

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ EN SANTÉ MENTALE DE L'OISE

Ce document résulte d'une synthèse de données socio-épidémiologiques sur la population et la santé mentale dans l'Oise, et du point de vue d'acteurs du territoire réunis fin 2017 sur ces sujets.

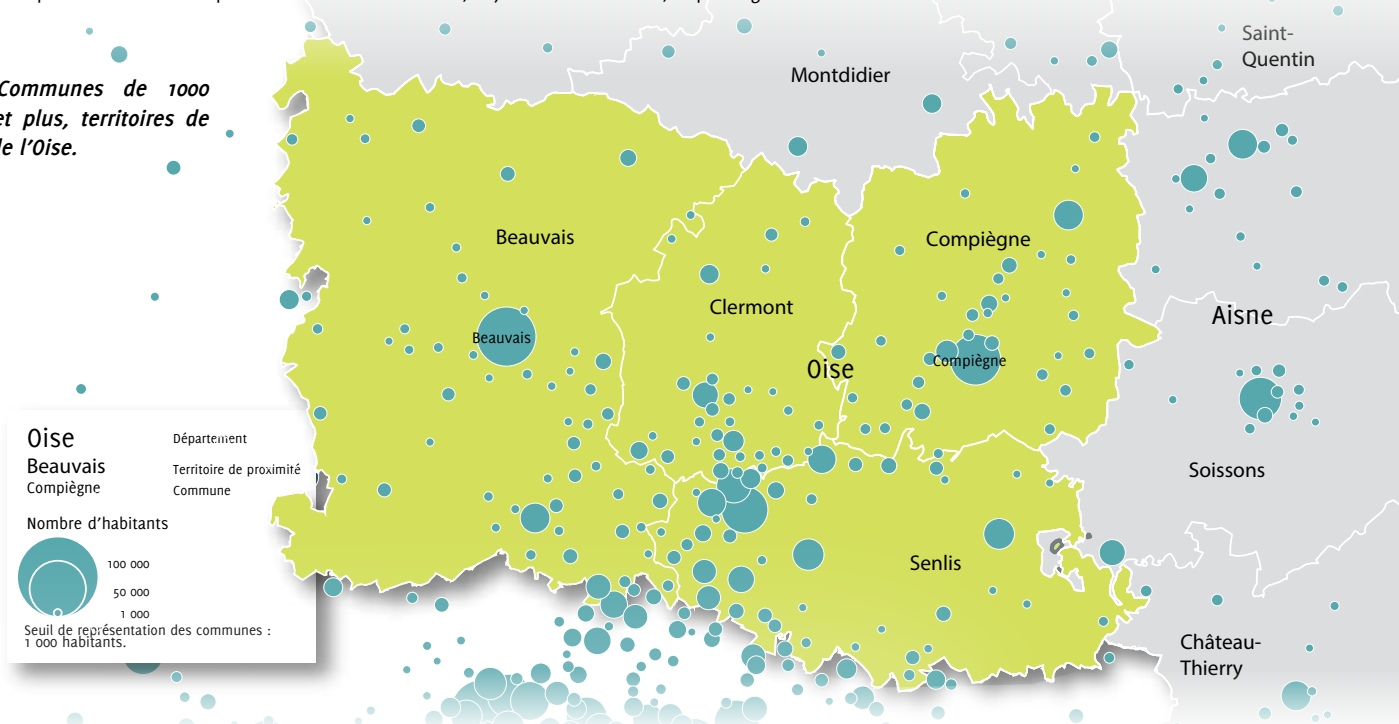
INTRODUCTION

Le département de l'Oise a été créé en 1790 et tire son nom de la rivière éponyme, principal affluent de la Seine. L'Oise jouxte au nord la Somme et l'Aisne, au sud 2 départements franciliens (la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise) et, à l'ouest 2 départements normands (l'Eure et la Seine-Maritime). Depuis 2016, le territoire de démocratie sanitaire et département de l'Oise épousent les mêmes contours ; 687 communes

et 4 territoires de proximité le composent : Beauvais, Clermont, Compiègne et Senlis. En 2015, l'Oise compte 821 552 habitants, soit 139 au km² [a].

La ruralité caractérise une large partie du territoire, notamment sa partie nord, où les surfaces boisées couvrent de grands espaces ; la partie sud constitue, quant à elle, le prolongement de l'Île-de-France.

Carte 1. Communes de 1000 habitants et plus, territoires de proximité de l'Oise.



Cadre réglementaire et méthodologie des diagnostics

Les diagnostics territoriaux de santé mentale constituent l'étape préalable à la définition des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), tels que définis par le Décret du 27 juillet 2017 (1). La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSMPsy) a été missionnée par l'Agence régionale de santé (ARS) pour réaliser un diagnostic, quantitatif et qualitatif, à l'échelle de chaque territoire de démocratie sanitaire – le périmètre retenu pour ces diagnostics ne préfigurant en aucun cas celui des futurs PTSM, puisqu'il appartient aux acteurs locaux de proposer à l'ARS leur périmètre et leur contenu. Des acteurs ont été invités à participer à la démarche diagnostique ; ils ont été choisis pour leur appartenance à la Commission

santé mentale du Conseil territorial de santé et/ou pour leur expertise sur le sujet abordé.

Une 1^{re} réunion a donné lieu à la présentation d'une sélection d'indicateurs sur les déterminants de santé, l'offre et le recours aux soins et services, ainsi que sur les conduites suicidaires ; dans un second temps, ainsi que durant la 2^e réunion du groupe focal, avec une technique s'inspirant des groupes nominaux pour la recherche de consensus, les échanges ont été organisés sur la santé mentale des habitants du territoire et l'organisation des réponses apportées (offre et coopérations). Les éléments énoncés ont été complétés par des points de vue consignés par écrit sur la situation du territoire, les questions

de santé mentale prioritaires et les leviers à activer pour l'améliorer.

En plus de la F2RSM Psy, 16 personnes distinctes ont participé aux groupes focaux le 29 novembre et 8 décembre 2017 : 8 aux 2 réunions, 5 uniquement à la 1^{re} et 3 uniquement à la 2nde. 4 représentaient le secteur hospitalier, 3 les associations ; le secteur médico-social, les collectivités territoriales, les services de l'État et les professions libérales ont chacun délégué 2 représentants, et l'assurance-maladie 1. Sujets relevant de la santé mentale, l'autisme et les addictions ne sont cependant pas traités dans ce document ; ils font en effet l'objet de programmes spécifiques.

Ce document mobilise 4 types de données

► Statistiques

les indicateurs sont définis dans le feuillet annexe et l'appel se fait par une [lettre entre crochets]. Ex. [a] renvoie à la définition de la densité.

► Bibliographiques

les (chiffres entre parenthèses) renvoient à la liste des références mobilisées. Ex. (1) se réfère au Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017

► Qualitatives

il s'agit de propos tenus ou de phrases rédigées durant 2 réunions (cf. encart) ; ils sont repris « en italiques entre guillemets » et la fonction du locuteur indiquée [entre crochets].

► Sites d'organismes

Ils peuvent avoir été consultés ; leur lien figure alors en note de bas de page et l'appel de note par un ^{chiffre en exposant}.

augmenté annuellement en moyenne de 0,4%, contre 0,2% dans les Hauts-de-France et 0,5% en France (2). Le dynamisme démographique se

traduit par un indice de vieillissement plus faible qu'en moyenne régionale (0,54 vs 0,59) [b]. La moitié des installations dans l'Oise sont le fait de

personnes habitant auparavant l'Île-de-France ; c'est le cas notamment de jeunes ménages avec enfants accédant à la propriété.

Des indicateurs socio-économiques moins défavorables qu'en moyenne régionale

Le niveau de vie médian (20 805€) est supérieur à celui des Hauts-de-France (18 812€) et à celui de la France métropolitaine (20 369€) [d] et la pauvreté (13,0% de la population) est moins élevée qu'en moyenne régionale (18,3%) et nationale (14,7%) [c]. La part de la population peu ou pas diplômée (35,3% vs 37,0% dans les Hauts-de-France) contribue au niveau relativement modéré du taux de chômage (9,5% vs 11,7%) [e]. Dans un contexte ré-

gional de forte surmortalité, l'Oise présente – avec les zones de Lille et de Flandre intérieure – un département où elle est moins élevée (de l'ordre de +10% vs +20% pour les Hauts-de-France) (3).

La part de population étrangère est plus élevée dans l'Oise (5,3%) qu'en moyenne régionale (3,4%), ce qui peut avoir une incidence sur la prise en charge en santé mentale ; ainsi par exemple,

à Creil « 70 à 100 nationalités sont représentées ; il manque d'interprètes » et faire appel à eux « ça coûte [...] La barrière de la langue représente une entrave à l'accès aux soins. L'ethnopsychiatrie serait nécessaire » [coordinatrice CLSM]. Parmi la population étrangère, celle en demande d'asile est en augmentation et « présente des troubles en santé mentale » [Groupe focal, GF].

OFFRE SANITAIRE, MÉDICO-SOCIALE ET ASSOCIATIVE EN SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un état dépendant de nombreux facteurs et interventions dont celles des soignants. Ceux-ci exercent en établissements ou en cabinets, au sein des établissements et ser-

vices médico-sociaux, dont certains ont spécialisé leur intervention en direction des personnes porteuses de handicap psychique. Les associations d'usagers et de familles concourent également à

la santé mentale de la population, de même que des acteurs de prévention (dans les quartiers, les services sociaux, l'Éducation nationale ...)

Établissements de santé

Trois établissements de santé ont une activité de psychiatrie dans le territoire de l'Oise. Le **CHI/EPISM de l'Oise à Clermont**, dont le statut d'établissement public remonte à 1887, gère les 10 secteurs de psychiatrie adulte du département et 2 des 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La **Nouvelle Forge**, association de santé mentale, gère 24 établissements médico-sociaux dans l'Oise et la Somme pour des enfants, adolescents ou adultes porteurs de troubles psychiques et/ou un handicap psychique, un trouble du spectre autistique, un handicap rare d'origine neurodégénérative. Créée en 1951, l'association a également un statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et gère le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 6003 de Creil, commune-siège de cet organisme. Une convention lie l'établissement de santé de la Nouvelle Forge au CHI/EPISM de l'Oise pour la continuité de soins et l'hospitalisation des enfants et adolescents du secteur. Ces 2 établissements ont également signé un accord visant à l'accès aux soins des personnes adultes handicapées accompagnées par la Nouvelle Forge. L'Ésat Passage pro et le pôle de réhabilitation psycho-sociale Crisalid collaborent activement pour soutenir les parcours d'accès à l'emploi en milieu ordinaire. La **clinique Eugénie** a été créée en 1998 à Pierrefonds, à proximité de la forêt de Compiègne ; il s'agit d'un établissement du groupe Ramsay d'une capacité de 50 lits d'hospitalisation à temps complet pour adultes en soins libres. Le CHI/EPISM de l'Oise a signé une convention de partenariat avec cette clinique.

Les formes d'intervention de la psychiatrie publique sont multiples : le Centre médico-psychologique (CMP) constitue la « porte d'entrée du secteur » ; l'accueil y est en général programmé. Cependant, les délais d'obtention de rendez-vous sont parfois très longs. Dans les Services d'accueil d'urgence (SAU) sont prises en charge les situations de crise, notamment les tentatives de suicide ; dans les centres hospitaliers de Beauvais, Compiègne et Creil, des infirmiers sont présents

Tableau 1. Lits et places de psychiatrie dans l'Oise. Chiffres-clés.

	Générale	Sectorisée	IJ*	Non sectorisée Générale
Établissements	1		2	1
Secteurs	10		3	
CMP	18		10	
CATTP	15		12	
Lits temps plein	798		29	50
Places jour/nuît	224		193	
Hôpitaux de jour	7		7	0

*Infanto-juvénile

7 jours sur 7 et un psychiatre 5 jours sur 7 (sauf à Compiègne où ce sont des psychiatres du CHI/EPISM de l'Oise qui répondent aux urgentistes en cas de besoin).

L'Unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAU) du CHI/EPISM de l'Oise a été créée sur le site de Fitz-James. Une permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 y assure la régulation des demandes en cas d'absence des dispositifs ordinaires (CMP, médecins libéraux ...) et des consultations non programmées y sont possibles, avec orientation vers une hospitalisation, le CMP ou un nouveau rendez-vous de post-urgence.

Dans les 27 Centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), dont 12 pour enfants-adolescents, les patients bénéficient de soutien et d'actions thérapeutiques de groupe durant des demi-journées, ayant pour support la création artistique, les spectacles vivants, l'activité physique adaptée ...

D'autres services intersectoriels du CHI/EPISM de l'Oise proposent aide et soins à des publics en situation spécifique. L'unité de remédiation cognitive Crisalid s'adresse aux « personnes adultes souffrant de troubles psychiques chroniques stabilisés - en particulier psychotiques - et à leurs proches résidant dans l'Oise. Il offre une prise en charge complémentaire et spécifique pouvant aider à améliorer la qualité de vie et l'autonomie de la personne. L'objectif de ce centre

est de proposer une prise en charge personnalisée centrée sur l'amélioration des troubles cognitifs ». Le Service intersectoriel pour la prise en charge des troubles envahissants du développement (Sited) dispose de 2 unités d'hospitalisation à temps plein, d'un hôpital/centre de jour ; il a également une activité de consultation, d'évaluation et d'aide aux équipes. Un travail important est mené pour l'insertion professionnelle, en milieu ordinaire ou adapté, en Établissement et service d'aide par le travail (Ésat). Pour leurs responsables, les formes d'intervention limitent le recours à l'hospitalisation et promeuvent le bien-être et les compétences psychosociales.

L'unité de psychogériatrie quant à elle dispose de 15 lits d'hospitalisation à temps complet, de 5 places d'hospitalisation de jour, et d'une équipe mobile. Une unité de court séjour de 15 lits, un accueil de jour et un centre de consultations, ainsi que 2 unités de soins renforcés pour personnes âgées ont une capacité de 45 lits au total. Pour le CHI/EPISM de l'Oise, « la psychogériatrie est devenue une priorité » [cadre hospitalier].

Fin 2015, existaient 1269 lits ou places d'hospitalisation psychiatrique dans l'Oise (dont 206 pour enfants et adolescents), soit 16 pour 10 000 habitants ; ce type d'offre concerne surtout les adultes (cf. Tableau 1). Seul le CHI/EPISM de l'Oise dispose de lits d'hospitalisation à temps complet pour enfants et adolescents (29 au total) ; pour ce public,



les places d'hospitalisation – de jour ou de nuit – sont beaucoup plus nombreuses (193).

Enfin, les personnels des secteurs de psychia-

trie adulte interviennent au sein des dispositifs de soins psychiatriques (DSP) en milieu carcéral, dans les centres pénitentiaires de Beauvais et de

Liancourt ; le CHI/EPISM de l'Oise gère également un centre de soins et de consultations psycho-légal, chargé du suivi des prises en charge des personnes placées sous-main de justice.

Les Établissements et services médico-sociaux

Depuis la reconnaissance du handicap psychique dans la loi française en 2005 (4), des établissements et services ont créé ou affecté des places à des personnes porteuses de ce type de handicap, consécutif d'un trouble mental ; pour les **adultes** 3 Établissements et services d'aide par le travail (Ésat), à Allonne (Passage pro, Nouvelle Forge), à Creil (l'Envolée CHI/EPISM de l'Oise) et Verneuil-en-Halatte (Les Ateliers du bois, L'étincelle), 2 Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), à Compiègne

(Nouvelle Forge) et Beauvais (ADSEAO), le Foyer d'accueil médicalisé (Fam) de Bailleul-sur-Thérain (GCSMS de l'Oise-Adapei) et la Maison d'accueil spécialisée (Mas) d'Erquy (CHI/EPISM de l'Oise) offrent un total de 325 places.

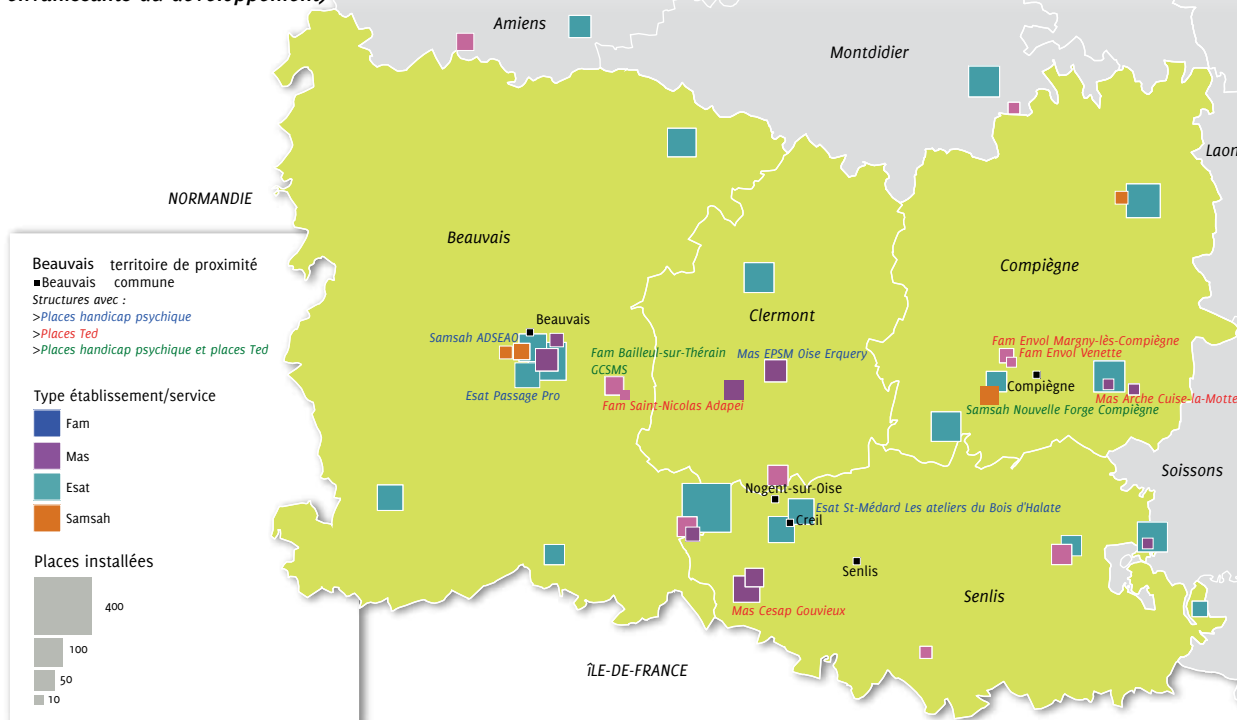
Il existe de nombreux autres types d'ESMS, comme les foyers d'hébergement ou de vie, les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui interviennent auprès de personnes souffrant d'un handicap psychique, sans qu'il soit possible de

connaître leur nombre (l'absence d'agrément spécifique et les difficultés de diagnostic rendent le recensement difficile).

Pour les enfants et adolescents, l'ARS recense 19 Instituts médico-éducatifs (IME) et 5 Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) proposant des places à des enfants porteurs d'autisme dans l'Oise, pour un total de 180 places.

L'accès aux établissements et services médico-sociaux est conditionné à une « notification d'orientation » de la Maison départementale des

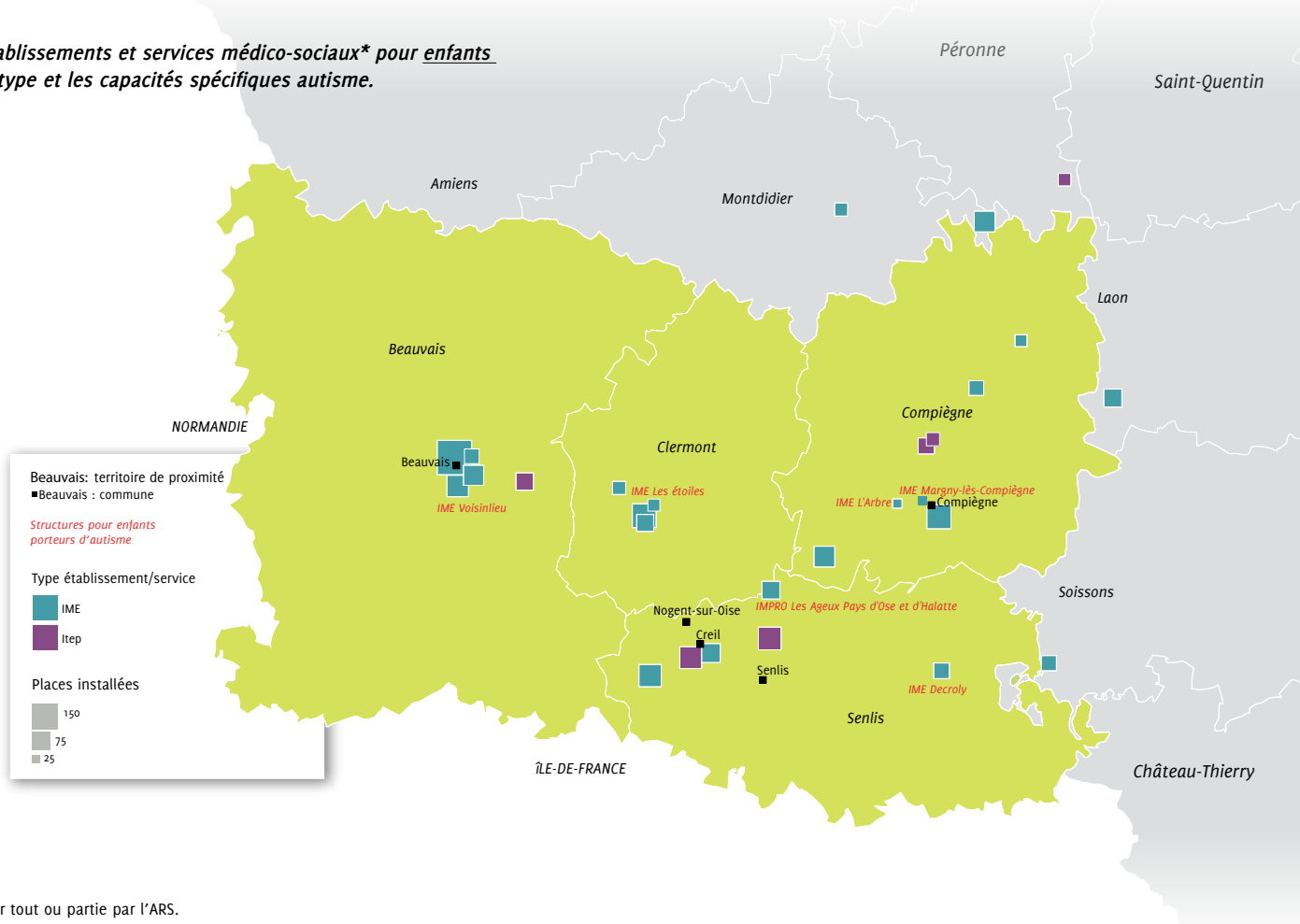
Carte 3. Établissements et services médico-sociaux* pour adultes selon leur type et les capacités spécifiques (handicap psychique et Troubles envahissants du développement)



*financés pour tout ou partie par l'ARS.

¹http://www.chi-clermont.fr/site_2015/adultes_images_soins/CRISALID/CRISALID_plaquette.pdf

Carte 4. Établissements et services médico-sociaux* pour enfants selon leur type et les capacités spécifiques autisme.



*financés pour tout ou partie par l'ARS.

personnes handicapées (MDPH). Au sein des groupes focaux, les délais de réponse ont été jugés trop longs par plusieurs participants, l'un d'entre eux estimant que les orientations étaient parfois

prononcées en fonction des places disponibles et non des compensations du handicap nécessaires. « La MDPH donne une orientation unique, alors qu'il devrait y avoir plusieurs possibilités » ; elle

est valide pour une période de 2 ans, après « 8 mois d'attente et pour une seule orientation » [cadre hospitalier], ce qui complique le parcours des personnes concernées.

Les associations de patients et de familles

Trois Groupes d'entraide mutuelle (Gem) proposent un soutien par leurs pairs aux personnes fragilisées par une maladie mentale ou un handicap psychique à Beauvais, Margny-les-Compiègne et Nogent-sur-Oise. L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) représente les familles et défend leurs intérêts dans différentes instances sanitaires et de concertation. L'association mène une « activité d'accueil, de formation et de défense des droits » des personnes souffrant de « troubles psychiques sévères » (5), de leurs familles et de leurs proches.

Des groupes de parole ont lieu à Compiègne et à Senlis. Les familles peuvent participer à la formation Profamille (6) au Centre Crisalid. « Cette formation apaise la vie de la famille, il y a une réassurance de la famille qui va mieux et donc, si la famille va mieux, le proche va mieux », mais l'attente pour pouvoir en bénéficier serait très longue [Unafam]. Les familles peuvent aussi participer à des ateliers Prospect (7) afin d'être aidées dans la prise de recul sur la maladie de leur proche. Pour ce même organisme, « la coopération avec les aidants et les usagers doit être développée afin que tous (soignants, élus, associations) puissent

bénéficier du savoir expérimentiel des usagers ou de leurs proches. Le développement de la pair-aidance sous toutes ses formes (associations d'usagers, Gem, pairs-experts, médiateurs-pairs, pair-émulation²) est un élément-clé facilitant le chemin de rétablissement des personnes et des familles » [Unafam]. L'association, qui reçoit des populations qu'elle qualifie d'« invisibles », attend beaucoup des équipes mobiles, chargées d'aller au-devant de personnes non/mal prises en charge ; elle souhaite que leur parcours de vie soit travaillé, incluant, outre le soin, l'insertion professionnelle, le logement et l'emploi.

Tableau 2. Capacités des ESMS financés par l'ARS selon leur type et leur public [g].

	Type	Capacité autorisée	Capacité installée	Handicap psychique	Ted	Autres places adultes	Autisme	Autres places enfants
Enfants	IME	925	910				94	831
	Itep	259	239					
	Ensemble	1184	1149				94	831
Adultes	Ésat	1631	1631	167		1464		
	Fam	296	296	33	57	206		
	MAS	419	372	60	23	289		
	Samsah	114	114	65	9	40		
	Ensemble	2640	2413	325	89	1999		

² Sur la pair-aidance ou peer counseling : <http://www.ccb-formation.fr/telecharger/Breves/Eclas/TexteJLSimon.pdf>

➤ Une démographie professionnelle inégalement répartie

En 2016, l'Oise compte **110 psychiatres**³, dont 82 salariés (74%), 24 libéraux (22%) et 4 d'exercice mixte (4%), soit une densité de 13,5 psychiatres pour 100 000 habitants (10,3 pour les salariés et 3,2 pour les libéraux). Avec 4 psychiatres libéraux, le territoire de Beauvais connaît la plus faible densité du département, et celui de Senlis la plus forte (9 psychiatres libéraux y sont installés ; cf. Carte 5).

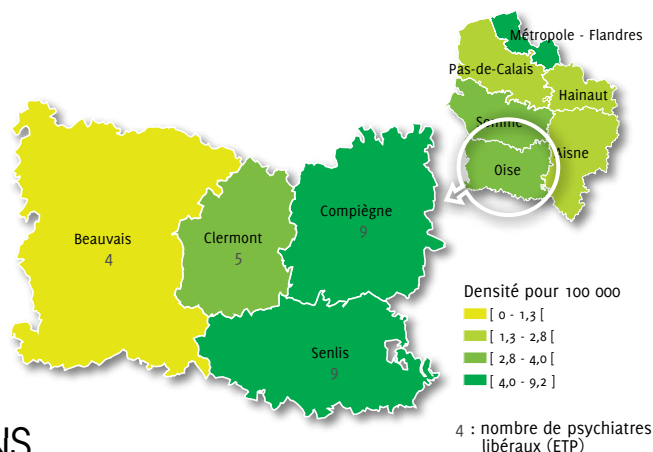
Fin 2016, travaillent dans les services de psychiatrie, 79,9 équivalents temps plein (ETP), dont 63,9 en service de psychiatrie adulte, 15,1 en psychiatrie infanto-juvénile et 0,9 en milieu pénitentiaire (8). Au sein des services de psychiatrie pour adultes, l'Oise compte une densité de 12,9 médecins pour 100 000 habitants de 17 ans et plus (contre 11,9 en moyenne régionale) [i]. Au sein des services de psychiatrie infanto-juvénile, l'Oise compte 9,2 médecins pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans (contre 12,0 en moyenne régio-

nale) [i]. L'encadrement médical est le plus faible de la région pour les enfants/adolescents.

Dans les services de psychiatrie du département, trois quarts des postes de praticiens hospitaliers sont pourvus par un titulaire (69 sur 92), proportion équivalente à celle enregistrée en moyenne régionale [k].

La plupart des professions libérales de santé connaissent des déficits très marqués par rapport aux moyennes nationales ; c'est le cas des médecins généralistes et des infirmiers (9), en première ligne pour l'ensemble des questions de santé, mentale notamment. C'est aussi vrai pour certaines professions paramédicales : « *En orthophonie, on compte 24 mois de délai pour un rendez-vous, or c'est aussi une dimension importante en santé mentale* » [GF].

Carte 5. Nombre et densité de psychiatres libéraux [h].



➤ COOPÉRATIONS ET ACCÈS AUX SOINS

Plus que jamais, la complexité des situations impose les coopérations entre intervenants et les parcours de soins ou de vie coordonnés. C'est notamment le cas entre professionnels des champs de la maladie mentale et du handicap psychique. En 2013, une charte a été signée par les responsables de l'ARS, de l'EPSM et du Conseil départemental de l'Oise ; elle comprend 3 principales orientations : le « *renforcement de l'accès aux structures hospitalières et ambulatoires de prise en charge* », le « *établissement des principes de coordination et de concertation entre les équipes autour du parcours du résident atteint de troubles psychiatriques* » et le « *développement d'une culture psychiatrique commune* » (10). Depuis lors, 200 conventions de partenariat ont été paraphées entre l'établissement de santé mentale et les ESMS publics, privés ou associatifs qui accueillent des adultes. C'est ainsi que Coallia, important opérateur dans le champ de l'habitat, l'hébergement et l'accompagnement social et médico-social, a signé des conventions avec les CMP de Compiègne et de Noyon (il le fera avec celle de Montataire en 2018 et souhaiterait en faire de même avec celui de Beauvais). « *Ces conventions formalisent les relations interpersonnelles ; elles facilitent le parcours des personnes accompagnées et leur prise en soins si nécessaire* » [Directeur ESMS]. Elles sont réévaluées régulièrement, en fonction des réponses aux questionnaires renseignés par les parties concernées. Le CHI/EPDM de l'Oise va entamer ces mêmes démarches auprès des ESMS qui accompagnent des enfants.

Parmi les partenariats formalisés, on compte deux

Conseils locaux de santé mentale (CLSM), à Creil et dans l'arrondissement de Chantilly-Senlis, qui s'est étendu à la commune de Pont-Sainte-Maxence. Ces CLSM sont des ressources pour les acteurs locaux en termes de renforcement des compétences sur les pratiques et les coopérations professionnelles. À Creil, le CLSM comprend un groupe logement ; il participe à une maison de santé pluridisciplinaire, dans laquelle deux psychologues consultent la semaine. Trois projets de CLSM sont en cours dans le département : à Clermont, dans l'agglomération de Compiègne, à Beauvais (53 communes).

Une **Permanence d'accès aux soins de santé en psychiatrie** (Pass Psy) est implantée au sein du CHI/EPDM de l'Oise. Selon la circulaire de 2013 (11), sa mission est de faciliter l'accompagnement de la personne en lien avec les équipes soignantes, les centres d'hébergement, la MDPH, l'assurance-maladie, etc. et de contribuer à la continuité des soins.

Le rôle de la MDPH de l'Oise a été renforcée fin 2017 avec la mise en œuvre de la démarche Réponse accompagnée pour tous (Rapt). Un système de suivi des relevés de décisions a été mis en place. L'Éducation nationale doit être associée aux réflexions dans la mesure où elle prend en charge de nombreux enfants porteurs de troubles en milieu ordinaire (12). Une convention tripartite entre la MDPH, le CHI/EPDM de l'Oise et La Nouvelle Forge est en cours de validation, pour la mise à disposition régulière de temps de psychiatres adultes et infanto-juvéniles et d'assistants de service social. Une convention a été signée éga-

lement entre l'EPDM et La Nouvelle Forge pour le Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) créé à La Nouvelle Forge en septembre 2017. Ces mêmes établissements ont un projet de conventionnement concernant le pôle médico-social enfants et adolescents.

Les **dispositifs MaïA** (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) sont destinés à coordonner la prise en charge de la population âgée de plus de 60 ans en perte d'autonomie⁴. Celles de l'Oise, situées à Beauvais et à La Croix Saint-Ouen, sont en cours de développement en 2018 ; elles constituent des espaces de coopération entre les établissements sanitaires, dont le service de psychogériatrie du CHI/EPDM de l'Oise et certains services médico-sociaux.

Des **formations croisées** permettent aux professionnels appartenant à des champs distincts de se rencontrer, de mieux se connaître et, potentiellement, de mieux collaborer ; plusieurs exemples peuvent être cités, comme celles du centre Crisalid (CHI/EPDM de l'Oise) avec La Nouvelle Forge ou l'Ésat Passage pro, « *L'objectif de ces formations est de transférer et de diffuser la culture du rétablissement au travers des nouvelles approches et outils en réhabilitation psychosociale, pour tous les professionnels de santé ou non au contact de personnes adultes souffrant de troubles psychiques chroniques à l'origine d'un handicap psychique* » [chef de service], ou celle de professionnels du logement sur le thème de la santé mentale, par un Institut de formation aux soins infirmiers.

³ Estimation établie en soustrayant le nombre des psychiatres salariés qui travaillaient, jusqu'au 31/12/2017, pour la population des secteurs de Neuilly-sur-Seine et de Courbevoie, gérés par le CHI/EPDM de l'Oise.

⁴ https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_CahierPe_dagogique_MAIA_HD.pdf

➤ Enfants et adolescents : de grandes difficultés

Les coopérations semblent compliquées lorsqu'il s'agit d'aborder les situations complexes d'adolescents avec troubles du comportement. Les participants disent constater l'existence de longues listes d'attente et « *un appel d'air vers la Belgique* » [GF]. Il semble également que la consommation de substances déstabilise des jeunes et qu'il y ait peu de dispositifs pour répondre à leurs besoins. Des collaborations sont à développer pour accompagner les 16-18 ans, notamment les jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance (Ase) et « *livrés à eux-mêmes à la majorité* » [GF]. En amont, « *malgré l'implication de nombreux partenaires, on bloque (...) c'est chronophage pour trouver une solution à une situation* » [GF].

Le département et son service d'Aide sociale à l'enfance sont par ailleurs confrontés à une constante augmentation du nombre de mineurs isolés ; la situation de jeunes présentant des troubles mais ne formulant aucune demande de soins a également été évoquée en groupe focal.

Des problèmes d'inclusion scolaire sont signalés. Sur certains territoires, il n'y pas de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sesad). « *Dans les Itep, les enfants arrivent avec des troubles dès 6 ou 7 ans alors qu'avant, ils ne s'y présentaient que vers 16-17 ans* » [directrice ESMS]. Se pose aussi la question de la formation des Auxiliaires de vie scolaire en milieu scolaire

ordinaire. Des familles d'accueil thérapeutiques hébergent des enfants/adolescents qui ont besoin d'un séjour de rupture avant un retour à la scolarisation. La Maison des adolescents, qui accueillait dans ses antennes de Beauvais et de Creil, a fermé en 2015 ; « *elle manque cruellement* » [GF] alors qu'un consensus existe pour dire que ce type de dispositif répond à un « *besoin crucial* » [GF]. Pour une directrice d'ESMS, se pose la question de « *comment on réorganise et on repense l'organisation des soins pour pouvoir répondre aux besoins ?* » dans un contexte de limitation des ressources.

➤ Des instances spécifiques de coopération à développer

D'autres conventions formalisées permettront de fluidifier le parcours de vie des personnes qui présentent un trouble de santé mentale. Un partenariat formalisé avec les professionnels du sanitaire facilite le retour à domicile des personnes,

« *on peut accompagner en fonction des besoins des personnes, cela facilite l'accès aux CMP et évite les hospitalisations (...) des bilans réguliers permettent de réajuster le tir régulièrement* » [GF]. La question des coopérations pour une meilleure

inclusion des personnes ayant des troubles psychiques fait consensus « *il n'y a pas que des projets de soins, l'enjeu c'est de se centrer sur l'inclusion, or on parle beaucoup de l'organisation de soins* » [GF].

➤ RECOURS AUX SOINS ET MORBI-MORTALITÉ

➤ Un accès et une continuité des soins souhaités mais difficiles

La notion de parcours, de soins et de vie, est de plus en plus présente dans les textes en santé publique ; les patients doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge précoce, continue et coordonnée, si plusieurs professionnels ou organismes ont à intervenir. Si la notion est partagée, de nombreuses difficultés apparaissent.

Il n'existe pas d'enquête en population générale permettant de mesurer les niveaux de troubles à l'échelon des départements et territoires. Les niveaux de recours aux soins psychiatriques et aux médicaments utilisés en psychiatrie apportent des informations sur la consommation de soins, non indépendantes des troubles mentaux, mais qui ne décrivent par leur nature.

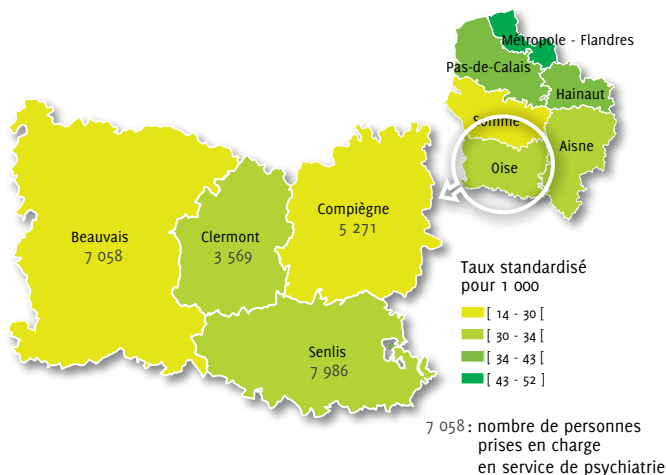
17 291 personnes distinctes ont été prises en charge en service de psychiatrie en 2015 dans l'Oise, soit 3,3% de la population (cf. Tableau 3). Pour l'Unafam, il existe des populations invisibles, non prises en charge et donc absentes des statistiques de recours.

➤ Des recours aux soins parfois limités par la distance

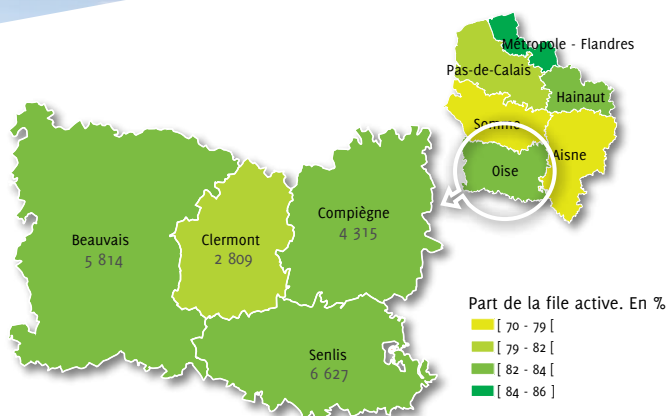
Alors que les distances aux lieux de soins sont souvent élevées, la part de l'activité ambulatoire des services de psychiatrie est plus faible dans l'Oise qu'en moyenne régionale.

« *Le temps perdu en kilomètres devrait être quantifié et pris en compte au niveau des territoires et des coûts* » [GF]. « *La ruralité fait qu'une certaine population se retrouve complètement isolée d'un possible accès aux soins, le nord-ouest de l'Oise est un désert* » [psychiatre]. « *il y a toute une population invisible qui n'accède pas aux soins de santé mentale* » [cadre hospitalier]. L'accès aux soins est également rendu difficile de par les délais d'attente pour l'obtention de rendez-vous en CMP.

Carte 6. Prise en charge en service de psychiatrie. Nombre de personnes et taux standardisé pour 1000 personnes [1].

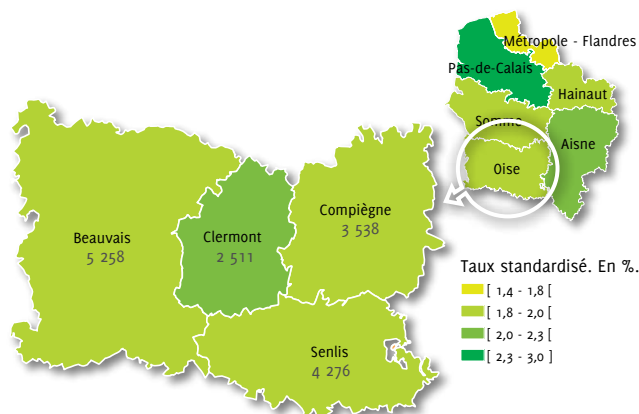


Carte 7. Part de la file active des services de psychiatrie prise en charge exclusivement en ambulatoire [o].



5 814 : nombre de personnes prises en charge exclusivement en ambulatoire

Carte 8. Troubles dépressifs. Nombre et taux standardisés de prise en charge [r].

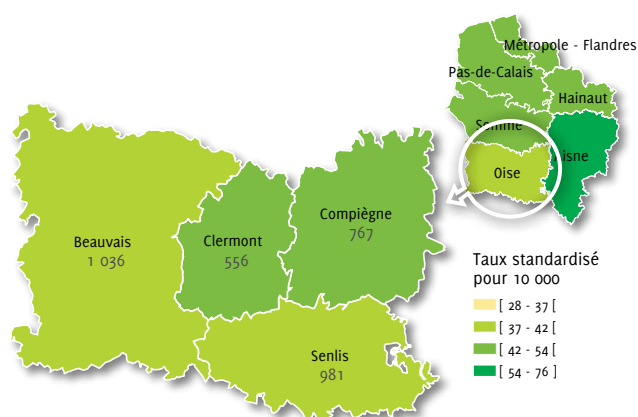


5 258 : nombre de personnes prises en charge pour troubles dépressifs

Tableau 3. Niveaux de prise en charge et de recours.

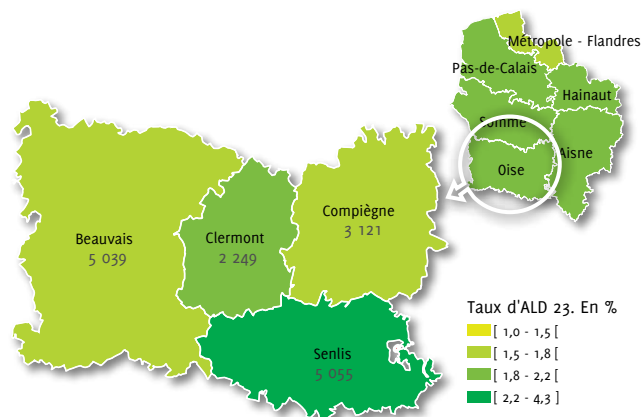
Indicateur de prise en charge/recours	Oise	Hauts-de-France
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie [l]	3,7%	3,7%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie sans consentement [m]	0,50%	0,53%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie en ambulatoire [n]	2,8%	3,4%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie exclusivement en ambulatoire [o]	77,0%	82,4%
Part de l'activité ambulatoire des services de psychiatrie à domicile [p]	7,5%	13,3%
Part de la population sous ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée) [q]	2,0%	1,8%
Part de la population prise en charge/traitement pour troubles dépressifs [r]	1,9%	2,0%
Part de la population prise en charge/traitement pour troubles psychotiques [s]	0,41%	0,48%

Carte 9. Troubles psychotiques. Nombre et taux standardisés de prise en charge [s].



1 036 : nombre de personnes prises en charge pour troubles psychotiques

Carte 10. Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23). Nombre et taux standardisés de prise en charge [q].



5 039 : nombre de personnes sous ALD 23

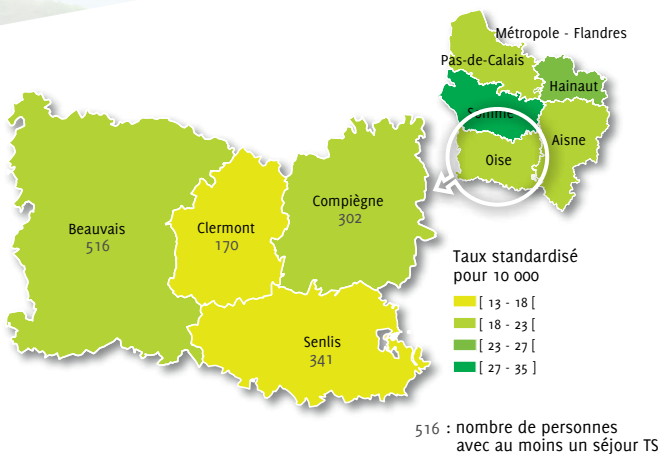
➤ Une morbi-mortalité suicidaire variable selon les territoires

Avec 1329 personnes hospitalisées en service de médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide en 2015 [t], l'Oise connaît une

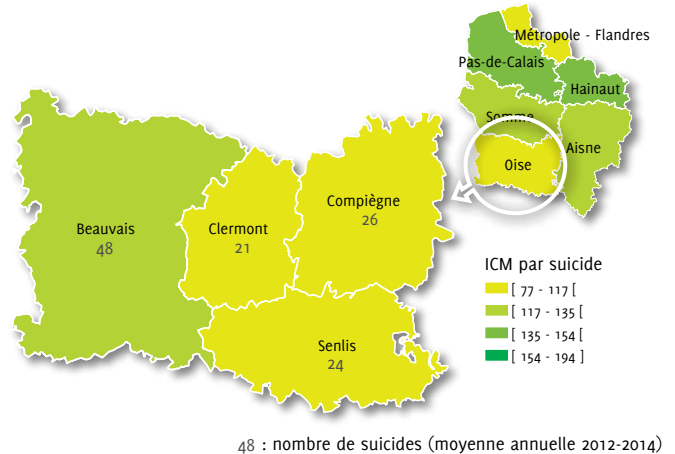
morbidity suicidaire proche de la moyenne régionale (19,2 vs 21,7 pour 10 000) ; 119 personnes décèdent par suicide en moyenne annuelle entre

2012 et 2014, ce qui place l'Oise à un niveau de mortalité par cette cause équivalent à celui de la France (ICM=104).

Carte 11. Taux de personnes ayant connu un séjour en médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide [u].



Carte 12. Suicides : nombre de décès et indice comparatif de mortalité (ICM) [v].



CONCLUSION

Le diagnostic territorial partagé de l'Oise a permis à différents acteurs, professionnels, usagers et familles, de se rencontrer pour échanger à partir de données statistiques et épidémiologiques, mais aussi sur leurs constats qualitatifs quant aux problèmes psychiques des populations du territoire et des réponses apportées. La limite méthodologique des groupes focaux est liée au nombre restreint d'acteurs qui y ont participé, dans l'Oise tout particulièrement, où seuls 12 organismes étaient représentés durant les groupes focaux ; leurs propos sont utiles pour mettre à jour des figures (de coopérations, de blocages ...), ils ne peuvent prétendre les quantifier (un problème peut marquer par son acuité et être relaté, sans que sa fréquence soit élevée ; inversement des problèmes peuvent être courants mais bien gérés et ne pas donner lieu à une évocation.

Autre limite : le secteur médico-social n'est pas doté d'un système d'information apte à décrire

l'ensemble des personnes porteuses d'un handicap psychique qu'il prend en charge et des places qui lui sont accordées ; a fortiori, les parcours de vie et de soins ne peuvent faire l'objet d'approches statistiques.

Le territoire de l'Oise connaît une situation socio-économique moins défavorable que le reste de la région Hauts-de-France ; son offre de soins psychiatriques est concentrée sur un grand établissement mono-disciplinaire, qui a entrepris une importante restructuration et qui a signé des conventions avec un grand nombre d'ESMS ainsi que clinique privée, bailleur social, Spip, Coallia, Éspic afin de fluidifier les parcours de soins. Les coopérations n'en restent pas moins insuffisantes, il faut faire vivre les conventions. Les CLSM (2 fonctionnent et 3 sont en projet dans le territoire) constituent des instances favorables à leur instauration ou leur renforcement. L'accès aux soins est rendu difficile, de par l'éloignement de bon nombre de com-

munes aux CMP (le territoire est très largement rural) et des délais importants pour l'obtention de rendez-vous, en psychiatrie infanto-juvénile tout particulièrement. La concrétisation des décisions d'orientation de la MDPH semble elle aussi parfois difficile, du fait notamment de l'insuffisance de places dans les ESMS.

Grands absents des groupes focaux, les médecins généralistes – dont une part importante de l'activité concerne les troubles psychiques de leurs patients – devraient être associés aux coopérations présentes ou à venir. Enfin, abordée une seule fois par les professionnels associés au diagnostic, la télé-intervention (médicale, infirmière, sociale ...) gagnerait à être expérimentée pour augmenter la disponibilité des professionnels et l'accès aux soins des populations éloignées.

Bibliographie

- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>
- Hennebert P, Pucher O., L'Oise, troisième département le plus peuplé de la région avec 822 000 habitants. Insee Flash Hauts-de-Fr, déc. 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291054>
- Thomas N, Debuissier S., Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, Territoires de proximité, OR2S, 2017. Disponible sur : http://www.or2s.fr/images/PRS/2017_DiagnosticTerritorialiseDesHautsDeFrance_PRS2_HautsDeFrance.pdf
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Févr. 2005.
- Unafam, Association Unafam, 2018. Disponible sur : <http://www.unafam.org/>
- PromesseS, Le programme Profamille. Disponible sur : <http://www.promesses-sz.fr/quest-ce-que-profamille.html>
- Unafam, Atelier Prospect Famille, 2018. Disponible sur : http://www.unafam.org/IMG/pdf/Atelier_PROSPECT_famille-2.pdf
- Drees, Statistique d'activité des établissements (SAE), 2018.
- OR2S, Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de l'Oise, Diagnostic partagé du Conseil territorial de santé, Amiens : CTS Oise, OR2S, ARS Hauts-de-France, déc. 2017, p. 8. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-01/CTS_Oise.pdf
- Wavestone, Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2017 Picardie, ARS, nov. 2016. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/ARS_Picardie_Rapport_Final_evaluation_PRS_1.pdf
- Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), juin 2013. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bd/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf
- CNSA, Rapport de capitalisation, Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », juillet 2017. Disponible sur : https://www.google.fr/search?q=rappor+caputalisatio+n+RAPT+cnsa+JUILLET+2017&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&dc=oei=mEVOWo3xCu6A8QeohpuwBQ