

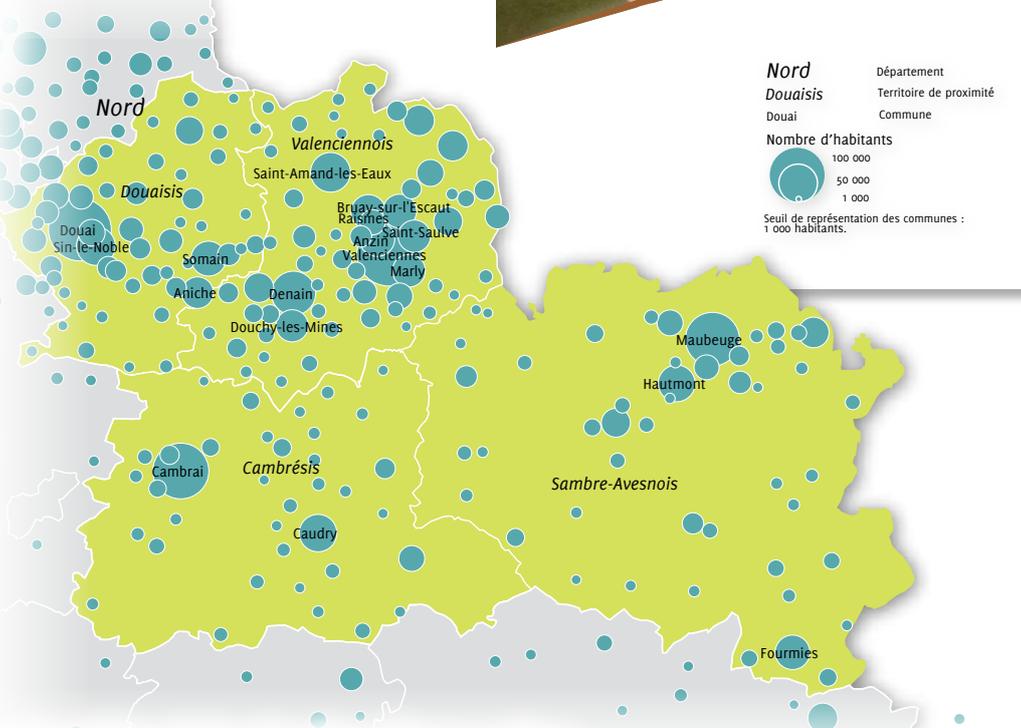
# DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ EN SANTÉ MENTALE DU HAINAUT

Carte 1. Communes de 5000 habitants et plus, territoires de démocratie sanitaire du Hainaut.

## INTRODUCTION

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

Le Hainaut est une région transfrontalière tirant son nom de la Haine, affluent de l'Escaut ; ancien comté créé par le traité de Nimègue en 1678 suite aux campagnes de Louis XV, le Hainaut est à la fois une province belge, constituant une partie de la Wallonie et un territoire ayant pour capitale Valenciennes couvrant le Valenciennois, l'Avesnois et une partie du Douaisis. En 2016, le Hainaut est devenu un des 6 territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France ; il recouvre l'Avesnois, le Cambrésis, le Douaisis et le Valenciennois.



## 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 (FzRSMPsy) 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<sup>re</sup> 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<sup>e</sup> 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 l'ARS et de la FzRSM Psy, 45 acteurs ont participé aux groupes focaux du Hainaut le 23 novembre et 21 décembre 2017. 27 étaient présents aux 2 réunions, 12 uniquement à la 1<sup>re</sup> et 6 uniquement à la 2<sup>de</sup>. Ils représentent 29 organismes distincts. Dix-sept représentants des établissements de santé, 15 du secteur médico-social, 5 des collectivités territoriales, 4 du secteur associatif, 3 des services de l'État et 1 médecin libéral ont apporté des contributions, orales et/ou écrites durant ces 2 réunions.

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.

## Une situation socio-économique très défavorable

La partie nord du territoire est héritière de l'industrie minière et métallurgique qui a marqué en profondeur la culture et les paysages ; au sud, le Cambrésis présente de vastes espaces d'agricul-

ture intensive, alors que les paysages bocagers de l'Avesnois participent à son attrait touristique. En 2014, le territoire compte 993 133 habitants, pour une superficie de 3 433 km<sup>2</sup>, soit une densité de

289 habitants au km<sup>2</sup>. Avec des proportions de 26,6% d'habitants de moins de 20 ans et de 16,0% de 65 ans ou plus, l'indice de vieillissement [b] du Hainaut est proche de l'indice régional (0,60 vs

### 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.

0,59). Plus d'un habitant du Hainaut sur 5 (21,8%) est en situation de pauvreté [c], proportion plus élevée qu'en région (18,3%) et beaucoup plus élevée qu'en France métropolitaine (14,7%); les revenus médians [d] sont également plus bas : entre 17 161 et 18 153€ selon les arrondissements, contre 18 812€ en moyenne dans les Hauts-de-France et 20 369€ en France. Il en va de même pour les niveaux de chômage [e] (respectivement 14,0%, 11,7% et

9,2%) et d'absence de diplôme [f] (respectivement 37,7%, 37,0% et 32,7%), qui placent le territoire en situation très défavorable, par rapport à la région, et, plus encore, par rapport à la France.

Les indicateurs socio-économiques présentés ne sont pas contestés par les participants des groupes focaux. Il y a un consensus pour attester de la situation défavorable du territoire « encore plus exposé aux difficultés sociales en comparaison

des statistiques nationales et régionales » [GF]. « Ces indicateurs semblent correspondre à la réalité du terrain : effectivement inquiétants (...), [les] chiffres pauvreté/précarité [sont] cohérents par rapport à ce que l'on vit » [GF]. Les services du Conseil départemental constatent également que la situation économique et sociale du territoire est très dégradée et continue à se dégrader<sup>1</sup>.

## OFFRE SANITAIRE, MÉDICO-SOCIALE ET ASSOCIATIVE EN SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un état qui dépend de nombreux facteurs et interventions, dont celle des soignants. Ceux-ci interviennent en établissements

ou en cabinets, au sein des établissements et services médico-sociaux – 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.

### Établissements de santé

Treize établissements de santé ont une activité de psychiatrie dans le Hainaut, dont 8 Centres hospitaliers (CH), gérant les 16 secteurs de psychiatrie générale, parmi lesquels 5 gèrent également les 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du territoire.

Les formes d'intervention de la psychiatrie publique sont multiples : le Centre médico-psychologique (CMP) constitue la « porte d'entrée du secteur ». Le Hainaut en compte 21 pour les adultes et 14 pour les enfants et adolescents ; l'accueil y est en général programmé. La prise en charge des situations de crise, suicidaire notamment, débute dans les 9 Services d'accueil des urgences (SAU) dans lesquels interviennent les équipes de psychiatrie, ou dans les Centres d'accueil et de crise (CAC) des CH de Valenciennes et de Douai. Dans les 29 Centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), dont 8 pour enfants et adolescents, les patients bénéficient de soutien et d'actions thérapeu-

tiques de groupe durant des demi-journées, ayant pour support la création artistique, les spectacles vivants, l'activité physique adaptée ...

De nombreuses unités intersectorielles ont été créées pour répondre à des besoins spécifiques comme les services pour patients anxiodépressifs, les appartements thérapeutiques, les accueils familiaux thérapeutiques, les unités de réhabilitation ... Quatre équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), basées dans les services de psychiatres des CH de Cambrai, Douai, Sambre-Avesnois et Valenciennes interviennent en direction de publics en difficulté : maraudes, permanences, entretiens, interventions auprès des professionnels de 1<sup>re</sup> ligne sont menées en vue de favoriser l'accès aux soins des publics en difficulté.

Le service public de psychiatrie est également présent en milieu pénitentiaire dans les maisons d'arrêt de Douai, Valenciennes et Maubeuge. Les personnes incarcérées sont vues à leur entrée et,

pour certaines, suivies pour leurs troubles.

Quatre cliniques privées, implantées à Esquerchin (Douaisis), Le Cateau-Cambrésis (Cambrésis), à Berlaimont et Louvroil (Avesnois), ainsi qu'un hôpital de jour pour adolescents géré par un Établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) à Maubeuge complètent l'offre psychiatrique en établissement dans le Hainaut.

Fin 2015, 1124 lits ou places d'hospitalisation psychiatrique sont implantés dans le Hainaut, soit 11 pour 10 000 habitants (densité identique à celle des Hauts-de-France). Les lits d'hospitalisation à temps complet concernent surtout les adultes (cf. Tableau 1) ; seuls 2 établissements, offrant 18 lits, proposent ce type de prise en charge aux enfants-adolescents. D'une manière générale, l'« insuffisance des dispositifs de prise en charge en regard des problématiques du secteur géographique » [GF] est soulignée. Surtout, il y a un consensus pour déplorer « le nombre très faible de places

Carte 2. Implantation du siège des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie dans le Hainaut selon leur type.



<sup>1</sup> Conseil départemental du Nord, Diagnostic partagé évolutif des parcours accompagnés en Protection de l'Enfance. Directions territoriales de l'Avesnois et du Cambrésis, Document de travail, mai 2016.

en pédopsychiatrie (...); l'offre de pédopsychiatrie ne répond pas à la temporalité des besoins (...) il manque de lits « chauds » en pédo-psy, l'hôpital public gère, mais à la mauvaise heure (...) on hospitalise le jeune dans des services de majeurs, on l'isole pour éviter les dysfonctionnements mais en même temps, ça casse l'alliance thérapeutique (...) il manque de lits en psychiatrie infanto-juvénile » [GF] dans le territoire.

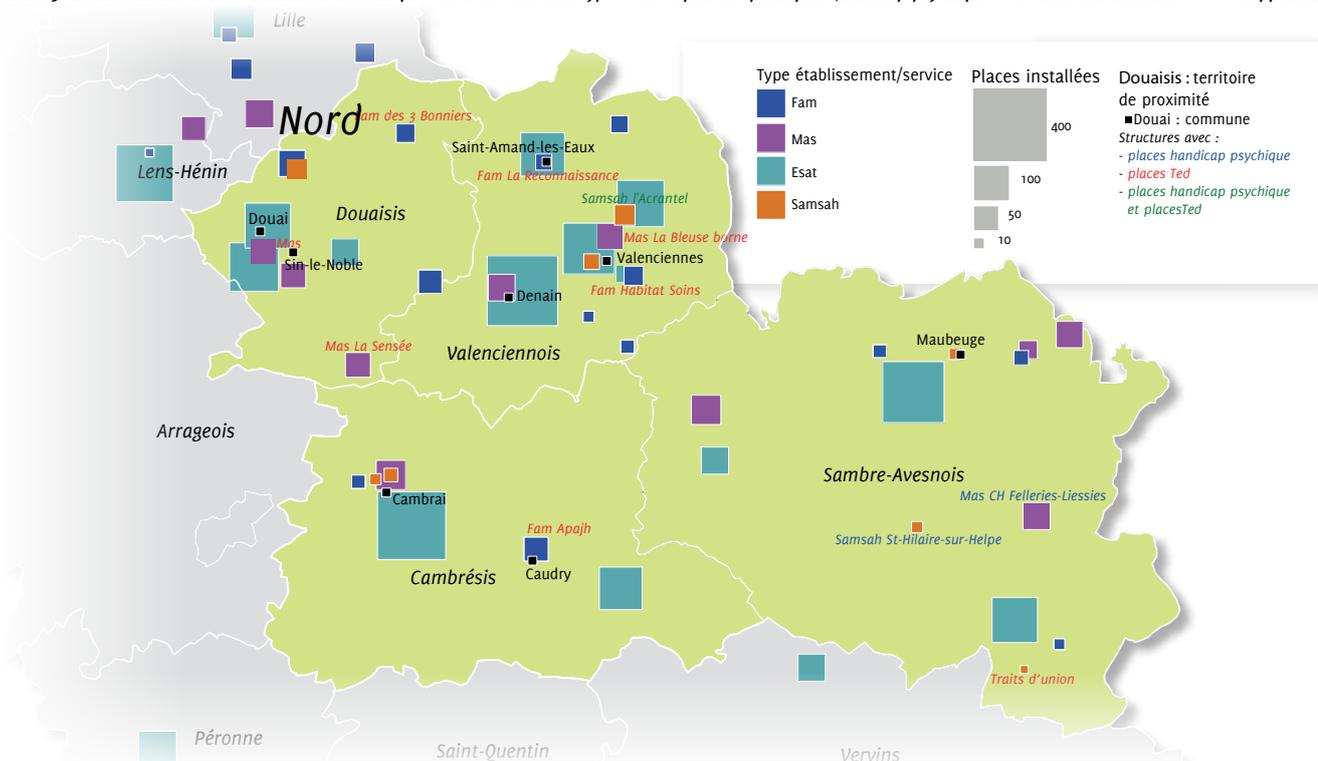
## Les Établissements et services médicosociaux (ESMS)

Tableau 1. Lits et places de psychiatrie dans le Hainaut. Chiffres-clés

	Sectorisée		Non sectorisée	
	Générale	IJ*	Générale	IJ*
Établissements	8	5	4	1
Secteurs	16	5		
CMP	21	14		
CATTP	21	8		
Lits temps plein	512	18	259	0
Places jour/nuits	196	92	32	15
Hôpitaux de jour	12	6	2	1

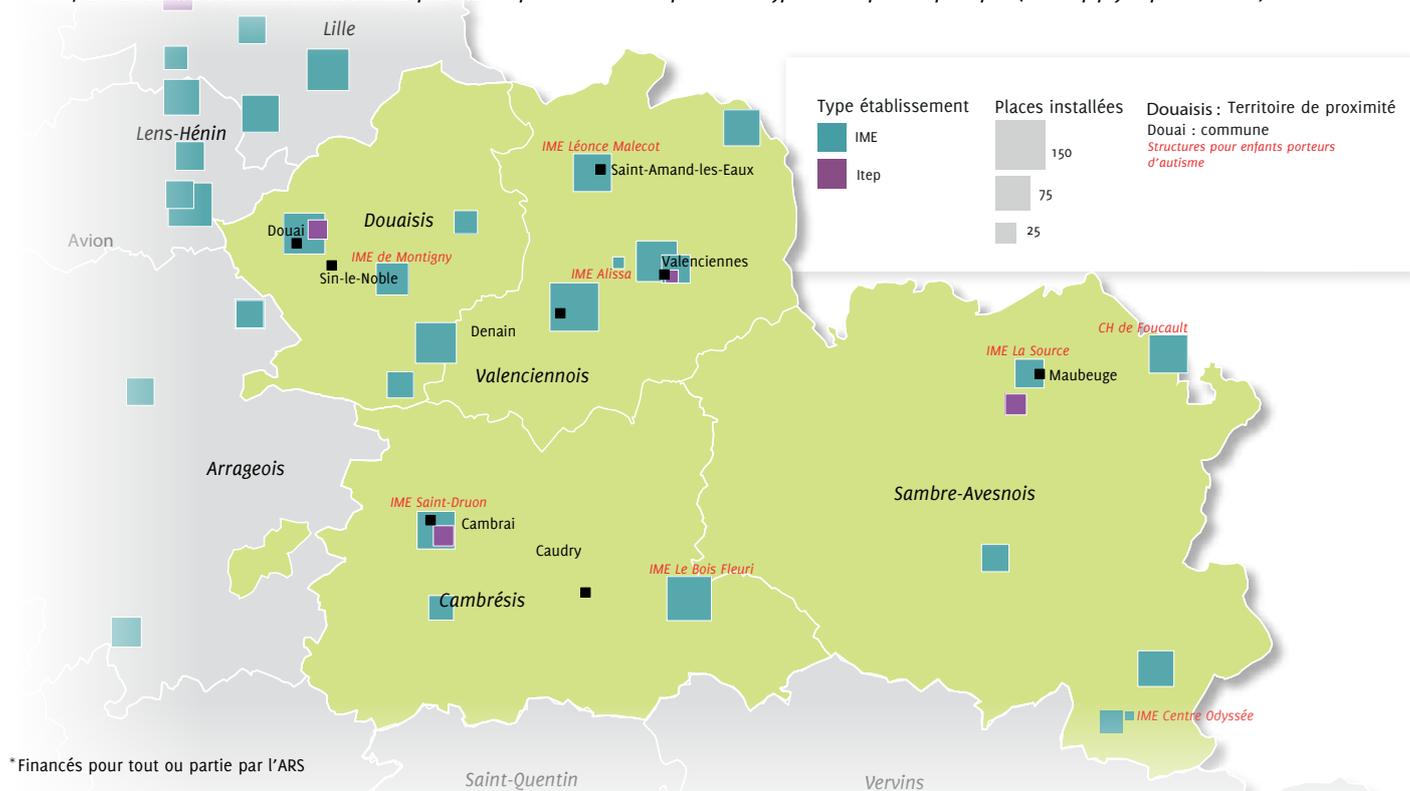
\* Infanto-juvénile

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

Carte 4. Établissements et services médico-sociaux\* pour enfants porteurs de handicap selon leur type et les capacités spécifiques (handicap psychique et autisme)



\* Financés pour tout ou partie par l'ARS

Depuis la reconnaissance du handicap psychique dans la loi française en 2005 (2), 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**, 2 Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) implantés à Bruay-sur-l'Escaut et Saint-Hilaire-sur-Helpe offrent 35 places dédiées à ce type de handicap. 1 troisième, à Fourmies, propose 5 places à des adultes porteurs d'autisme, alors que 4 Foyers d'accueil médicalisé (Fam), à Caudry, Marly, Orchies et Saint-Amand-les-Eaux en offrent un total de 95. Enfin, la Maison d'accueil spécialisé (Mas) du CH de Felleries-Liessies a une capacité de 60 places pour adultes porteurs de handicap psychique et celles d'Anzin, Douai et Féchain en ont un total de 120 pour des adultes souffrant d'autisme. Une Unité d'accompagnement et de soutien (UAS) de 10 places, gérée par l'Association pour adultes et jeunes handicapés (Apajh) adossée à la Mas de Le Quesnoy ouvrira en 2018 et accompagnera les personnes en situation de handicap psychique pour favoriser leur maintien ou retour à domicile.

Il existe de nombreux autres types d'ESMS, comme

## ➤ 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 dans le Hainaut : la Renouée à Anzin, le Rebond à Douai et la Main tendue à Maubeuge. 40 personnes se rendent plus ou moins régulièrement à la Main tendue. « On aimerait accueillir plus de personnes, [or] je suis seule pour 40 personnes (...), dans ce territoire rural, le problème c'est le transport. Les personnes ont peur de prendre les transports et ce n'est pas toujours possible, ce qu'il faudrait c'est un véhicule pour "aller vers" » [Coordinatrice Gem]. La

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	2571	2556			175	2305
	Itep	230	230				230
	Ensemble	2801	2786			175	2535
Adultes	Ésat	2446	2446		2446		
	Fam	334	334		95	239	
	MAS	543	542	60	120	362	
	Samsah	134	134	35	14	85	
	Ensemble	3457	3456	95	229	3132	

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). Ainsi, par exemple, le Foyer de vie « Résidence les Acacias », géré par l'Association des Flandres pour l'éducation, la formation des jeunes

et l'insertion sociale et professionnelle (Afeji), a été ouvert en 2016 sous l'impulsion de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam).

Pour les **enfants**, l'ARS recense 8 Instituts médico-éducatifs (IME) totalisant 175 places pour enfants porteurs d'autisme, à Aubry-du-Hainaut, Cambrai, Fourmies, Jeumont, Le Cateau-Cambrésis, Maubeuge, Montigny-en-Ostrevent et Saint-Amand-les-Eaux.

revalorisation des Gem est attendue suite à la circulaire du 2 mai 2017. (3) « Le Gem c'est le lieu de la psychiatrie citoyenne (...) il peut aider les personnes à maintenir leur traitement thérapeutique (...) on aide les personnes à redevenir actrices (...) c'est un petit plus qui peut s'additionner à toutes les prises en charge nécessaires » [GF].

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.

Elle mène une « activité d'accueil, de formation et de défense des droits » des personnes souffrant de « troubles psychiques sévères » (4). L'Unafam du Hainaut tient des permanences et s'appuie sur les antennes locales de Cambrai, Douai, Louvroil et Valenciennes ; elle organise des réunions thématiques un lundi par mois à Douai. Enfin, deux groupes de parole se réunissent, à Douai et à Maubeuge.

L'association organise des journées d'information sur les troubles psychiques et des ateliers d'entraide Prospect (5).

## ➤ Démographie professionnelle

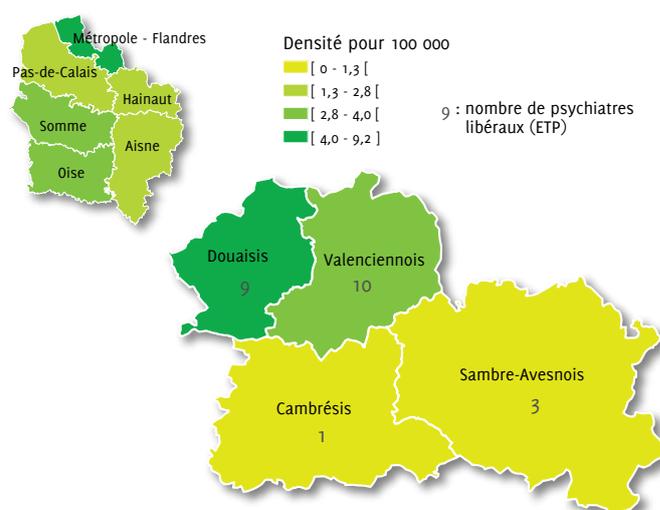
En 2016, le Hainaut compte 128 psychiatres, dont 102 salariés (79,7%), 18 libéraux (14,1%) et 8 d'exercice mixte (6,3%), soit une densité de 12,9 psychiatres pour 100 000 habitants (10,7 pour les salariés et 2,2 pour les libéraux ou mixtes), densité environ 2 fois inférieure à celle de la France métropolitaine, qui compte 23,8 psychiatres pour 100 000 habitants (18,7 pour les salariés et 5,1 pour les libéraux ou mixtes) [h]. Fin 2016, travaillent dans les services de psychiatrie, publics ou privés, 101 psychiatres équivalents temps plein (ETP), dont 77 en service de psychiatrie adulte, 22 en psychiatrie infanto-juvénile et 2 en milieu pénitentiaire (6) ; avec 10,6 médecins et 140,0 personnels non médicaux pour 100 000 habitants de 17 ans et plus dans les services de psychiatrie adulte, et 9,6 médecins et 111,0 personnels non médicaux pour 100 000 habitants de 0-16 ans dans les services de psychiatrie infanto-juvénile, les densités en personnel travaillant en service de psychiatrie sont beaucoup plus faibles qu'en moyenne régionale.

Fin 2017, 73% des postes de psychiatres hospitaliers temps plein étaient pourvus par des titulaires, taux identique à celui des Hauts-de-France dans leur ensemble. Le Hainaut peine à recruter ; « de nombreux postes restent vacants : psychologues, psychiatres, paramédicaux (...) il y a une pénurie médicale et le nombre de postes d'internes est toujours insuffisant, les psychologues sont une denrée rare dans le Cambrésis (...), nous anticipons le départ à la retraite du psychiatre d'ici deux ans, quid de son remplacement ? (...), on a un problème d'attractivité du territoire » [GF]

Cette insuffisance de ressources humaines peut contribuer à « la souffrance des professionnels [qui] est aussi observée par le Gem, je suis satisfait d'entendre l'envers du décor et de comprendre les difficultés que vous rencontrez » [Usager Gem].

La souffrance des professionnels peut être mise en lien avec la démographie médicale du territoire mais aussi avec les situations complexes qu'ils doivent accompagner et qui nécessitent du temps ; il est important de « prendre en

Carte 5. Psychiatres libéraux. Nombre et densité [h].



compte la souffrance des acteurs de terrain de ne pas pouvoir remplir correctement leurs missions (...) [Il y a] des volontés individuelles fortes d'œuvrer pour le bien du public (...) un levier, c'est la nécessaire augmentation des moyens humains et financiers » [GF].

Les psychiatres libéraux sont particulièrement peu nombreux dans le Cambrésis et l'Avesnois ; leur densité est supérieure dans le Douaisis et le Valenciennois (cf. Carte 5).

# COOPÉRATIONS ET ACCÈS AUX SOINS

Dans le territoire, un consensus se dégage sur la volonté de créer davantage de partenariats entre les différents acteurs et de « développer réellement les coopérations sanitaire, sociale, médico-sociale » [GF] pour favoriser les parcours de vie et de soins des personnes.

## Des partenariats et coopérations existent, formalisés ou non

Le **Conseil local de santé mentale** (CLSM) de l'agglomération de Maubeuge a été créé en 2015 ; il s'est fixé comme thèmes de travail la (ré)insertion des malades (habitat et profession), l'enfance et adolescence et la parentalité. Le service de psychiatrie infanto juvénile y est représenté. Deux CLSM sont en projet sur le Valenciennois et le Denaisis.

Les **réseaux précarité santé mentale** réunissent des professionnels de services sociaux, médico-sociaux, de psychiatrie, ou d'autres secteurs (logement, Justice ...) dans le Cambrésis, le Douaisis, la Sambre-Avesnois et l'Amandinois<sup>2</sup>. Financés par l'ARS et coordonnés par l'EPSM Lille-Métropole et la Fédération des acteurs de la solidarité (Fas), ils visent à « améliorer la compétence et la connaissance de ses membres, l'analyse des situations complexes, l'amélioration des collaborations respectant éthique et secret professionnel ... » [GF]. Ce sont des lieux ressources qui favorisent l'interconnaissance entre les acteurs. Ils facilitent les coopérations et peuvent participer à l'évolution des pratiques professionnelles. Un de ses membres estime que « depuis huit ans, on est de plus en plus sollicités hors situation de précarité » [Acteur du réseau].

À Valenciennes, une convention a été passée entre le CH et l'Association de parents et amis de l'enfance inadaptée (APEI) en vue de fluidifier les parcours entre services de psychiatrie et services médico-sociaux. Le Pôle psychiatrie intervient au sein des services de l'association et permet un meilleur accès aux soins des personnes « c'est un réseau qui marche » [GF]. À Jeumont, une initiative d'habitat partagé, portée par l'Association des Flandres pour l'éducation, la formation des jeunes et l'insertion sociale et professionnelle (Afeji), associe huit organismes dont un bailleur et se met actuellement en place. Son financement est assuré par le Conseil départemental, la Communauté d'agglomération Maubeuge - Val de Sambre et l'État. « C'est le chaînon manquant quand les personnes ne peuvent revenir dans la cité, c'est à mi-chemin entre l'hôpital et la cité (...) La collaboration doit être très étroite entre le sanitaire et le bailleur social et puis l'ensemble des acteurs dont l'aide à domicile qui est un acteur très important (...) La personne peut être

*réhospitalisée très rapidement si nécessaire, c'est très rassurant pour tout le monde (...) il faut une chaîne de soins et d'actions et que tout le monde dise « oui » » [Psychiatre].*

Dans l'Avesnois, les établissements publics de santé animent des réseaux sur la santé mentale et organisent des journées annuelles thématiques, depuis 2015 pour le CH de Sambre-Avesnois, depuis 2016, pour le CH de Fourmies.

L'Équipe mobile pass psy précarité (EM3P) implantée au sein du CH de Cambrai mène à la fois les missions d'une permanence d'accès aux soins (7) et celles d'une équipe mobile pluridisciplinaire. Elle intervient dans les lieux d'accueil et d'hébergement, sociaux, médico-sociaux et dans les établissements de santé, en particulier les CH de Cambrai et de Le Cateau-Cambrésis. Dans le cadre du dispositif Réponse accompagnée pour tous (Rapt), une démarche partenariale a été engagée dans le territoire en septembre 2017. Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ont été créés par l'ARS. Leur objectif est de soutenir et de guider les familles et aidants pour le suivi et pour la coordination du parcours de vie des personnes. L'APEI du Douaisis a été retenu pour porter le projet dans ce territoire.

Un consensus se dégage pour signaler que l'accompagnement sanitaire et médico-social est très important pour une approche globale des situations et pour prévenir la dégradation des problèmes. C'est notamment le cas à l'adolescence ; la continuité de soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte semble poser problème tout comme dans les autres territoires de démocratie sanitaire « il faudrait fluidifier la prise en charge des 12-18 ans (...), faire attention aux âges charnière 15-20 ans (et 60 ans et plus) (...), améliorer le parcours de soins des adolescents pour éviter l'hospitalisation en psy adulte » [GF]. La question des liens entre la pédopsychiatrie et les services des urgences est également soulevée. Pour les mineurs placés sous main de justice (mais aussi suivis par les services de l'Aide sociale à l'enfance), l'absence de partenariat spécifique et formalisé pour la prise en charge en santé mentale est constatée « Au sein même de la PJJ, il n'existe pas de protocole

*écrit ou de conduite à tenir en cas de besoin relevant de la santé mentale. L'absence de partenariat rend difficile et longue la procédure de mise en œuvre du projet d'accompagnement modulé du jeune » (8). Un dispositif mobile pour adolescents, au sein du service de psychiatrie infanto juvénile de Cambrai, intervient dans les collèges et lycées, en lien avec leurs personnels : « ça marche pas mal, ça marche bien » [Pédopsychiatre]. Une Équipe mobile pour enfants et adolescents en situations complexes a été créée en 2016 ; financée par l'ARS, gérée par l'Afeji, en partenariat avec l'Apajh et Traits d'Union (ancienne Maison des Enfants de Trélon). Elle propose de « renforcer l'offre d'accompagnement afin d'éviter des ruptures de prise en charge des jeunes en situations complexes et de faciliter la continuité de leur parcours »<sup>3</sup>.*

D'autres coopérations, pas toujours formalisées dans le cadre d'une convention, fonctionnent. Ainsi, les services de la PJJ mènent actuellement « un embryon de collaboration avec le CH de Douai (...) on travaille sur l'évaluation des situations et sur l'accompagnement des situations complexes (...) on a un médecin référent sur qui s'appuyer (...) on a proposé à des adolescents hospitalisés de bénéficier d'activités adaptées » [GF].

D'autres coopérations apparaissent plus fragiles : les conventions pour formaliser le partenariat entre acteurs du sanitaire et du médico-social sont mises en œuvre inégalement selon les centres hospitaliers et des freins sont parfois constatés, « il y a un cloisonnement sanitaire, médico-social et social. 80% de ces situations relèvent de cette complexité-là » [Psychologue]. « Il faut travailler également entre services psychiatriques. Les services travaillent-ils ensemble ? Ont-ils conscience de l'offre des uns et des autres ? Il y a un travail à faire sur le recours à l'échelle du Hainaut avec la difficulté de deux GHT différents<sup>4</sup>. Comment associer Douai à la réflexion autour des recours dans le cadre GHT du Hainaut ? » [GF]. La place des médecins généralistes dans le dispositif de soins est interrogée. Une nécessaire formalisation des partenariats est souhaitée.

## La formation, une réponse aux difficultés de collaborations entre professionnels ?

Tous les acteurs reconnaissent la nécessité de développer la coopération entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais ils soulignent leur méconnaissance des dispositifs. « La formation permet d'améliorer les partenariats et les réseaux entre le sanitaire et le médico-social » [GF]. L'ensemble des acteurs constatent un « manque de formation des professionnels qui exercent en établissements médico-sociaux et qui éprouvent des difficultés à prendre en charge le handicap psychique » [GF]. Ils sont convaincus que « l'éducatif et le pédagogique ne suffisent plus. On a de plus en plus de situations complexes à gérer (...). Il faut des lieux de vie apai-

*sants et contenant avec de la formation professionnelle » [GF]. Les formations croisées sont évoquées ; elles permettent de « croiser les expériences des professionnels (stages croisés) » [GF]. La formation médicale et l'« augmentation du nombre d'internes en psy » [GF] sont questionnées, tout comme la problématique des personnes handicapées vieillissantes qui présentent des troubles psychiques. Des initiatives ont été mises en place dans le territoire : « initiation formations croisées, en lien avec GHT Hainaut-Cambrésis (...). À la Clinique de Louvroil, il y a des formations croisées Ehpad Psychiatrie et échanges croisés : eux nous forment à la psy et nous*

*à la gériatrie » [GF]. Si un consensus se dégage sur l'intérêt de ces formations, certains acteurs rappellent néanmoins qu'« il faut penser au temps de travail qu'il faut payer : l'absence, il faut des budgets » [GF]. La formation est néanmoins jugée comme étant un levier indispensable pour favoriser les coopérations entre les secteurs sanitaire, médico-social et social car « chacun fait sa partie mais c'est très cloisonné (...). Il y a des impasses, de l'incohérence, c'est très désorientant » [Usager Gem]. « La formation limite les ruptures de parcours des personnes et facilite l'accès aux soins » [GF].*

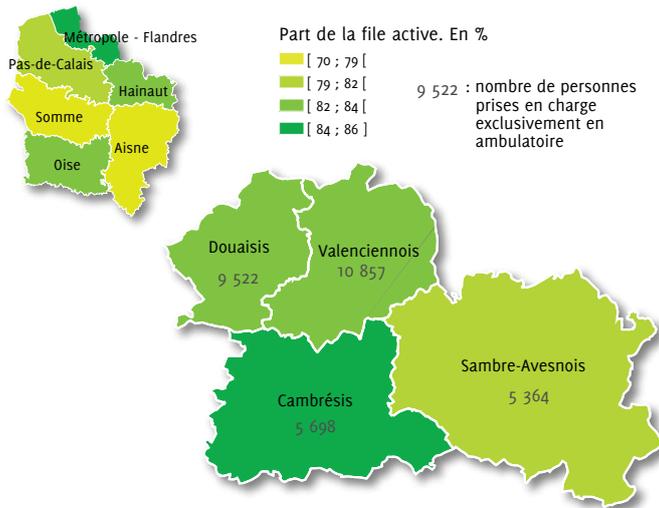
<sup>2</sup> L'Amandinois, Pays de Condé, Denaisis et Valenciennois.

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, et qui ne décrivent par leur nature.



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



Carte 8. Troubles psychotiques. Nombre et taux standardisés de prise en charge [s].

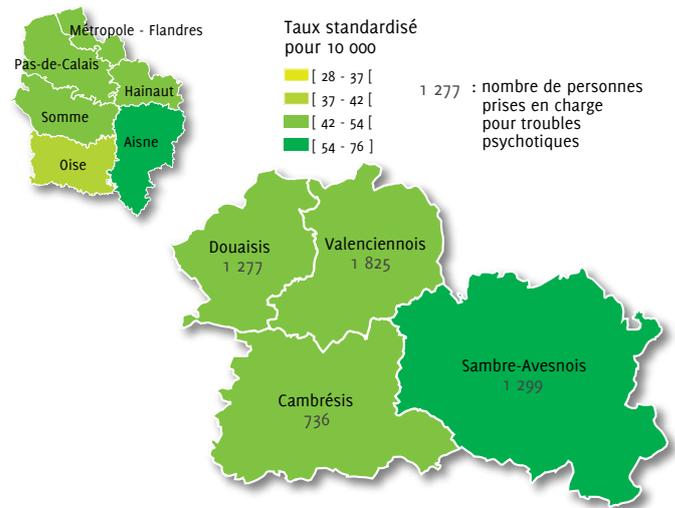
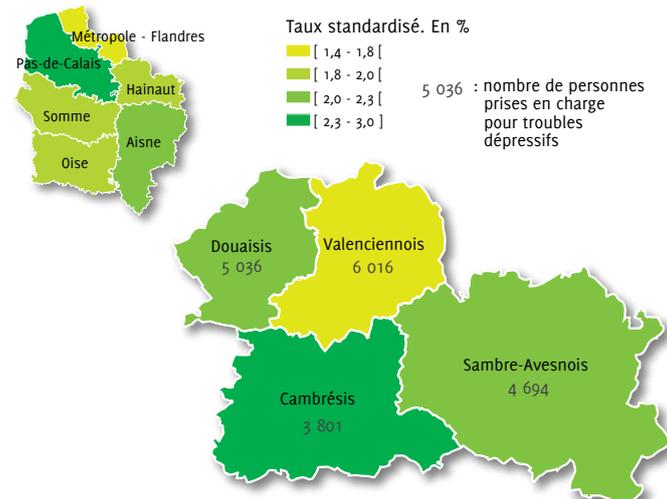


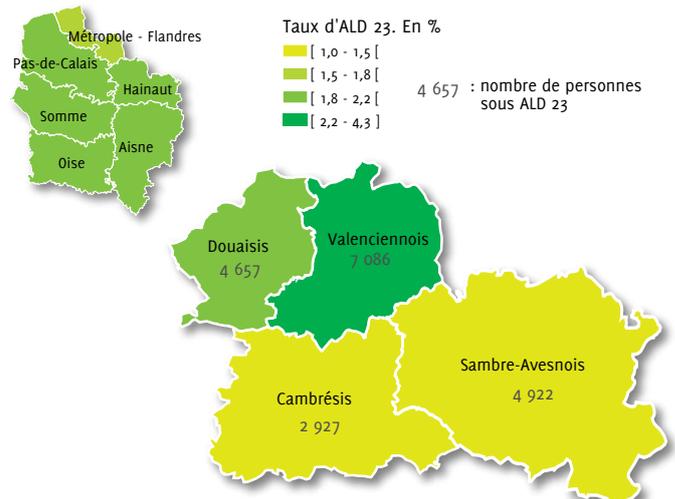
Tableau 3. Niveaux de prise en charge et de recours.

Indicateur de prise en charge/recours	Hainaut	Hauts-de-France
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie [i]	3,9%	3,7%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie sans consentement [m]	0,66%	0,53%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie en ambulatoire [n]	3,7%	3,4%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie exclusivement en ambulatoire [o]	83,5%	82,4%
Part de l'activité ambulatoire des services de psychiatrie à domicile [p]	13,3%	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]	2,0%	2,0%
Part de la population prise en charge/traitement pour troubles psychotiques [s]	0,52%	0,48%

Carte 9. Troubles dépressifs. Nombre et taux standardisés de prise en charge [r].



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



## Des taux de prise en charge psychiatrique assez proches de ceux de la région

16 040 personnes distinctes ont été prises en charge en service de psychiatrie en 2015 dans le Hainaut, soit 3,9% de la population. 4,8% de la file active est prise en charge sans consentement, contre 4,0% en moyenne régionale. Plus de 4 patients sur 5 sont suivis exclusivement en ambulatoire (soit un niveau légèrement supérieur à celui des

Hauts-de-France. Le niveau d'activité ambulatoire à domicile est identique à celui régional (13,3%). Les affections psychiatriques de longue durée touchent 2,0% de la population du Hainaut, de même que les troubles dépressifs [r] ; les personnes suivies pour troubles psychotiques constituent quant à elles 0,5% de la population [s].

L'Avesnois se distingue par un plus faible taux de prise en charge psychiatrique, un plus faible taux de prise en charge exclusivement ambulatoire, une prévalence plus élevée des troubles psychotiques et une plus faible proportion des personnes sous ALD 23 (cf. cartes 6 à 10).

## Des parcours de soins complexes pour les jeunes et leurs familles

L'offre de soins se révèle insuffisante dans le Hainaut, notamment en ce qui concerne la psychiatrie et, plus particulièrement, la pédopsychiatrie. Cet état de fait n'est pas sans répercussion sur l'accès aux soins et leur continuité. Or, confrontés aux fortes difficultés sociales du territoire, les professionnels disent la souffrance des enfants et des familles : « la souffrance psychique : la douleur d'un individu, de sa famille, d'un tissu social (...). Les difficultés des familles génèrent une souffrance qui peuvent engendrer une spirale négative : maltraitance, abandon et, finalement, mesure d'Aide Sociale à l'enfance (ASE). Les familles vivent une double peine (...). Les parents [sont] de plus en plus en difficulté par rapport à ces troubles et avec les mesures posées » [GF]. Les professionnels s'interrogent donc : « Comment casser les schémas de répétition transgénérationnelle : grands-parents, parents, enfants » [GF]. Le recours aux thérapies familiales est cité mais à la marge.

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) constate, pour sa part, une augmentation significative du nombre de jeunes sans structures familiales et/ou rejetés par leurs parents : « A 18 ans et un jour, ils sont mis à la porte et arrivent en CHRS (Centre d'hébergement et de réadaptation sociale) » [PJJ]. En milieu pénitentiaire, de plus en plus de jeunes ont des troubles du comportement et de la conduite : « Ils ont eu une orientation ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) qui n'a pas fonctionné et se retrouvent en case prison suite à un passage à l'acte (...). Le taux de judiciarisation des situations est de plus en plus élevé » [GF].

La souffrance psychique des familles et de leurs enfants, notamment à partir des problématiques d'accès et de prise en charge, fait l'objet d'un large consensus. [On observe une] « difficulté de prise en charge des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques et/ou des troubles de comportement et des conduites sévères pour accéder à un diagnostic, prendre en charge les périodes critiques et les réévaluations du traitement » [GF]. « La Maison

des adolescents (MDA) à court terme c'est bien mais s'il y a besoin d'une prise en charge thérapeutique alors on réoriente vers le CMP et pour Valenciennes, le délai est d'un an » [Itep]. « On a une difficulté énorme avec les enfants TED avec des délais d'attente de 6 à 12 mois pour des diagnostics » [Pédiatre]. « En médecine psychiatrique pour les jeunes, 6 à 7 mois d'attente pour une prise en charge » [GF]. « Concernant la population accueillie en IME (4 à 20 ans), nous sommes parfois en difficulté pour trouver un relais en psychiatrie infanto-juvénile. Nous avons dans notre effectif 1 psychiatre sur un 0,20 ETP pour l'ensemble du Pôle soit 150 usagers environ » [ESMS]. L'intérêt du recrutement systématique d'un psychologue dans les structures médico-sociales et d'hébergement pour l'accompagnement des professionnels et/ou résidents est évoqué.

Les professionnels mettent l'accent sur l'importance des délais pour le diagnostic et la prise en charge alors même que les enfants et les adolescents présentent des troubles psychologiques, des troubles de conduite et de comportement de plus en plus tôt : « On observe de plus en plus de gros problèmes de comportements et des psychopathologies très lourdes avec parfois des équivalents suicidaires chez les plus jeunes (...) des jeunes de plus en plus déstructurés, de plus en plus tôt, avec des consommations d'alcool, de drogues plus importantes et plus précoces avec un impact psychologique » [GF]. Du côté de l'Éducation Nationale [EN], on pointe une augmentation de la déscolarisation et du taux d'échec au collège : « Les chiffres sont en deçà de la réalité (...). Il y a aussi le harcèlement au collège et des problématiques sociales lourdes » [EN], « Il y a une diminution du nombre de médecins et de psychologues scolaires, une difficulté d'accès aux orthophonistes » [CD]. Dans ce territoire, « le partenariat avec l'EN monte en puissance »<sup>6</sup>

Au-delà du diagnostic, l'accès à l'hospitalisation complète semble difficile : « La prise en charge des adolescents : où sont-ils hospitalisés quand ils sont en crise ? Comment ? (...) On a des difficultés à trouver

des réponses d'urgence en cas de « crise » (...) » [GF]. Cette question a également été retenue comme prioritaire par les acteurs associés au diagnostic partagé du conseil territorial de santé du Hainaut (9).

Ces difficultés à répondre aux problématiques de santé mentale et de handicap s'expriment notamment dans le Cambrésis où l'accès aux soins pose de plus en plus problème : « Il manque de structures (...). Le suivi psychologique, par exemple au CMP de Caudry, est de plus en plus difficile à réaliser (non remplacement des départs, rdv de plus en plus espacés) et retentissement sur la qualité de la prise en charge » [GF]. La situation est d'autant plus complexe et tendue qu'on se trouve dans un « territoire rural avec [des] transports déficitaires rendant l'accès aux soins compliqués » [GF]. « Dans le Cambrésis, les transports c'est un gros problème, c'est vraiment préoccupant » [pédopsychiatre]. Au regard des difficultés de transports, un consensus relatif se dégage quant à l'intérêt des équipes mobiles pour aller « vers » les personnes.

Tout le monde s'accorde à dire, au-delà des difficultés d'accès aux soins et de prise en charge repérées, qu'il est urgent de (re) penser le parcours global de soins/de vie des personnes : « Les ruptures de parcours sont encore trop nombreuses. Comment l'améliorer ? (...). [Il y a] besoin d'une vraie vision de parcours : comment et avec quels outils la construire ? Surtout au niveau de la gestion des situations en amont et en aval de la prise en charge (...). Il y a une méconnaissance des dispositifs existants et des passerelles possibles dans certaines situations (...) c'est compliqué, après la phase critique, de trouver une réponse adaptée (médico-sociale et/ou sociale) (...). Nous sommes tous capables de faire des diagnostics et des projets mais nous sommes tous dans l'incapacité de mettre en œuvre par absence de structures d'accueil en aval. Toutes les structures sont saturées avec des délais d'attente très importants » [GF]... « Le parcours c'est compliqué. On n'a pas d'interlocuteur » [Usager Gem].

## Une forte morbi-mortalité suicidaire

En 2015, 2168 personnes distinctes connaissent au moins un séjour en service de médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide [t], le Hainaut se caractérise par une forte morbidité suicidaire (taux standardisé de 26,4 pour 10 000 vs 21,7 dans les Hauts-de-France, région connaissant les plus forts taux en France en 2015, tant pour les femmes que pour les hommes (10).

Mené par le service de psychiatrie du CHU de Lille, le programme Vigilans assure un suivi de 6 mois et un recontact des personnes ayant été admises aux urgences pour tentative de suicide (11). 726 entrées dans ce dispositif ont été enregistrées en 2015, 746

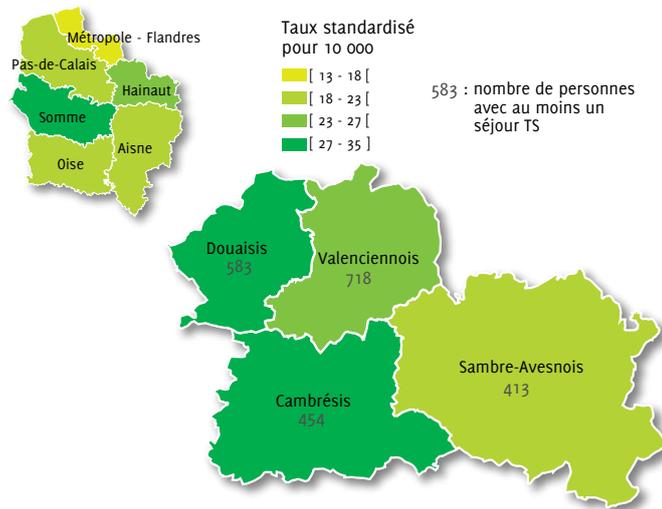
en 2016 et 740 en 2017 dans des établissements de santé du Hainaut.

193 décès sont enregistrés annuellement dans ce territoire entre 2012 et 2014, soit 39% de plus que s'il avait connu les mêmes taux de décès pour cette cause qu'en France métropolitaine [v]. Le Cambrésis fait partie des territoires de proximité les plus touchés à la fois par la morbidité et par la mortalité suicidaire (cf. cartes 11 et 12).

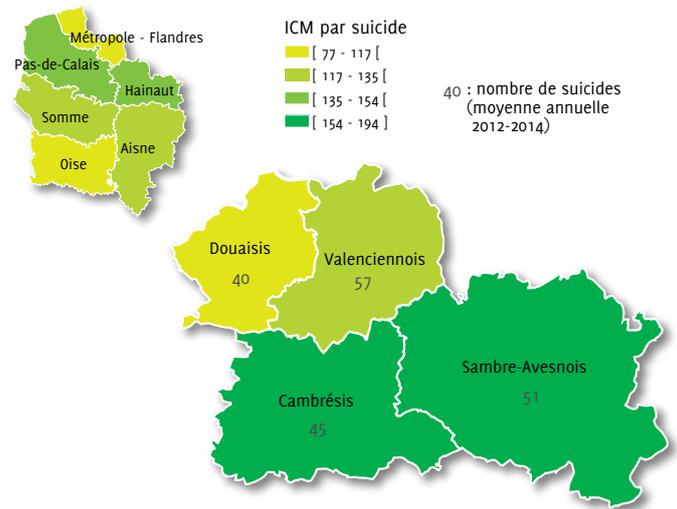
La forte morbi-mortalité suicidaire dans le territoire interpelle les professionnels. Ceux-ci découvrent avec étonnement le pourcentage important de suicide dans le Hainaut par rapport à la région : « Je connaissais en

partie ces statistiques mais je ne les mesurais pas en termes si catastrophiques (...), je n'avais pas connaissance des indicateurs sur le taux de suicide, notamment à Cambrai (...), les chiffres sur le suicide dans le Cambrésis, comment peut-on l'expliquer ? » [GF]. Cet état de fait est à relier aux inquiétudes de plusieurs acteurs concernant la souffrance de la population dans ce territoire et les problématiques de santé mentale des plus jeunes, entre autres « les TS [qui] sont en hausse chez les enfants » [pédopsychiatre]. La prévention du risque suicidaire est reprise au rang des priorités du territoire de démocratie sanitaire (9).

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 [v]



## CONCLUSION

Le diagnostic territorial partagé du Hainaut a permis à différents acteurs, professionnels, usagers et familles, d'échanger à partir de données statistiques et épidémiologiques, mais aussi de partager leurs constats qualitatifs sur les problèmes psychiques des populations du territoire et des réponses apportées. La limite méthodologique des groupes focaux est liée au nombre (restreint) d'informateurs qui y ont participé (leurs propos, dont nous avons relaté les plus significatifs, sont exprimés à partir de leur expérience. S'ils 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.

Avec 45 participants et 29 organismes distincts représentés, le diagnostic partagé de santé mentale du Hainaut est celui qui a associé le plus grand nombre d'acteurs parmi les 6 territoires des Hauts-de-France ; cette mobilisation traduit leur implication mais aussi le besoin de partager leurs interrogations devant les difficultés rencontrées.

Le Hainaut présente des indicateurs sociaux particulièrement défavorables, au sein d'une région très en difficulté par rapport à la France. Cette situation péjorative génère de la souffrance pour ses habitants, notamment les jeunes, qui sont de plus en plus en difficulté et de plus en plus précocement. Les professionnels ont à faire face à des problèmes transgénérationnels récurrents dont ils ne voient pas toujours l'issue et qui provoquent un certain fatalisme dans la population. Ce contexte complique aussi et surtout l'accès aux soins et les parcours en santé mentale, difficultés renforcées par la ruralité d'une partie du territoire (Avesnois et Cambrésis) et l'insuffisance des transports en commun. Les équipes mobiles peuvent être des réponses appropriées aux besoins des personnes en difficulté pour se déplacer.

Bien que peu évoquées, les possibilités offertes par la télémedecine gagneraient à être expérimentées.

Les coopérations entre acteurs sanitaires, médico-sociaux, services de l'État, collectivités locales sont des nécessités reconnues par tous, dans le champ de la santé mentale, comme dans d'autres. De nouvelles conventions de partenariat sont attendues pour favoriser les parcours de soins et de vie coordonnés auxquels les médecins généralistes doivent également être associés.

Les actions de formation croisée constituent aussi des occasions de rencontre favorables à la découverte des modes d'actions de partenaires et aux coopérations entre acteurs ; de nouveaux CLSM, dans le Cambrésis, le Douaisis et le Valenciennois, pourraient être des espaces de concertation et d'élaboration collective. Mais le territoire ne pourra évoluer positivement que s'il est doté de ressources médicales, paramédicales et médico-sociales suffisantes ; elles lui sont nécessaires pour relever les défis de la prévention et du soin précoce, chez l'enfant notamment, ainsi que dans le domaine des conduites suicidaires.

## 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>
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
- DGCS. Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en oeuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016. 2017.
- Association Unafam. 2018. Disponible sur : <http://www.unafam.org/>
- Unafam. Atelier Prospect Famille. 2018. Disponible sur : [http://www.unafam.org/IMG/pdf/Atelier\\_PROSPECT\\_famille-2.pdf](http://www.unafam.org/IMG/pdf/Atelier_PROSPECT_famille-2.pdf)
- Drees. Statistique d'activité des établissements (SAE). 2018.
- 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). 2013. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste\\_20130007\\_0000\\_0078.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf)
- Marie-Cécile Pineau. Ministère de la justice, Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, Direction territoriale de la Protection judiciaire de la jeunesse du Nord, 14 décembre 2017. Synthèse enquête santé mentale. 2017.
- OR2S. Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire du Hainaut. Diagnostic partagé du Conseil territorial de santé. Amiens: CTS Hainaut, OR2S, ARS Hauts-de-France; 2017 déc p. 8. Disponible sur : [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-01/CTS\\_Hainaut\\_o.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-01/CTS_Hainaut_o.pdf)
- Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 2018. Disponible sur : [solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf)
- Plancke L, Amariéi A, Guétière G, Dehem M, Danel T. Programme de recontact des personnes suicidantes Vigilans. Évaluation quantitative 2015 (processus et résultats). F2RSM Psy. 2017 mars p. 34. Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/14912.pd>