relations de voisinage.

Quant aux aidants rencontrés dans le cadre des entretiens, ils rapportent avoir moins de temps pour leurs amis et leur famille, ce qui a affecté leur vie sociale et a mis un terme à des relations : « On voit moins de monde. Ça a eu un impact sur notre vie sociale », ou encore : « J'ai eu des relations amicales qui se sont ar-



rêtées parce que je n'ai pas été aussi libre que ce qu'on me demandait ».

Par ailleurs, l'attitude de l'entourage, ou la manière dont elle est perçue par l'aidant et son proche, peut limiter leur pleine participation à la vie sociale. Cela peut se traduire par une réticence à sortir en raison du regard des autres ou d'un sentiment de rejet. Une proche aidante décrit une peur du jugement d'autrui : *« Je n'ai jamais parlé de la maladie de mon fils parce que l'hôpital psychiatrique est associé aux fous. Cette maladie est invisible, mais nous, proches aidants, on la rend invisible parce qu'on n'en parle pas. C'est une maladie invisible et en plus, on la conforte dans son invisibilité parce qu'on n'en parle pas et qu'on a peur que nos enfants soient jugés »*. Une autre proche aidante raconte s'être sentie stigmatisée : *« Il ne fallait pas en parler. C'était stigmatisant à cause du manque de connaissances de la maladie. On stigmatisait les mamans. On leur disait : "Ce n'est pas surprenant si un enfant est comme ça – c'est la mère" »*.

Les proches aidants interrogés éprouvent des difficultés à comprendre l'attitude de leur entourage, parfois de leurs amis. Ils se sentent fréquemment incompris ; les conseils reçus ne reflètent pas la réalité de leur situation. En conséquence, certains préfèrent désormais interagir avec des personnes vivant des situations semblables, qui leur offrent une compréhension plus adaptée : *« Les gens sont toujours en train de dire qu'il faut faire comme ça. Ce n'est pas entré dans les mœurs, parce que ça fait peur. Maintenant je préfère côtoyer des gens qui ont la même situation que nous, qui nous comprennent »*.

Selon des aidants rencontrés, une personne souffrant d'une maladie psychique est perçue comme un danger : *« On a eu quelques soucis avec des amis, parce qu'ils ne comprenaient pas. Ils ne comprenaient pas sa maladie, parce que souvent quand on parle de schizophrénie, c'est assimilé souvent à un danger »*. Cette perception des troubles mentaux entraîne ainsi une attitude discriminatoire et stigmatisante envers le proche et son aidant. L'un d'eux explique : *« Notre situation d'aidants de malades psychiques nous enferme dans l'univers de la maladie mentale et nous subissons au même titre qu'eux un sentiment de discrimination en raison de la méconnaissance d'une pathologie, principalement due à l'individualisme, au culte de la performance et au jugement des autres sur l'échec de notre fonction parentale »*.

Des répercussions sur le temps libre : repos et répit difficiles !

Près de 72 % des proches aidants constatent que prendre soin de leur proche a des répercussions sur leurs loisirs et leurs vacances, car cette aide demande de l'énergie physique et mentale. Ils éprouvent des difficul-

tés à se détendre pleinement, même en vacances, leur temps libre étant conditionné par les besoins de leur proche. Autrement dit, s'occuper de quelqu'un est une responsabilité quotidienne, rendant parfois difficile de prendre du répit : *« On a été en vacances en septembre, mais on ne déconnecte pas. C'est trop court. On n'a pas de répit. On est obligé de se réguler sur lui. On est dans l'adaptation et la prévision de tout. Notre temps libre est conditionné à lui. Ce n'est pas du répit »*.

Le manque de relais, qu'il soit professionnel ou non, et la difficulté pour l'aidant de s'absenter en laissant seul leur proche limitent fortement leur temps libre pour faire les choses qu'ils aiment ou bien pour se reposer : *« On ne peut pas partir huit jours. Tout le monde nous conseille de voyager à deux, mais c'est impossible »*. La présence constante de l'aidant, les activités de loisirs limitées et la diminution des relations sociales peuvent entraîner son isolement ainsi que celui de la personne accompagnée.

Des répercussions sur le travail : dur de tout concilier

Pour 47 % des aidants, la situation de leur proche malade et/ou en situation de handicap psychique a affecté leur activité professionnelle, les contraignant parfois à aménager, réduire ou cesser leur travail : *« Avant d'être à la retraite, j'avais dû réduire de moitié mon temps de travail car nerveusement, ça m'était difficile de rentrer de ma journée de travail pour retrouver notre majeur amorphe à la maison ! »*

Les aidants rencontrés dans le cadre des entretiens soulignent la difficulté de concilier une activité professionnelle et l'accompagnement de leur proche. Ils citent des conséquences telles que la charge émotionnelle, des problèmes de concentration et d'épuisement : *« C'est une charge. Ça me pèse dans mon travail »*... *« Les conséquences d'une aide pour son proche malade ont pour moi un retentissement sur ma vie professionnelle : concentration, épuisement, manque d'énergie, déprime, problème de mémoire et d'organisation. Tout est plus compliqué et me demande plus de temps »*. Ils évoquent des difficultés à expliquer leur situation à leur employeur : *« Ça a été difficile d'expliquer au patron, de dire que je devais partir parce que je devais faire ça »*.

Pour autant, l'activité professionnelle peut être perçue comme essentielle et bénéfique pour l'aidant, notamment pour éviter l'isolement : *« Je me suis accrochée à mon travail. Ça aurait été pire si je ne travaillais pas »*.

Le maintien d'une activité professionnelle est également lié à des besoins financiers. Certains aidants affirment que s'occuper d'un proche nécessite un soutien financier et/ou matériel : *« C'est nous qui assumons tout. On a des revenus qui sont corrects, ce qui nous permet de ne*

pas avoir de difficultés particulières ». Leur rôle de proche aidant peut ainsi affecter leur niveau de vie.

Des répercussions sur les revenus : tout l'argent peut y passer...

D'après 63 % des répondants, leur rôle a eu des conséquences significatives sur leurs ressources financières, souvent en raison des coûts associés à la maladie psychique et de ses effets sur la situation professionnelle de la personne aidée. Des proches aidants rapportent : « *Il n'a plus aucun revenu. Il n'est plus bénéficiaire du RSA et il a été radié de Pôle emploi, donc il n'est plus citoyen français. On lui verse quelques subsides* ». Ou encore : « *Il n'a rien. À l'heure actuelle, il est chômeur, travailleur précaire* ».

Le recueil du vécu des aidants révèle que des personnes aidées bénéficient d'aides financières et sociales couvrant certaines dépenses liées à la maladie et/ou au handicap psychique. Selon l'enquête, vingt-deux personnes accompagnées (69 %) bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ; neuf, de l'aide personnalisée au logement (APL) ; six, de la prestation de compensation du handicap (PCH) et deux, du revenu de solidarité active (RSA). De plus, trois personnes malades et/ou en situation de handicap psychique perçoivent une pension d'invalidité, en cumul de l'AAH. Un aidant mentionne que son fils reçoit également une aide de la Mission locale.

Bien que des aides soient octroyées, elles n'allègent pas le poids financier sur les proches aidants, comme le confirme un répondant au questionnaire : « *Pour aider notre fils, nous allons dépenser tout l'argent que nous avons mis de côté pour notre propre vieillesse* ».

Des proches aidants... profondément inquiets

Les personnes interrogées décrivent ainsi leur rôle comme difficile, intense et parfois complexe, nécessitant un équilibre constant entre leur vie personnelle et leurs responsabilités d'aidant. La polyvalence requise peut avoir des répercussions multiples dans tous les domaines de la vie : « *Nos besoins sont adaptés à sa problématique et on vit comme ça* ». Le « poids » de l'aide apportée peut devenir encore plus lourd lorsqu'une nouvelle décompensation de la pathologie survient, pouvant parfois être perçue comme inévitable : « *Mais on a toujours une épée de Damoclès* »...

Les aidants expriment une inquiétude quant à l'avenir de la personne aidée en l'absence de leur soutien. Une proche aidante déclare : « *J'aimerais que quelqu'un sache que je suis seule avec ma fille et que si un jour je suis malade ou que je ne peux plus, que quelqu'un vienne l'aider* ». Ce rôle exige de se projeter et d'anticiper l'avenir, en cas de défaillance pour des raisons de santé ou de vieillissement. Par exemple, un proche aidant indique : « *C'est-à-dire que si je décède, c'est mon fils aîné qui fera* ».

La maladie de leur proche place la famille face à des situations inédites, complexes et bouleversantes, nécessitant une capacité d'adaptation et une remise en question des rôles et des fonctions de chacun. Les aidants rencontrés ont souligné l'importance de la solidarité familiale pour planifier l'avenir, comme l'indiquent les propos d'une proche aidante : « *On sait très bien que son frère et sa sœur ne le laisseront pas tomber* », ou encore d'un autre : « *Notre fils devra forcément s'en occuper, mais il faut que les choses soient bien organisées* ».

3/ Des difficultés, des attentes, communes à l'ensemble des aidants

L'accès à l'information : une offre réellement illisible !

Dans le cadre du questionnaire, près de 94 % des proches aidants trouvent l'accès aux informations complexe. Quant aux personnes rencontrées, elles sont confrontées à des difficultés dans l'accès à l'information concernant les droits pour répondre à leurs besoins et à ceux de leur proche. Un proche aidant illustre cette situation en déclarant : « *De toute façon, on n'a aucun droit. On est reçu par personne. C'est le néant total* ». Dès lors, les proches aidants semblent investir de l'énergie à trouver la bonne information et à s'orienter vers le bon interlocuteur.

Le manque d'information concernant les dispositifs et les droits existants oblige les aidants à chercher eux-mêmes

les renseignements nécessaires. C'est la raison pour laquelle 52 % des répondants affirment savoir à qui s'adresser pour bénéficier d'aide sur le plan administratif. Un aidant rencontré souligne : « *On a cette capacité à aller chercher l'information, ce qui n'est pas le cas de tout le monde* ». Ils recherchent souvent de l'aide auprès de divers acteurs en raison de la complexité du système et de la manière dont cette information est communiquée : « *C'est compliqué parce qu'on ne sait pas où aller. Il y a tellement de structures. On ne sait pas à qui s'adresser. Il faudrait une structure unique en santé mentale. Ça manque vraiment un organisme qui centralise tout ce secteur* ». Les proches aidants ont le sentiment de faire face à un manque de visibilité de l'offre disponible en Mayenne.



Les proches aidants expriment un besoin d'informations adaptées à leur situation. Près de 97 % souhaitent obtenir des renseignements sur les organismes existants et les aides sociales et financières. Certaines personnes rencontrées lors des entretiens aimeraient être guidées dans leur recherche d'informations à l'aide d'un répertoire des acteurs intervenant auprès des personnes malades et/ou en situation de handicap psychique. Un tel outil contribuerait à rendre lisibles et accessibles les dispositifs existants en Mayenne.

Les démarches administratives : un « parcours du combattant »...

Les aidants ont rapporté des difficultés majeures et récurrentes avec l'administration, décrivant les procédures pour bénéficier ou faire valoir des droits comme lourdes et lentes. Ils qualifient ces démarches de « *parcours du combattant* », soulignant un manque de soutien : « *C'est une bataille perpétuelle à la recherche des renseignements. C'est épuisant pour les aidants* »... « *On est démuné, surtout dès qu'ils sentent qu'on peut se débrouiller un minimum* ».

Le questionnaire montre que les procédures administratives sont perçues comme complexes et sources de lassitude et d'épuisement. Plus précisément, plus des trois quarts des aidants (81 %) déclarent être confrontés à une complexité de l'ensemble des démarches. Les délais de traitement des dossiers sont également jugés trop longs par rapport à l'urgence des demandes. Selon les résultats du questionnaire, 69 % des répondants sont insatisfaits des délais de réponse des institutions. En particulier, lorsqu'ils sollicitent des aides financières auprès de la Maison départementale de l'autonomie (MDA), les délais de réponse semblent compris entre neuf et quinze mois, ce qui accroît leur fatigabilité : « *Il a fallu attendre quinze mois avant d'obtenir la décision de la MDA (et ceci après plusieurs rappels auprès de cette*

administration) ». Un manque de transparence dans les décisions prises par la MDA est aussi souligné.

La mise en œuvre effective des décisions administratives qui ont été prises est également une préoccupation. Plus de la moitié des aidants (53 %) expriment leur insatisfaction à ce sujet. Un proche aidant indique : « *Beaucoup trop long d'avoir une réponse. Et quand sur le papier, tout est établi, dans les faits, rien ne peut se mettre en route par débordement des services, par manque de personnel* ».

L'aide apportée par certaines associations peut se révéler alors précieuse. Par exemple, un répondant au questionnaire souligne : « *Si on ne se fait pas aider par le milieu associatif, on peut se mettre en erreur dans le remplissage des dossiers ou oublier certains renseignements* ». Certains aidants mentionnent l'intervention de l'Unafam 53 concernant la compréhension des aides financières et sociales et le remplissage des dossiers administratifs : « *Heureusement que des structures comme l'Unafam existent pour avoir des renseignements nécessaires ainsi qu'une écoute. C'est un parcours du combattant qui nous épuise, nous, les aidants* ». C'est pourquoi, 94 % des répondants expriment le besoin d'être accompagnés dans la réalisation des procédures administratives en lien avec leurs droits et ceux de leur proche.

Le parcours de soin : mise à l'écart des proches aidants

Lors des entretiens, les aidants ont fait état des dysfonctionnements et de la complexité du système médical : « *On fait face à une crise hospitalière* ». Ils décrivent une situation préoccupante, marquée par un manque de professionnels spécialisés en santé mentale et une détérioration des services. Lorsque les répondants du questionnaire sont interrogés sur le suivi médical de leurs proches malades et/ou en situation de handicap psychique, 78 % expriment leur insatisfaction. Ils constatent un morcellement du parcours de soins, soulignant le manque de psychologues et de psychiatres : « *Pas assez de psychologues et de psychiatres. Cela entraîne des rendez-vous tous les deux ou trois mois. Il me semble qu'une thérapie nécessite des rendez-vous réguliers pour effectuer un vrai travail* ».

L'insuffisance des aides de professionnels pour accompagner leur proche oblige les aidants à assumer une part importante des soins. Comme l'indique une proche aidante : « *La famille est la deuxième équipe de soins* ».

Un proche aidant ajoute qu'il a un rôle crucial dans le suivi des soins, mais se considère avant tout comme un père et un conjoint, plutôt que comme un professionnel de la santé : « *Dans le quotidien, il y a certainement des choses que je ne sais pas faire. Je ne suis pas un professionnel de la santé. Je fais ce que je veux comme je*

peux. On me dit que je dois stimuler, mais je ne sais pas quoi faire. Avec mon fils, je l'ai fait, mais pas avec ma femme. C'est une relation de couple. Je ne supporte pas ça ». Ces témoignages illustrent la lourde responsabilité et l'engagement des aidants dans leur rôle.

Pour autant, lorsque leur proche bénéficie d'un soutien par des professionnels de santé, 69 % jugent insatisfaisante la prise en compte de leur rôle en tant que proche, et la moitié d'entre eux (50 %) se sentent insuffisamment reconnus dans cette fonction. Un aidant illustre ce sentiment en affirmant : « Je n'étais pas pris en compte non plus en tant que proche. Quand mon épouse était hospitalisée, on m'ignorait. Quand on veut prendre des rendez-vous, on ne nous répond pas. De l'extérieur, ce n'est pas beau. Je ne sais pas comment ils le vivent de l'intérieur ».

Les aidants évoquent un manque de complémentarité et d'information concernant les soins dont bénéficie leur proche, surtout en raison de sa majorité : « Il faudrait que les professionnels de santé apprennent à écouter ce que les parents ont à dire. Le malade dit une chose,

mais comme sa vision est déformée, il parle en son nom propre, mais nous, les parents, on vit autre chose et on a des choses à dire. Ces choses-là sont incomprises. On est refoulés en tant que parents parce que nos enfants sont majeurs. Et quand ils sont à l'hôpital, on se fout pas mal de savoir combien les parents sont dans la peine ».

Cette mise à l'écart semble engendrer un sentiment d'abandon, particulièrement amplifié lors de changements dans l'état de santé de la personne aidée. Plus de 71 % des répondants expriment leur insatisfaction quant à la gestion médicale des situations d'urgence. Les aidants souhaiteraient une prise en compte globale et cohérente de leur proche, qui devrait être abordée de manière « humaine » plutôt que strictement technique ou marquée par des ruptures de soins. Par exemple, un répondant au questionnaire raconte : « Ma fille, emmenée aux urgences en pleine nuit par les pompiers (crise d'angoisse impressionnante et menace de suicide), a attendu une heure seule dans un couloir avant de voir l'interne. Après un court entretien, il a accepté de la lais-

La santé mentale, érigée en « Grande cause nationale » pour 2025

Après l'activité physique et sportive en 2024, la santé mentale sera la « Grande cause nationale » pour l'année 2025. Cette question touche presque un Français sur cinq, a souligné le Premier ministre, Michel Barnier, en visite dans la Vienne le 10 octobre. Le lendemain, au Conseil des ministres, la ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, Geneviève Darrieussecq, a développé les quatre objectifs prioritaires pour promouvoir la santé mentale :

- **La déstigmatisation**, afin de changer le regard des Français sur les troubles psychiques et les troubles mentaux ;
- **Le développement de la prévention et du repérage précoce**, par la sensibilisation et la formation dans toutes les sphères de la société ;
- **L'amélioration de l'accès aux soins partout dans le territoire français**, par la gradation des parcours, le développement des nouveaux métiers de la santé mentale en veillant aux soins des personnes les plus fragiles et présentant les troubles les plus complexes ⁽¹⁾ ;
- **L'accompagnement des personnes concernées** dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne, comme la formation, l'emploi, le logement, l'accès aux loisirs, etc.

Le gouvernement a rappelé l'importance de s'appuyer sur les actions déjà engagées en la matière, notamment la feuille de route nationale « Psychiatrie et santé mentale » ⁽²⁾.

Chaque ministère est invité à développer sa feuille de route, qui s'inscrit dans la stratégie globale coordonnée par la ministre de la Santé et de l'Accès aux soins et la ministre déléguée en charge de la Coordination gouvernementale.



Le 10 octobre 2024, en visite au centre hospitalier Henri-Laborit, à Poitiers (Vienne), le Premier ministre a exposé les principaux enjeux concernant la santé mentale, qu'il souhaite ériger « Grande cause nationale » pour 2025.

(1) – Michel Barnier a notamment annoncé vouloir doubler d'ici à trois ans le nombre de maisons des adolescents, qui sont actuellement 125 dans le territoire national.

(2) – https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf

ser repartir sans s'assurer de mon accord. Quand je suis arrivée, elle m'attendait sur le parking ! »

Près de 60 % des proches aidants ont besoin d'être associés aux préconisations ou aux décisions médicales. Un proche aidant suggère : « *Chaque proche aidant devrait pouvoir être entendu soit en même temps que le patient, soit à part. Cela donnerait une vision globale de la maladie : celui qui la vit, celui qui aide.* »

L'écoute et le soutien : être « reconnu » et pouvoir partager son vécu...

D'autres besoins ont été identifiés, en particulier le besoin d'écoute et de soutien. En effet, 73 % des personnes interrogées se sentent isolées dans leur quotidien. Quant aux aidants rencontrés, ils ont exprimé le besoin d'être écoutés et soutenus.

À titre d'exemple, une proche aidante précise : « *Il faut absolument que le milieu médical sache accueillir les familles et les écouter. Ils n'ont pas le temps. Je peux tout comprendre. Oui, d'accord, mais il faut qu'ils écoutent ce que les familles ont à dire. Il faut donner la même importance à tous* ».

Ce besoin d'écoute et de soutien traduit également un besoin de reconnaissance de leur vécu et de valorisation de leur rôle d'aidant, comme le souligne Madame G : « *J'aimerais que mon vécu soit reconnu comme quelque chose de difficile* ».

Il en ressort que le soutien principal aux aidants devrait d'abord consister en une aide professionnelle de qualité, répondant à la fois aux besoins de la personne aidée et à ceux des aidants eux-mêmes. Plus de 81 % des répondants souhaiteraient accéder à un soutien psychologique individuel adapté à leur situation. De plus, trois quarts d'entre eux expriment le désir de participer à des activités de bien-être à visée thérapeutique pour être en bonne santé.

Les proches aidants ont également insisté sur leur besoin d'échanger avec d'autres aidants. Parmi eux, 81 % seraient intéressés pour prendre part à des rencontres formelles avec d'autres aidants et ainsi échanger sur le vécu au quotidien. Les groupes de parole ou de soutien offrent l'opportunité de partager leurs perceptions, leurs difficultés et leurs réussites.

Certains aidants pensent que ces échanges pourraient les aider à partager des informations, à obtenir des conseils pratiques et à établir des relations avec d'autres personnes vivant des situations similaires.

Attente de solutions de répit pour se reposer et se ressourcer

La question du répit pour les aidants est étroitement liée à la nécessité de reconnaître le soutien dont ils ont be-



soin en raison de l'épuisement causé par leur engagement quotidien à long terme. Les entretiens révèlent des besoins de répit variés, influencés par la composition familiale, l'isolement possible de l'aidant, l'âge de l'aidant et de la personne aidée, ainsi que l'évolution de la maladie. D'après les résultats du questionnaire, 59 % des répondants manifestent l'attente d'accéder à des solutions de répit pour se reposer et se ressourcer. Ce temps de répit est alors perçu comme essentiel pour améliorer leur qualité de vie et prévenir l'épuisement.

Toutefois, des aidants ne recourent pas aux dispositifs de répit existants, souvent en raison d'une méconnaissance de ces services ou parce qu'ils les jugent insuffisants et inadaptés à leurs besoins. Il existe également des freins à l'acceptation des solutions de répit. Ceux-ci peuvent être psychologiques, comme la difficulté pour les aidants d'exprimer leurs besoins personnels et le sentiment de culpabilité associé au besoin de temps pour soi. Une proche aidante illustre ce sentiment : « *Mais de toute façon, notre philosophie, c'est qu'on ne va pas partir en vacances alors que notre fils est malade, c'est impossible !* » Par ailleurs, ces freins peuvent être financiers, avec notamment des inquiétudes concernant d'éventuels frais supplémentaires en cas de recours à une solution de répit.

Parmi les aidants interrogés, le temps pour soi pourrait se caractériser par des séjours avec le proche aidé, offrant ainsi la possibilité de rester ensemble tout en ayant du temps personnel et en pouvant compter sur le sou-

tion de professionnels. En outre, plus de 65 % d'entre eux souhaitent participer à des temps de convivialité informels avec d'autres aidants, permettant de renforcer le lien social et de sortir du quotidien.

Le besoin de temps pour soi des aidants est étroitement lié à la nécessité d'un relais. Ce besoin est perçu ici comme temporaire, permettant de se ressourcer ou de gérer des obligations personnelles. Les aidants rencontrés dans le cadre des entretiens expriment le souhait de bénéficier d'un soutien à domicile pour les remplacer momentanément dans leur rôle quotidien : « *Par exemple, de dire qu'on aurait besoin d'un week-end ou d'une semaine pour se reposer et qu'il y aurait un professionnel qui vienne, qui se déplace pour s'assurer que tout va bien* ». Toutefois, le coût potentiel de cette intervention à domicile représente un obstacle pour certaines familles.

À travers ce recueil du vécu des aidants, le répit est défini comme une pause nécessaire dans un quotidien dédié à l'aide apportée au proche, offrant à l'aidant du temps pour se retrouver et prendre soin de lui-même. Ce répit se manifeste par la possibilité de renouer avec des activités abandonnées et de bénéficier de moments de disponibilité physique et psychique. Ces moments pour soi permettent de rompre l'isolement, de partager le « poids » de l'aide et de restaurer des relations sociales.

La formation au rôle d'aidant et l'information sur la maladie psychique

Le rôle d'aidant recouvre ainsi une variété de situations et de besoins, nécessitant des solutions adaptées pour offrir un soutien efficace. Parmi les dispositifs existants, les formations peuvent s'avérer particulièrement utiles pour aider les aidants à mieux accompagner leur proche en enrichissant leurs connaissances, en interprétant les comportements et les réactions, et en adoptant une posture adaptée à la pathologie. Selon les réponses au questionnaire, 81 % des personnes souhaitent mieux comprendre leur proche et apprendre à gérer leurs émotions. Un aidant souligne : « *Les formations sont très utiles pour garder une bonne et saine relation avec le malade* ».

Les aidants rencontrés ont exprimé leur satisfaction concernant les formations organisées par l'Unité de réhabilitation psychosociale Anolis (Urpa) du Centre hospitalier de Laval, en particulier le programme « Profamille ». Ce programme de psychoéducation aide les familles et les proches de patients atteints de schizophrénie ou de troubles apparentés à mieux comprendre la maladie et les traitements, à améliorer leurs compétences relationnelles, à gérer leurs émotions, à obtenir de l'aide et à développer un réseau de soutien. Cependant, un répondant au questionnaire souligne que cette formation devrait être davantage promue : « *Je suis le programme*

Profamille. Je n'ai appris son existence que cette année (vingt ans après) ».

Des aidants ont mentionné la formation « Bref », un programme psychoéducatif en trois séances, destiné aux membres de l'entourage des personnes ayant un trouble psychique. Ce programme fournit des informations essentielles et aide à comprendre la situation, à déculpabiliser les aidants, à renforcer l'alliance thérapeutique et à encourager les participants à chercher de l'aide et à se renseigner, notamment auprès de l'Unafam. Comme décrit par un proche aidant : « *Il y a la formation "Bref". C'est proposé par l'hôpital. C'est trois heures de formation. Pendant une heure, un psychiatre ou un psychologue explique la maladie du proche. La deuxième heure, les soignants parlent de la prescription médicamenteuse et la troisième heure, c'est l'Unafam qui explique ce qu'elle peut apporter à la famille. Mais ça c'est récent* ».

Apprendre à se rebeller : ne pas tout accepter !

Les difficultés rencontrées par les proches aidants mettent en évidence que leurs attentes se manifestent dans tous les aspects de leur vie. La reconnaissance et la valorisation de leur aide sont des besoins particulièrement prioritaires. Face à l'ensemble de ces constats partagés, une proche aidante encourage ses pairs à exprimer leur situation et à défendre leurs droits : « *Je ne me suis pas laissé faire. Les familles ne doivent plus jamais se laisser faire. C'est ce que j'ai appris de mon expérience. Il faut mettre les deux pieds dans le plat. Il faut que les familles apprennent à se rebeller !* »

Cette citation reflète l'énergie que les aidants investissent, souvent au détriment de leur propre santé physique et mentale. Bien que les systèmes familiaux et les stratégies d'ajustement leur permettent de continuer à jouer ce rôle, leur préoccupation majeure reste que leur proche ainsi que leur propre vécu soient pris en compte. La question centrale demeure : comment les soutenir afin qu'ils puissent continuer à assumer leur rôle ?



Constats, réflexions, suggestions formulés par les aidants

Au regard des attentes des proches aidants de personnes malades et/ou en situation de handicap psychique, on peut retenir les constats principaux suivants :

- ✓ L'enquête incite à ne pas mettre les proches aidants dans des cases car les situations évoluent avec le temps en fonction de la relation, de la maladie, du handicap ou de l'âge des personnes concernées.
- ✓ La polyvalence des aidants dans l'accompagnement de leurs proches peut avoir des répercussions sur plusieurs aspects de leur vie (relations familiales et amicales, santé, activité professionnelle, loisirs, vacances, ressources financières). Ce rôle peut générer un rétrécissement de la vie sociale et familiale, avec des renoncements, comme l'éventuelle cessation d'une activité professionnelle. Cette responsabilité et cet engagement auprès d'un proche peuvent entraîner un épuisement chez l'aidant en raison d'un investissement constant sur le long terme, parfois accentué par l'apparition d'une nouvelle décompensation de la pathologie. L'épuisement de l'aidant peut ainsi avoir des répercussions sur le proche, qui peut être hospitalisé, non pas pour des raisons médicales, mais en raison de l'indisponibilité de l'aidant épuisé. La santé physique et psychique des aidants constitue alors un véritable enjeu de santé publique.
- ✓ Les proches aidants sont confrontés à des difficultés à l'égard de l'accès aux droits, au manque de professionnels spécialisés en santé mentale, à la dégradation des services, ainsi qu'à une insuffisante coordination avec les professionnels de la santé mentale. Ils ressentent un sentiment d'exclusion, d'abandon et de non-reconnaissance dans le parcours de soins de leur proche. Les aidants interrogés mentionnent des dysfonctionnements, une complexité du système de santé, un morcellement du parcours de soins et un manque de transmission d'informations.
- ✓ Le recueil du vécu de proches aidants adhérents de l'Unafam 53 révèle que leurs besoins se manifestent dans tous les domaines de leur vie, avec en premier lieu une attente de reconnaissance et de valorisation de l'aide apportée.

Ces constats mettent en évidence les pistes de réflexion et les suggestions suivantes, formulées par les aidants interrogés, afin de permettre une meilleure qualité de vie pour leur proche et pour eux-mêmes :

- ✓ **Une reconnaissance du rôle d'aidant** en impliquant les aidants dans les décisions médicales importantes, y compris pour les proches qui sont majeurs ;
- ✓ **Un accès à l'information et à une orientation vers les dispositifs adaptés et les bons interlocuteurs** en fournissant un répertoire des acteurs pour connaître les services, les dispositifs qui ont vocation à accompagner le proche aidant dans les missions, les démarches qu'il accomplit au quotidien ;
- ✓ **Une écoute et un soutien** en rendant accessibles le soutien psychologique individuel et les activités de bien-être à visée thérapeutique ;
- ✓ **Des solutions de répit** en facilitant l'accès à du relais à domicile et à des séjours aidant-aidé afin de permettre aux aidants de se reposer et de se ressourcer ;
- ✓ **Des actions de formation et d'information** en présence de pairs pour échanger sur le vécu au quotidien.

Onze entretiens approfondis auprès d'adhérents proches aidants

Le 12 octobre 2023, lors d'une rencontre des adhérents, les responsables de l'Unafam 53 ont présenté un projet pour la mise en œuvre de réponses de répit au profit des proches aidants. Cette démarche visait à associer les aidants adhérents de l'association à la définition des attentes et à l'analyse des besoins de leurs pairs.

À la suite de cette réunion, un comité de pilotage composé d'adhérents de l'association s'est formé et s'est réuni le 4 décembre 2023 en présence du CÉAS de la Mayenne. Le comité de pilotage a eu pour mission de réfléchir sur la méthode, les résultats et les orientations à prendre, en tenant compte des avancées du projet. Une première phase d'enquête a porté sur la réalisation d'entretiens auprès d'aidants adhérents de l'Unafam 53.

L'objectif était de pouvoir étudier et restituer au plus près les perceptions de proches aidants et leurs besoins de répit. Le guide d'entretien a permis d'orienter le discours des interlocuteurs sur différentes thématiques dans le but d'étayer des constats récurrents. Il était composé d'une liste de questions que le comité de pilotage a souhaité poser : elles étaient ordonnées autour de quatre grandes thématiques, à savoir le rôle d'un proche aidant, la place de l'entourage, les aides des professionnels et les souhaits pour maintenir ou améliorer la qualité de l'accompagnement. Cette approche qualitative a permis de centrer la parole sur des points importants pour le projet de l'Unafam 53 et d'obtenir des informations détaillées. Le CÉAS a également utilisé des questions ouvertes pour faciliter l'échange et permettre aux personnes d'élargir librement leurs propos.

Par l'intermédiaire de l'Unafam 53, le CÉAS a pris contact par courriel et/ou par téléphone auprès d'adhérents dans le but de programmer un entretien. Au total, le CÉAS a réalisé onze entretiens entre le 11 janvier et le 27 mars 2024. Il a rencontré quinze proches aidants, dont quatre couples qui accompagnent, à titre non professionnel, de façon permanente ou ponctuelle, leur enfant et/ou leur conjoint pour accomplir des actes de la vie quotidienne.

Les personnes rencontrées sont neuf femmes et six hommes. Parmi elles, treize sont parents d'une personne malade et/ou en situation de handicap psychique, un

aidant est conjoint et une personne accompagne son épouse et un enfant. Les aidants rencontrés habitent en Mayenne. Les maladies et/ou les situations de handicap psychique concernées sont variées. Il s'agit notamment des cinq maladies mentales que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) identifie parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif.

Dix rencontres ont eu lieu dans les locaux du CÉAS et un entretien s'est déroulé au domicile d'un couple. Les échanges ont duré une soixantaine de minutes chacun. Chaque rencontre a été amorcée par un propos introductif dans le but de préciser le statut du CÉAS, ainsi que la démarche et l'objet de la discussion.

Le CÉAS a également expliqué l'intérêt d'avoir un enregistrement de l'entretien car il permet notamment de faire ressortir la parole exacte, contrairement à une prise de notes. Le CÉAS a veillé à demander l'autorisation des participants en garantissant leur anonymat et la confidentialité des informations transmises. En amont de l'analyse des informations recueillies, le CÉAS a ainsi pu retranscrire fidèlement chaque entretien.

La richesse d'un entretien est conditionnée par la relation de confiance instaurée entre les différents interlocuteurs. C'est la raison pour laquelle les personnes rencontrées avaient la possibilité de ne pas répondre à toutes les questions dans l'éventualité où elles ne le souhaitaient pas. L'adoption d'une posture d'écoute attentive et de neutralité était également requise. Il s'agissait de poser les questions en évitant toute intervention directive, c'est-à-dire en s'abstenant d'apporter des éléments de réponse.

Une enquête par questionnaire auprès de tous les adhérents

Le comité de pilotage a ensuite souhaité faire réaliser une enquête par questionnaire afin d'approfondir l'état des lieux produit à l'issue des onze entretiens menés. Il s'agissait ainsi de recueillir des informations auprès d'un plus grand nombre de proches aidants adhérents de l'Unafam 53. Tout d'abord, le CÉAS a réalisé une première version du questionnaire que le comité de pilotage a relue le 3 juin 2024. La version finale du questionnaire comprend vingt questions portant sur le vécu du proche aidant.

Compte tenu des coûts de recueil des informations en face-à-face ou par téléphone, ainsi que des besoins de flexibilité des proches aidants dans l'organisation de leur temps, le CÉAS a proposé une diffusion en ligne. Préalablement, il a saisi le questionnaire sur le logiciel « Framiforms ». L'Unafam 53 a joué le rôle de relais pour diffuser par courriel le lien de l'enquête auprès de quelque soixante adhérents. Les réponses au questionnaire parvenaient automatiquement par informatique au CÉAS. Ce dispositif a garanti un strict respect de l'anonymat.

La période de collecte des résultats a eu lieu du 14 juin au 8 juillet 2024, date à laquelle l'analyse des résultats a débuté. Au total, trente-deux proches aidants adhérents de l'Unafam 53 ont répondu au questionnaire d'enquête.

Parmi les répondants, 69 % sont des femmes et 31 % sont des hommes. Ils sont 31 % à être âgés entre 30 et 59 ans ; 63 % ont entre 60 et 79 ans ; 6 % ont 80 ans ou plus. Sur les trente-deux aidants s'étant exprimés, vingt-neuf (91 %) sont des ascendants (mère, père, grand-mère, grand-père) ; et dans une moindre mesure, trois personnes (9 %) sont des conjoints.

Concernant leur proche, 84 % sont des hommes et 16 % des femmes. Ils sont 3 % à être âgés de moins de 18 ans ; 19 % ont entre 18 et 29 ans ; et 78 % entre 30 et 59 ans. Les aidants ont été interrogés sur la nature des difficultés auxquelles leur proche est confronté. Parmi les répondants, vingt-cinq ont soumis une réponse relevant du registre déclaratif.

Ils font mention de symptômes émotionnels (peur, angoisse, irritabilité) pouvant conduire à un isolement social ; de symptômes comportementaux (humeur labile, difficultés à trouver de l'intérêt ou à poursuivre des activités et à avoir une activité professionnelle, à accomplir des actes de la vie quotidienne) ; de symptômes cognitifs (désorientation dans le temps et l'espace, troubles de la mémoire, difficultés de concentration, d'attention, de perception liée à une faculté d'organisation et de prise de décision) ; enfin de symptômes physiques (fatigue et troubles du sommeil). Des proches aidants évoquent la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, en particulier une dépendance à l'alcool ou au tabac et des troubles de l'alimentation.



La santé mentale à voir, à lire, à découvrir...

Dans sa rubrique « Santé publique » et une série « à voir, à lire, à découvrir... », le site Internet du CÉAS propose des dossiers sur la dépression (7 pages) ⁽¹⁾, la santé mentale (6 pages) ⁽²⁾, ainsi que sur l'autisme (18 pages) ⁽³⁾, avec diverses présentations d'albums graphiques, de témoignages, de romans...

Centre d'étude et d'action sociale de la Mayenne

Qui sommes-nous ? Publications Prestations Voyages d'étude

Santé publique

L'internaute peut accéder, dans cette rubrique, à de l'information générale ou à des données statistiques concernant la Mayenne sur diverses thématiques relatives à la santé publique.

Testez vos connaissances !
Ce quiz utilise les ressources documentaires que le CÉAS met en ligne dans les rubriques ci-dessous. Aucune difficulté majeure pour tous ceux qui s'intéressent aux productions du CÉAS.

Quiz Santé publique

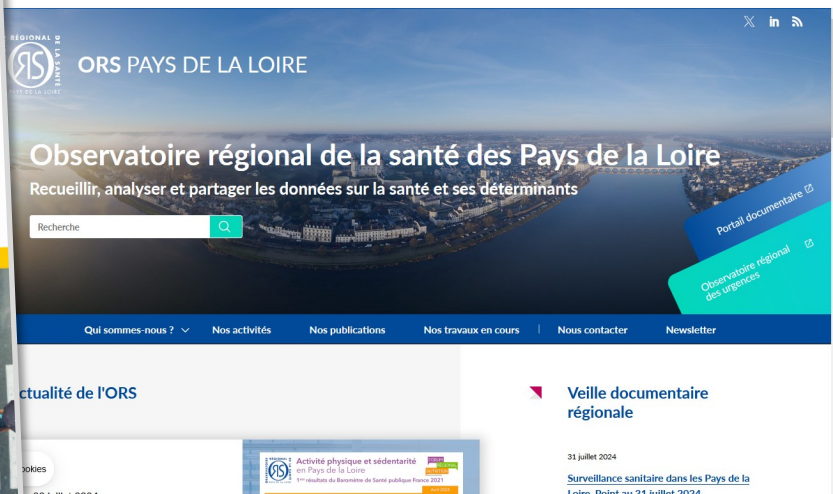
- Études et recherches
- Addictologie
- Guérissage traditionnel et sorcellerie
- Menstruations
- Contraception/IVG
- Surpoids/Obésité
- Mémoire
- Handicap
- Sclérose en plaques
- Covid-19
- Cancer
- Santé mentale
- Autisme
- Trisomie 21
- Épilepsie
- Cécité
- Surdité
- Dépression et mal-être
- Suicides
- Soins palliatifs, fin de vie, mort, deuil

(2) – <http://www.ceas53.org/uploads/pdf/Sante%20publique/Sante%20mentale/La-maladie-mentale-a-voir-a-lire-a-decouvrir-Janvier-2023.pdf>

(3) – <http://www.ceas53.org/uploads/pdf/Sante%20publique/Autisme/L-autisme-A-voir-a-lire-a-decouvrir-Novembre-2022.pdf>

(1) – <http://www.ceas53.org/uploads/pdf/Sante%20publique/D%C3%A9pression%20et%20mal-%C3%AAtre/La-depression-A-voir-a-lire-a-decouvrir-Mai-2022.pdf>

CÉAS de la Mayenne
29, rue de la Rouillère
53000 Laval
Tél. 02 43 66 94 34
Mél. ceas53@wanadoo.fr



La santé mentale en Pays de la Loire (2021) Préoccupation pour les femmes et les plus jeunes

En juin 2024, l'Observatoire régional de la santé (ORS) a publié les résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021 sur la santé mentale des Ligériens âgés de 18 à 75 ans ⁽¹⁾. Les données portent sur les épisodes dépressifs caractérisés (EDC), les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. L'enquête a été conduite entre février et décembre 2021, durant la période marquée par la crise sanitaire du covid-19.

1/ Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC)

En 2021, 12 % des habitants des Pays de la Loire ont déclaré avoir vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze mois précédents (13 % au niveau national). L'épisode dépressif est qualifié de « sévère » par 5 % des Ligériens et de « modéré » par 6 %. Les femmes sont plus concernées que les hommes (16 %, contre 7 %).

Les 18-34 ans présentent des taux élevés d'EDC (14 %), en particulier les jeunes femmes (20 %). La proportion diminue avec l'âge : elle est de 12 % pour les 35-54 ans et de 9 % pour les 55-75 ans.

Les EDC ont fortement augmenté sur une quinzaine d'années : si 12 % des Ligériens ont déclaré avoir vécu un EDC en 2021, le taux était seulement de 6 % en

2005. La hausse est nettement plus marquée chez les femmes (de 6 % en 2005 à 16 % en 2021) que chez les hommes (de 5 % à 7 %).

La taille de l'échantillon incite à la prudence pour des analyses prenant en compte plus de facteurs. Par contre, au niveau national, le vécu d'un EDC dans l'année caractérise plutôt les personnes qui ne se déclarent pas à l'aise financièrement, ainsi que celles vivant seules ou dans une famille monoparentale, enfin les personnes au chômage.

2/ Les pensées suicidaires

S'agissant des pensées suicidaires, 3,5 % des Ligériens âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédents (4,2 % en France). Les pensées suicidaires sont plus fréquentes chez les

(1) – Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « Santé mentale en Pays de la Loire – Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 #8 », juin 2024 (12 pages). L'enquête dans la région porte sur un échantillon de 1 450 personnes de 18 à 75 ans.
https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2024_PDF/2024_BS2021_8_SanteMentale.pdf.

femmes (4,6 %) que chez les hommes (2,4 %). Les jeunes femmes de 18 à 34 ans sont particulièrement concernées (taux de 7 %). Chez les Ligériens de 18 à 75 ans, le taux demeure stable (3,7 % en 2017 et 3,5 % en 2021).

Les données nationales montrent que les personnes vivant seules, celles étant au chômage, ainsi que celles percevant leur situation financière comme étant difficile, sont plus à risque d'avoir des pensées suicidaires. Toujours au niveau national, chez les 18-24 ans, la proportion de personnes déclarant des pensées suicidaires a fortement augmenté entre 2017 et 2021, plus particulièrement chez les femmes (9,4 % en 2021, contre 5,6 % en 2017).

3/ Les tentatives de suicide

L'enquête prend en compte l'ensemble des gestes auxquels les Ligériens ont donné une intention suicidaire. Ces gestes « *peuvent être de nature et de gravité très différentes, depuis ceux étant passés inaperçus auprès de l'entourage, jusqu'à ceux ayant donné lieu à une hospitalisation* ». Seules les tentatives de suicide au cours de la vie entière sont ici étudiées.

Ainsi, 8 % des Ligériens âgés de 18 à 75 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide (7 % en France). La proportion est plus importante chez les femmes (9 %) que chez les hommes (6 %). Le taux est un peu plus élevé chez les jeunes femmes âgées de 18 à 34 ans (11 %). En outre, les tentatives de suicide sont moins fréquentes chez les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat (4 %) par rapport à celles ayant un diplôme inférieur ou équivalent (9 %).

Bien que les taux fluctuent d'une année à l'autre, ceux des années 2014, 2017 et 2021 (entre 6,4 et 7,6 %) sont légèrement supérieurs à ceux des années 2005 et 2010 (6,0 et 4,7 %).

Au niveau national, les personnes vivant seules, celles percevant leur situation financière comme étant difficile, les hommes au chômage et les femmes en inactivité professionnelle sont les plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Environ un tiers des Ligériens ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie indiquent en avoir fait deux ou plus. Pour la plupart d'entre eux, la dernière tentative a eu lieu avant l'âge de 25 ans.

Les personnes interrogées sur les raisons des passages à l'acte mentionnent principalement des motifs familiaux (51 %), sentimentaux (39 %), professionnels ou scolaires (29 %), financiers (12 %). Dans une moindre proportion, ce peut être pour des raisons de santé (9 %).

Parmi les Ligériens concernés, 29 % expliquent qu'ils étaient réellement déterminés à mourir et n'ont survécu que par chance ; 17 % souhaitaient mourir tout en sachant que le moyen employé n'était pas le plus efficace ; environ 55 % considéraient leur tentative de suicide comme un appel à l'aide sans intention réelle de mourir. Ces taux sont assez proches de ceux observés à l'échelle nationale.

Concernant l'aide reçue, 64 % des Ligériens ayant tenté de se suicider estiment avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir après leur passage à l'acte. Environ la moitié de ces personnes sont allées à l'hôpital à la suite de leur tentative, avec une hospitalisation d'au moins une nuit pour la quasi-totalité d'entre elles.

Parmi celles qui ne sont pas allées à l'hôpital, près de 40 % ont bénéficié d'un suivi médical ou psychologique. Au total, 71 % des personnes ayant fait une tentative de suicide ont fait l'objet de l'une de ces prises en soins. Ces chiffres sont proches de ceux observés au niveau national.



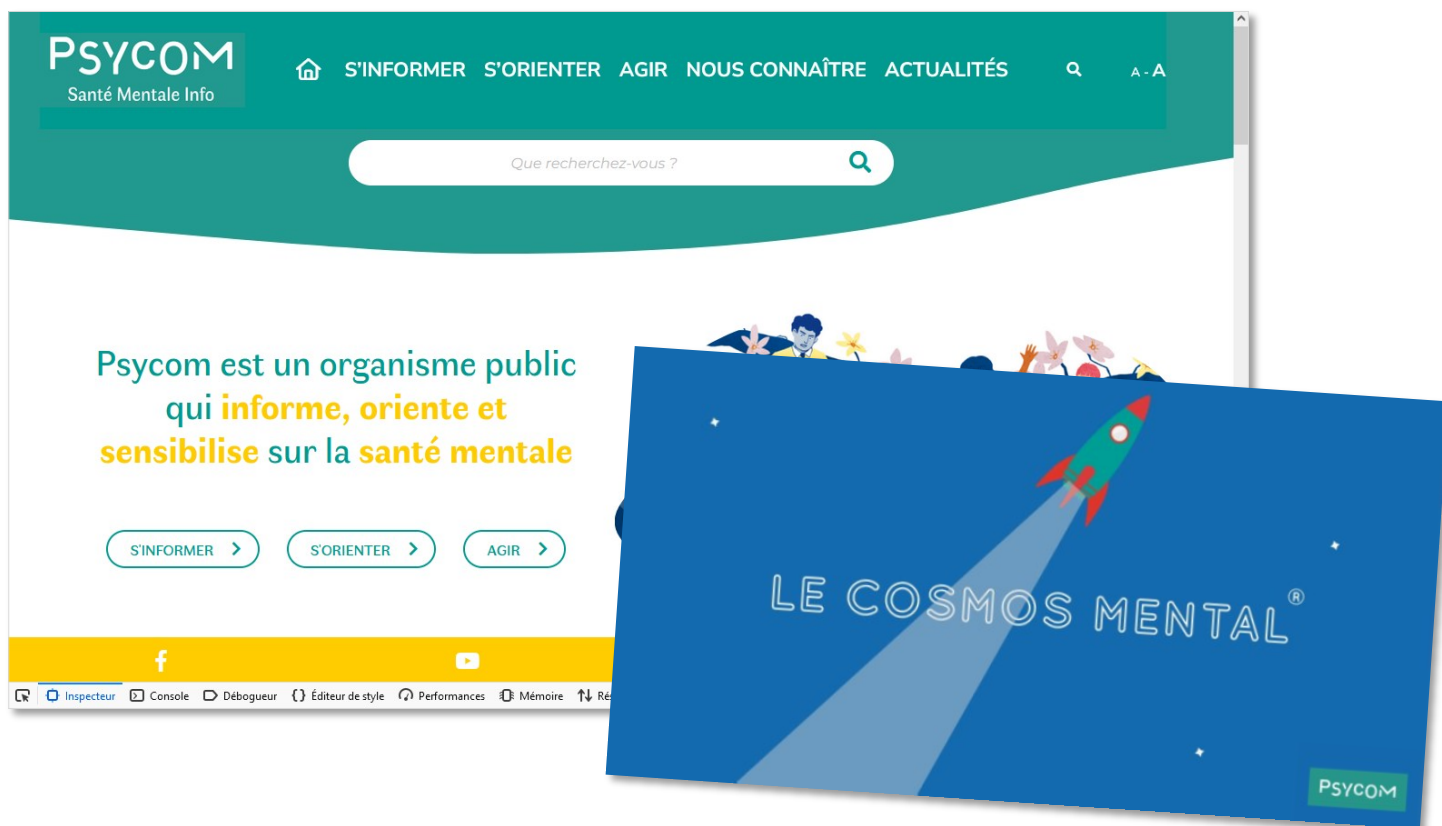
Un centre de ressources dans les Pays de la Loire

Le CReHPsy Pays de Loire est le Centre Ressource Handicap Psychique des Pays de la Loire. Ce centre de ressources, inauguré en 2013, a pour objectif de **promouvoir les organisations, les programmes, les outils** qui contribuent à soutenir le rétablissement des personnes en situation de handicap psychique et à améliorer leur parcours de vie.

Il plaide pour faire reconnaître les spécificités du handicap psychique en termes de droits, de compensations, par la lutte contre la stigmatisation ; soutenir le développement de pratiques innovantes qui ont fait leur preuve ; promouvoir le développement de la pair-aidance en santé mentale et soutenir les expérimentations locales.

Il intervient pour l'inclusion sociale, l'accès au logement, à la formation et au travail, à la culture et aux loisirs, ainsi que pour le travail avec les usagers, les pair-aidants et les familles, l'évaluation de la situation de handicap psychique et du processus de rétablissement, enfin la promotion et l'aide au déploiement régional de la réhabilitation psychosociale.

Site Internet : <https://www.crehpsy-pl.fr/>



Le cosmos mental ® Des kits pédagogiques pour mieux comprendre le concept

Le Psycom est un organisme public qui informe, oriente et sensibilise sur la santé mentale. Afin de mieux faire comprendre le concept, il a élaboré un clip pédagogique : « Le Cosmos mental ® ». La métaphore du Cosmos illustre la complexité et la dynamique de la santé mentale qui évolue tout au long de la vie.

Comme l'explique le Psycom, « le clip peut s'utiliser seul ou pour animer des actions de sensibilisation, en suivant les conseils proposés dans le mode d'emploi qui l'accompagne » : « Dans sa fusée, l'individu voyage au milieu de planètes "ressources" et "obstacles", affronte des astéroïdes "accidents de parcours", rencontre des étoiles filantes "événements de vie" et tente de se maintenir sur la voie lactée de "l'équilibre psychique" » (<https://youtu.be/LD1hk0OVt8Y>)

Deux kits pédagogiques sont disponibles afin de permettre à toutes les personnes qui veulent mieux comprendre le concept de la santé mentale pour elles-mêmes, ou afin de l'expliquer à d'autres :

- ✓ [« Un kit pédagogique pour parler de la santé mentale »](#)
- ✓ [« Un kit pédagogique pour expliquer la santé mentale – Mode d'emploi »](#).

Pour ce faire, le Psycom a rédigé des orientations pédagogiques puis a développé, avec l'Association départementale pour la promotion de la santé (Ades) du Rhône, des supports visuels d'animation.

Ainsi, le kit peut être utilisé pour animer des ateliers dans le but de :

- ✓ Définir le concept de santé mentale ;
- ✓ Expliquer la diversité des facteurs qui peuvent influencer la santé mentale des personnes ;
- ✓ Identifier les ressources et les obstacles potentiels pour prendre soin de la santé mentale ;
- ✓ Aider à mesurer le thermostat de sa propre santé mentale.

Il comprend le clip vidéo, un mode d'emploi à imprimer en mode livret, un poster Cosmos Mental® et des supports visuels d'animation (affiches, flèches d'influence).

(1) – <https://www.psycom.org/>



https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/10/PSYCOM_Brochure_CosmosMental_A5_WEB_2024.pdf

https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2023/11/PSYCOM_Cosmos-mental_guide-A5-pap.pdf



Supports visuels

à télécharger sur www.psycom.org :
7 affiches et 14 flèches

S'INFLUENCENT RÉCIPROQUEMENT

COMÈTES "FAITS"

BALISES

ÉTOILES FILANTES DE LA VIE

OBSTACLES

RESSOURCES

L'histoire

s'articule autour de quatre grands thèmes :

- 1 Les éléments de compréhension de la santé mentale
- 2 Les mouvements et les influences
- 3 Les déséquilibres de la santé mentale
- 4 Aller mieux, se rétablir



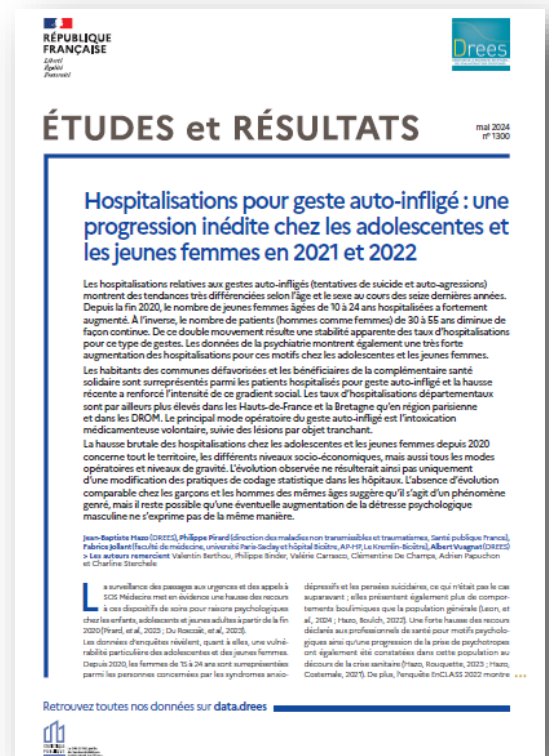
Des adolescentes et jeunes femmes davantage fragilisées Hausse des hospitalisations pour geste auto-infligé

Recours aux professionnels de santé pour motifs psychologiques, diagnostic de syndrome anxio-dépressif, pensées suicidaires, troubles du comportement alimentaire, prise de psychotropes, divers indicateurs révèlent, surtout depuis 2020, une vulnérabilité spécifique des adolescentes et des jeunes femmes en termes de santé mentale.

Dans *Études et Résultats* n° 1300 de mai 2024, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) apporte un éclairage supplémentaire en exploitant les données d'hospitalisation pour geste auto-infligé (automutilations non suicidaires et tentatives de suicide) ⁽¹⁾. C'est une source d'information fiable mais qui a aussi ses limites dans la mesure où seulement une tentative de suicide sur deux ferait l'objet d'une hospitalisation.

En 2022, quelque 84 500 personnes, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé. Cela fait principalement suite à des intoxications médicamenteuses volontaires (75 % des hospitalisations pour geste auto-infligé en service de médecine, chirurgie et obstétrique ; 61 % en psychiatrie), loin devant les lésions par objet tranchant et les gestes « violents » (saut d'une hauteur, pendaison, collision volontaire, utilisation d'une arme à feu, noyade...).

Les personnes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) représentent un quart des patients hospitalisés pour geste auto-infligé. Les habitants résidant dans les communes les plus défavorisées sont également plus fréquemment hospitalisés pour ce motif.



(1) – « Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022 » (8 pages).

Remontée des hospitalisations chez les jeunes femmes

À partir de 2021, la Drees observe une remontée des hospitalisations chez les femmes à des niveaux supérieurs à ceux d'avant la crise sanitaire, alors que les hospitalisations sont plus stables concernant les hommes. La Drees s'inquiète surtout des très fortes hausses d'hospitalisation chez les adolescentes et les jeunes femmes : « *La crise sanitaire pourrait avoir accéléré des tendances préexistantes, particulièrement en psychiatrie. Dans ce secteur de soins, le taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé de la patientèle féminine âgée de 10 à 19 ans double entre 2012 et 2020, puis double de nouveau entre 2020 et 2022* ».

Cette hausse chez les adolescentes et les jeunes femmes concerne tous les grands groupes de mode opératoire. Les auto-intoxications médicamenteuses, qui représentent environ les trois quarts des hospitalisations, ont augmenté de 40 % en 2021 et 2022 par rapport à la moyenne des années 2015 à 2019. Moins fréquentes, les lésions obtenues avec un objet tranchant (incluant les scarifications) ont progressé de 64 %.

Le fait que les hospitalisations pour geste auto-infligé restent stables chez les adolescents et jeunes hommes

questionne la Drees. Elle suggère tout d'abord que la santé mentale des garçons et jeunes hommes ne s'est pas autant dégradée que celle des jeunes filles et jeunes femmes du même âge. En outre, la Drees évoque les différences d'expression du mal-être psychique selon le sexe. Ainsi, chez les hommes, cette expression du mal-être serait plus « externalisée » (addictions, comportements violents ou à risque, plutôt que dépressions et angoisses).

Constats similaires en Mayenne

En Mayenne, ils sont 435 patients à avoir été hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique, en 2022, à la suite d'un geste auto-infligé, dont 138 jeunes filles et femmes de 10 à 24 ans. Le nombre était seulement de 81 en 2019. En 2022, le taux brut en Mayenne est de 144 (pour 100 000 habitants) quand il est de 114 en France métropolitaine ; pour les 10 à 24 ans, il est de 322 en Mayenne quand il est de 222 en France métropolitaine.

En Mayenne, en 2021, pour toutes les tranches d'âges, le taux brut de décès par suicide ou lésions auto-infligées (pour 100 000 habitants) est de 16,5 quand il est de 13,2 en France métropolitaine.

Décède-t-on d'une mauvaise santé mentale ?

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), qui relève de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), diffuse annuellement, à l'échelle départementale, les causes médicales de décès. Celles-ci sont codées selon la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10 version 19 de l'Organisation mondiale de la santé ⁽¹⁾).

Les données relatives aux troubles mentaux et du comportement sont publiées en distinguant quatre sous-catégories :

- 1) Démence
- 2) Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
- 3) Pharmacodépendance, toxicomanie
- 4) Autres troubles mentaux et du comportement

Sur la période quinquennale 2017-2022, chaque année, 152 décès sont enregistrés en moyenne pour des troubles mentaux et du comportement. Les effectifs de décès avec cette cause connaissent une forte évolu-

tion : ils ont plus que doublé par rapport à la période 1982-1986 (70 décès par an).

En fait, la sous-catégorie « Démence » regroupe la plus grande part des décès enregistrés pour troubles mentaux et du comportement (75 % des décès sur la période 2017-2021). Le nombre moyen annuel de décès pour démence est passé de 43 sur la période 1982-1986 à 114 sur la période 2017-2021.

Les décès pour abus d'alcool tendent à diminuer et restent peu nombreux parmi les troubles mentaux et du comportement : 19 en moyenne annuelle entre 1982-1986 et 12 entre 2017-2021 ⁽²⁾. Moins d'un décès par an est enregistré pour pharmacodépendance ou toxicomanie.

Par contre, sur la période 2017-2021, on compte 25 décès pour d'autres troubles mentaux et du comportement (contre 8 seulement sur la période 1982-1986), mais il n'est pas possible de savoir plus précisément ce qu'ils recouvrent comme états pathologiques.

(1) – https://sante.gouv.fr/fichiers/bos/2019/sts_20190009_0001_p000.pdf (pages 262 et suivantes).

(2) – La consommation abusive d'alcool peut occasionner des décès enregistrés parmi d'autres causes (tumeurs par exemple).



2019-2021 : le nombre de suicides diminue en Mayenne Près de 25 % ont lieu entre 45 et 54 ans

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) enregistre les décès selon leur cause. La qualité de cette source statistique est très liée aux déclarations elles-mêmes. Les données sont à prendre avec précaution dans la mesure où elles portent sur une cause dont on parle difficilement (le suicide) et où le nombre de décès est relativement faible. Pour gommer les fluctuations d'une année à l'autre, il est d'usage d'établir des moyennes annuelles sur une période de trois ans.

Pour la période 2019 à 2021, la Mayenne enregistre une diminution des décès déclarés par suicide par rapport à la période précédente (2016-2018) ⁽¹⁾ : la baisse est en moyenne de cinq suicides par an.

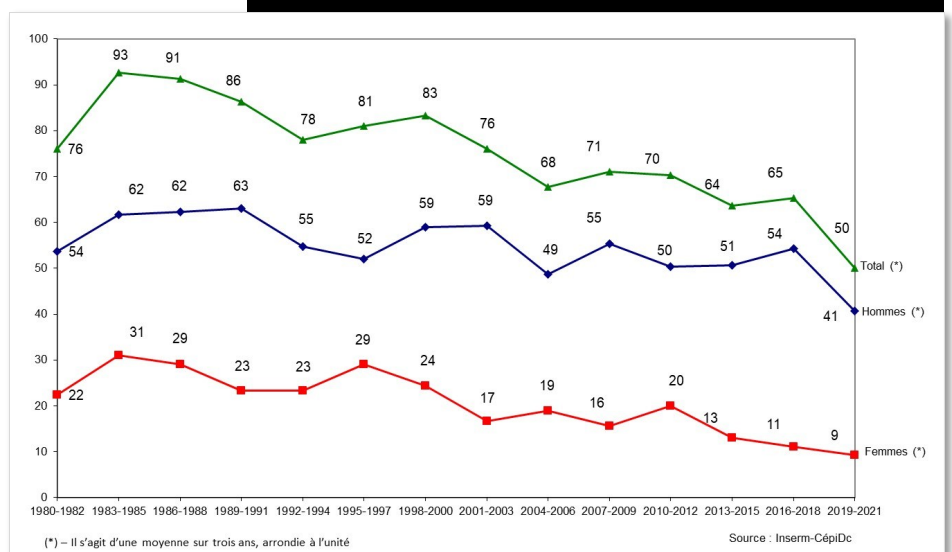
Comme sur les périodes précédentes, sur les 50 suicides par an entre 2019 et 2021, on compte nettement plus d'hommes que de femmes (respectivement 41 et 9).

En 2021, le taux brut en Mayenne de décès par suicide pour 100 000 habitants (16,5) est supérieur à celui des Pays de la Loire (15,8) et à celui de la France métropolitaine (13,2).

Ce taux classe la Mayenne au 34^e rang des départements métropolitains ayant les plus forts taux. Le taux le plus im-

portant concerne les Côtes-d'Armor (28,7 décès par suicide pour 100 000 habitants). On trouve ensuite la Cor-

Graphique 1 – Effectifs de décès par suicide selon le sexe (Mayenne – moyenne annuelle sur trois ans)



(1) – <https://opendata-cepidc.inserm.fr/>

Carte 1 – Taux brut de décès par suicide pour 100 000 habitants, par département, en 2021

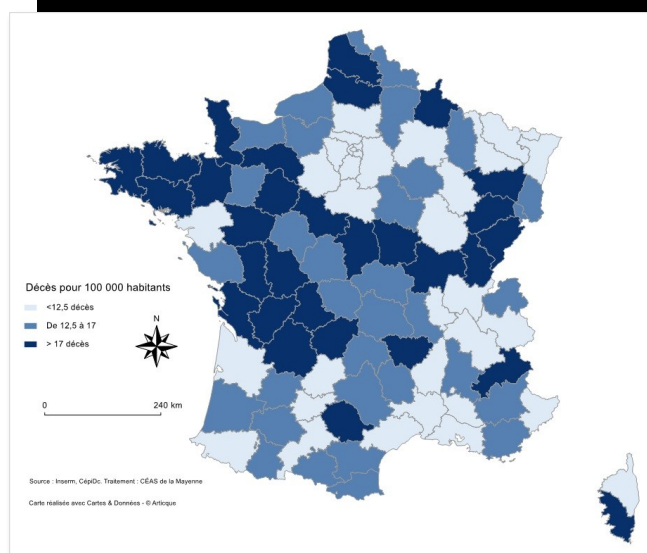


Tableau 1 – Effectifs de décès par suicide selon la tranche d'âge (Mayenne – moyenne annuelle 2019-2021)

	Femmes	Hommes	Ensemble (*)	%
15 à 24 ans	-	2	3	5,3
25 à 34 ans	1	1	2	4,7
35 à 44 ans	-	4	4	8,0
45 à 54 ans	2	10	12	24,7
55 à 64 ans	2	7	9	17,3
65 à 74 ans	2	5	7	14,0
75 à 84 ans	1	6	7	14,0
85 à 94 ans	-	5	5	10,0
95 ans ou plus	1	-	1	2,0
Non renseigné	-	-	-	-
Total	9	41	50	100,0%

(*) – Il s'agit d'une moyenne sur trois ans, arrondie à l'unité, d'où des chiffres qui peuvent ne pas forcément correspondre au total « Femmes » + « Hommes ».

Source : Inserm – CépiDc

rière (28,6), l'Orne (27,3), les Deux-Sèvres (24,6), la Manche (23,4), la Charente (23,2)... La Bretagne et le nord de la région Nouvelle-Aquitaine semblent particulièrement concernés. Les taux les plus faibles concernent les départements de la Haute-Corse (3,2), du Rhône (6,0), du Val-d'Oise (6,3), des Hauts-de-Seine (7,2) – cf. carte 1, page 23.

Toujours en 2021, le taux brut féminin de décès par suicide pour 100 000 habitants est supérieur chez les Mayennaises (8,3) par rapport aux Ligériennes (7,5) et aux Françaises (6,2). Pour les hommes, le taux mayennais (24,9) est également supérieur aux taux ligérien (24,6) et français (20,6).

En Mayenne, sur la période de 2019 à 2021, la tranche d'âge de dix ans où les décès par suicide recensés sont proportionnellement les plus nombreux, est celle des 45 à 54 ans (24,7 % du total des décès).

Près de 40 % des suicides sont le fait de personnes âgées de 15 à 64 ans. Les plus de 65 ans représentent également 40 % de l'ensemble des suicides (28 % ont entre 65 et 84 ans).

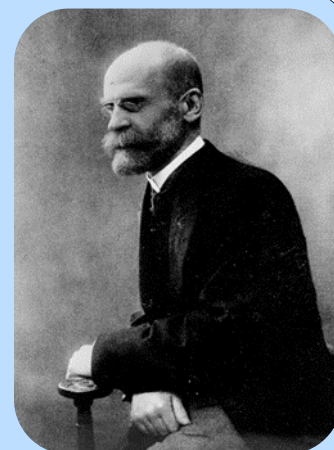
Ce ne sont pas d'abord les personnes les plus âgées qui se suicident. Cependant, pour les médecins, il est souvent difficile de déclarer un décès par suicide chez les personnes très âgées qui, parfois, ont décidé de renoncer à vivre et se laissent glisser... Une sous-déclaration est probable.

À redécouvrir sur le site Internet du CÉAS

C'est un article que le CÉAS a publié sur son site Internet en juillet-août 2000 (rubriques « Santé publique », puis « Suicides »), mais cette analyse conserve tout son intérêt : « Ce que Durkheim nous dit du suicide » ⁽¹⁾.

Émile Durkheim, sociologue français (1858-1917), après avoir défini les règles de la méthode sociologique (1895), met sa théorie en application en prenant comme objet d'étude le suicide (1897). Toute l'analyse de Durkheim est fondée sur le refus de tout a priori et sur l'usage systématique des statistiques pour vérifier ses hypothèses.

(1) – <http://www.ceas53.org/uploads/pdf/Sante%20publique/Ce-que-Durkheim-nous-dit-du-suicide-Juillet-août-2000.pdf>



Émile Durkheim, auteur de *Le Suicide* (1897)



Premiers secours en santé mentale (PSSM) Un programme de formation accessible à tous

Créé en Australie en 2000 sous le nom de *Mental Health First Aid (MHFA)*, le programme de Premiers secours en santé mentale (PSSM) propose une formation généraliste de sensibilisation et d'assistance en santé mentale. Il est aujourd'hui diffusé dans une vingtaine de pays, dont la France depuis 2019. Au 1^{er} octobre 2024, quelque 145 000 personnes, en France, se sont formées aux premiers secours en santé mentale grâce à l'association PSSM France, fondée par l'Infipp ⁽¹⁾, Santé Mentale France et l'Unafam ⁽²⁾ dans le cadre d'un partenariat ⁽³⁾. Près de 90 formateurs sont accrédités dans les Pays de la Loire, mais tous ne sont pas forcément en activité. Environ 800 sessions de formation ont déjà eu lieu dans la région.

Dans le champ de la santé mentale, les premiers secours sont l'équivalent des gestes qui apportent une aide physique à une personne en difficulté. Le programme PSSM vise à acquérir des connaissances relatives aux troubles mentaux et à apprendre à aider en suivant une méthode d'intervention adaptée. Celle-ci limite ainsi les situations dangereuses pouvant découler des troubles. La formation combine des aspects théoriques avec des exercices pratiques (travaux en sous-groupes, mises en situation, vidéos). Elle met en œuvre une pédagogie active, favorisant l'implication des partici-

pants dans la transmission de savoirs (de huit à seize apprenants par session).

Accessible à toute personne âgée de 18 ans ou plus, ce programme de formation est dispensé par un formateur accrédité PSSM France. D'une durée de quatorze heures, il est réparti sur deux journées ou quatre demi-journées. L'association PSSM France propose deux modules au choix : le module PSSM Standard, destiné aux adultes souhaitant aider d'autres adultes ; ou le module PSSM Jeunes, conçu pour les adultes vivant ou travaillant auprès d'adolescents et de jeunes majeurs.

La formation ne demande aucun prérequis. Elle peut être suivie à titre personnel (coût minimum de 250 euros, avec remise d'un manuel) ou par le biais de son employeur. Il n'est pas possible de mobiliser les heures de son compte personnel de formation (CPF) pour financer la formation.

Les personnes formées peuvent mettre leurs connaissances en pratique dans leur vie quotidienne. Toutefois, PSSM France rappelle que le rôle du secouriste en santé mentale n'est pas de se substituer aux professionnels, mais d'évaluer la situation et, si besoin, de solliciter un service de secours.

Des volontaires et tuteurs formés au secourisme en santé mentale

En partenariat avec le Service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (SDJES), le CÉAS de la Mayenne organise des formations PSSM à destination des volontaires ayant une mission de service civique en Mayenne. Rémi Froger, formateur accrédité, a animé trois sessions PSSM auprès de 45 volontaires ou tuteurs au cours de l'année 2023-2024.

(1) – Organisme de formation professionnelle en santé mentale.

(2) – Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

(3) – <https://www.pssmfrance.fr/>