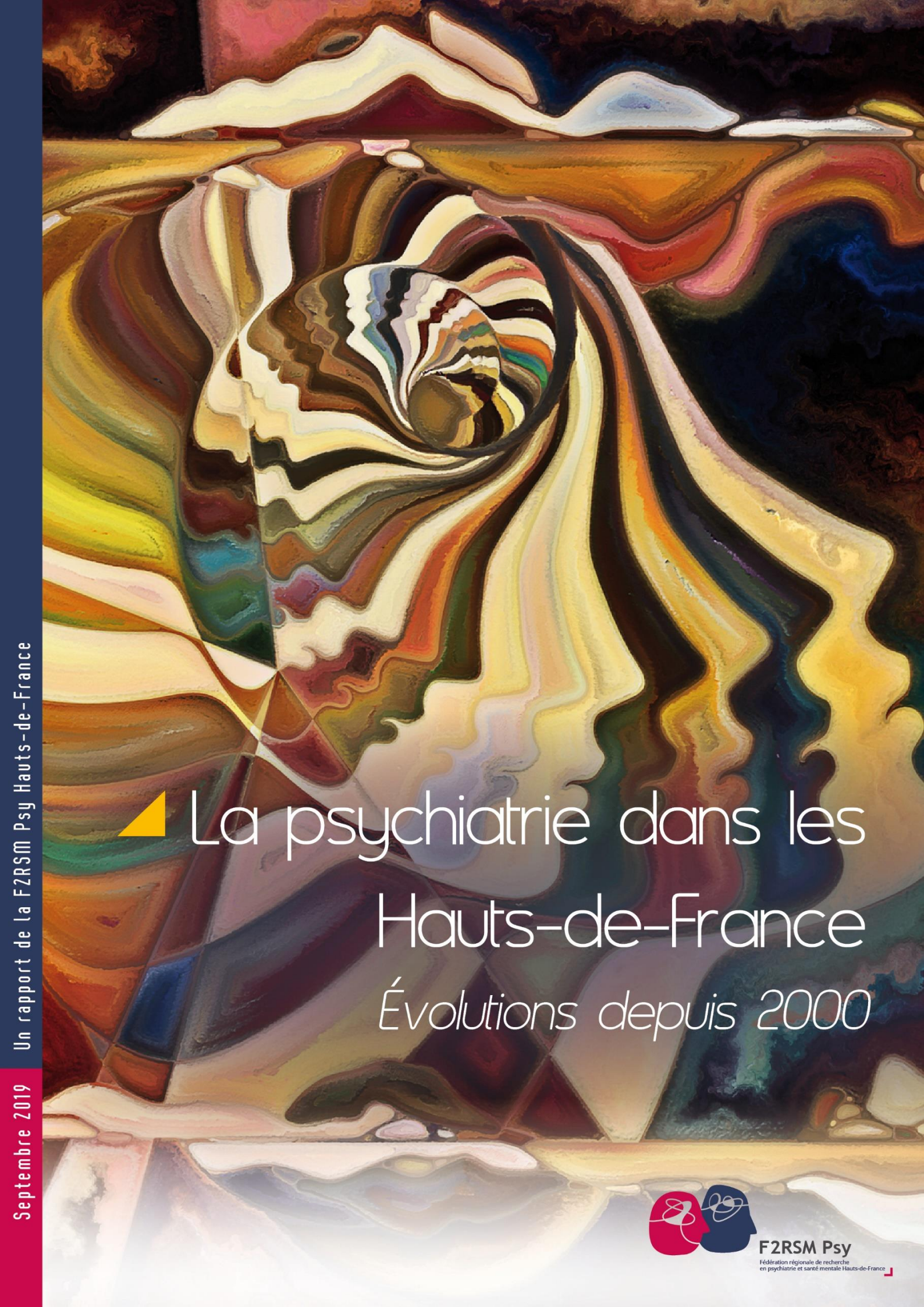


An abstract painting of a face, composed of various colors like yellow, orange, brown, and blue, with a central spiral pattern.

La psychiatrie dans les Hauts-de-France *Évolutions depuis 2000*



F2RSM Psy
Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Les auteurs :
Aurélie Thève (Stagiaire. Université de Lille, Master Réseaux sociaux et numériques)
Laurent Plancke
Alina Amariei

Relecture et corrections : Sophie Giaretti
Couvertures : Jean Chelala
Directeur : Dr Thierry Danel

Table des matières

Introduction	5
Sources et méthodes	6
Méthodologie quantitative	6
Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).....	6
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc).....	6
Ordre des médecins.....	7
Assurance-maladie.....	7
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) - Agence régionale de santé (ARS) ..	7
Ministère de la santé - Bureau démographie et formations initiales.....	7
Entretiens avec des experts du champ de la psychiatrie et de la santé mentale.....	8
Évolutions quantitatives	10
Capacités	10
L'hospitalisation privée en forte hausse.....	10
L'hospitalisation à temps complet	11
Plus de séjours, de moindre durée	13
L'hospitalisation à temps partiel.....	15
Activités	17
Une augmentation régulière de l'activité ambulatoire des services de psychiatrie.....	17
Plus de 3/5 ^e des prises en charge sans consentement se font à la demande d'un tiers	20
Les ressources des services de psychiatrie	22
Dans les services, moins de psychiatres, plus de personnel non médical	22
Des ressources financières qui n'augmentent pas.....	28
Les personnes prises en charge dans les services de psychiatrie.....	29
Un nombre de patients pris en charge en psychiatrie qui ne cesse d'augmenter	29
De plus en plus de patients relèvent d'une prise en charge ambulatoire	31
Le nombre de patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie générale diminue depuis 2012.....	33
Une diminution de moitié des hospitalisations au long cours	35
Les unités de psychiatrie en milieu pénitentiaire	37
Les psychiatres et les internes en psychiatrie	38
Une hausse du nombre de psychiatres	38
De plus en plus d'internes en psychiatrie formés dans notre région.....	39
Les affections psychiatriques de longue durée (ALD23)	40
Une forte augmentation des affections psychiatriques de longue durée dans les Hauts-de-France	40
Le suicide.....	41
Le nombre de suicides dans les Hauts-de-France connaît une diminution de 26% en 17 ans.....	41
Le point de vue d'experts	44
Un contexte socio-économique défavorable à la santé mentale.....	44
Des comorbidités addictives fréquentes.....	44
Des inégalités et disparités persistantes	45
La poursuite de la désinstitutionalisation.....	46
Une articulation sanitaire - médico-social préconisée.....	48

De graves déficits de psychiatres dans certains territoires	49
Des ressources financières jugées insuffisantes.....	51
Une déstigmatisation en cours ?.....	53
Le développement significatif de la prévention des conduites suicidaires	54
Synthèse et conclusion.....	56
Résumé des évolutions régionales et nationales.....	57
Synthèse par département.....	58
Aisne	58
Nord	59
Oise.....	60
Pas-de-Calais	61
Somme	62
Annexes	63
Établissements de santé autorisés en psychiatrie dans les Hauts-de-France.....	63
Liste des sigles et acronymes.....	64
Bibliographie	65
Liens vers questionnaires, nomenclatures et sites employés	66
Guide d'entretien	67
Indicateurs supplémentaires	68
Une forte hausse des prises en charge à temps complet alternatives à l'hospitalisation à temps plein dans le privé.....	68
Une diminution du nombre des médecins non-psychiatres exerçant dans les services de psychiatrie.....	71

Introduction

La psychiatrie est une discipline médicale en évolution rapide, qualitativement et quantitativement. Ses missions, ses cadres de référence, les attentes projetées sur elle, son organisation, ses publics évoluent. Il est important de disposer d'éléments d'appréciation de ces mouvements, qui s'inscrivent dans un contexte plus large de mutation importante du système de santé français, d'élargissement constant du champ de la santé (médicalisation de la société) et de territorialisation renforcée des approches sanitaires.

Depuis sa création en 2007, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France mène un effort constant et soutenu de description des déterminants de la santé mentale, de l'offre psychiatrique (capacités et ressources humaines), des recours de la population, aux soins et aux traitements, ainsi que de la morbi-mortalité psychiatrique. Quand cela est possible, les indicateurs mobilisés sont utilisés pour comparer les territoires de la région entre eux et la région à la France.

De nombreux membres de la Fédération la sollicitent pour disposer de données à l'échelon de leur établissement, groupe d'établissements ou territoire ; données importantes qu'ils peuvent trouver au sein du Système d'informations géographique CartoPsy®.

Il semble nécessaire que ces approches comparatives soient complétées par une étude évolutive sur les indicateurs disponibles. C'est l'objet de cette nouvelle étude de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, menée par Aurélie Thève, étudiante à l'Université de Lille, dans le cadre du stage qu'elle y a réalisé au cours 1^{er} semestre 2019.

La période d'étude retenue est celle du 21^e siècle, soit 20 années ; toutes les évolutions n'ont pu être décrites depuis l'année 2000. Le système d'information sur la santé s'est étoffé, mais les informations ne sont pas toutes disponibles depuis si longtemps. On peut citer par exemple les données sur les psychiatres, fiables depuis 2007 seulement, ou sur les ressources financières des services régionaux de psychiatrie pour lesquelles il n'a pas été possible de remonter au-delà de 2006, pour le seul Nord - Pas-de-Calais (les informations sur la Picardie n'ont pas été retrouvées).

Nous avons basé cette étude sur les bases médico-administratives et de mortalité, ainsi que sur des entretiens réalisés avec des experts du champ de la santé mentale (psychiatres, sociologues, historienne, médecin de santé publique ...), afin de contextualiser et de conceptualiser les informations quantitatives traitées.

Puisse ce nouveau rapport apporter quelques repères sur la situation de la psychiatrie régionale et des patients qui s'adressent à elle.

Dr Martine Lefebvre

Présidente du Conseil d'administration

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Sources et méthodes

La présente étude sur les évolutions de la psychiatrie et de la santé mentale dans les Hauts-de-France repose sur une double méthodologie :

- D'une part, l'exploitation de données statistiques, émanant de 6 sources, relatives aux services de psychiatrie (capacités, files actives, ressources), aux psychiatres, aux affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) et à la mortalité suicidaire ;
- D'autre part, des entretiens avec des experts de la psychiatrie et de la santé mentale (psychiatres, médecins, historiens, sociologues, acteurs de la santé publique...), avec qui ont été abordés les thèmes suivants :
 - Les caractéristiques, la prise en charge et l'orientation des patients
 - Les ressources humaines et financières de la psychiatrie
 - L'aspect organisationnel de la psychiatrie
 - Les parcours de soins
 - Les files actives en psychiatrie
 - Les capacités d'accueil en psychiatrie
 - Les ressources humaines travaillant en psychiatrie
 - La morbi-mortalité suicidaire.

Méthodologie quantitative

Les données quantitatives émanent de 6 sources ou services. Nous n'avons pu les obtenir toutes pour les années 2000-2018.

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La base SAE est constituée à partir des réponses des établissements de santé à l'enquête annuelle du ministère des solidarités et de la santé menée depuis 1995. Elle constitue l'une des principales sources de données sur les établissements de santé. L'objectif principal de ce recueil de données est de caractériser les établissements de santé en s'intéressant à leurs capacités, leurs activités et leurs moyens.

Le bordereau psychiatrie constitue un des volets de la SAE ; il est renseigné par l'ensemble des établissements de santé ayant une activité autorisée dans cette discipline. Ce bordereau porte sur différents thèmes, tels que les capacités d'accueil d'hospitalisation, les actes ambulatoires, les files actives, les modes légaux de soin et les ressources humaines médicales et non-médicales. Les données ont été téléchargées à partir du site <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

Selon les indicateurs, l'information était disponible de 2000 à 2017 (18 années) ou de 2008 à 2017 (10 années). Pour la psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire, nous avons retenu les indicateurs suivants :

- Les hospitalisations à temps plein et ses réponses alternatives à temps complet
- Les hospitalisations à temps partiel
- Les actes ambulatoires
- Les soins sans consentement
- Les ressources humaines des services
- Les files actives des services

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc)

Les bases de décès sont produites par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui, depuis une cinquantaine d'années, met à disposition des statistiques sur les causes médicales de décès.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux décès par suicide chez des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France et en France métropolitaine ; ces informations ont été obtenues par téléchargement sur le site <https://www.cephdc.inserm.fr/>.

Années étudiées : 2000-2016.

Ordre des médecins

Le service Étude et Recherche Statistique du Conseil National de l'Ordre des Médecins nous a transmis les effectifs de psychiatres inscrits dans les Hauts-de-France, selon la spécialité (psychiatrie générale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent¹), le département d'exercice, le type d'exercice (libéral, salarié ou mixte) et le statut (actifs réguliers, retraités et remplaçants).

L'Ordre des Médecins recense les psychiatres en activité régulière (salariés, libéraux ou mixtes), les retraités actifs (salariés, libéraux ou mixtes) et les remplaçants.

Pour les psychiatres en activité régulière, des Équivalents temps plein (ETP) ont été calculés par catégorie (salariés et libéraux) ; les psychiatres d'exercice mixte ont été considérés comme libéraux pour 0,5 ETP et salariés pour 0,5 ETP. Le taux de psychiatres pour 10 000 habitants en 2019 a par ailleurs été calculé.

Années étudiées : 2007-2019.

Assurance-maladie

Des données statistiques annuelles sont produites sur les patients du régime général de l'Assurance-Maladie bénéficiant d'une exonération des frais afférents aux affections de longue durée (ALD). L'évolution du nombre de bénéficiaires de l'exonération pour affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) a été calculée aux niveaux départemental, régional et national.

Les données ont été téléchargées à partir du site <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

Années étudiées : 2008-2017.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) - Agence régionale de santé (ARS)

Les données sur les ressources financières de la psychiatrie nous ont été transmises par l'ARS Hauts-de-France, qui les a extraites de l'application nationale ARBUST (un outil de suivi de la réalisation de la campagne budgétaire qui regroupe les dotations des établissements de santé), pour les années 2008 à 2019. La Dotation annuelle de fonctionnement de la psychiatrie (DAF Psy) se décompose en une dotation initiale (fixée au 1^{er} janvier) et une dotation complémentaire, attribuée en cours d'année (cette dernière n'étant pas connue lors de la rédaction du présent rapport, l'évolution a été calculée de 2008 à 2018).

Années étudiées : 2008-2018.

Ministère de la santé - Bureau démographie et formations initiales

Les effectifs des postes d'internes, par université et spécialité, nous ont été transmis par le Ministère de la santé ; sont présentés dans le rapport ceux qui ont été pourvus en psychiatrie pour l'université d'Amiens et l'université de Lille.

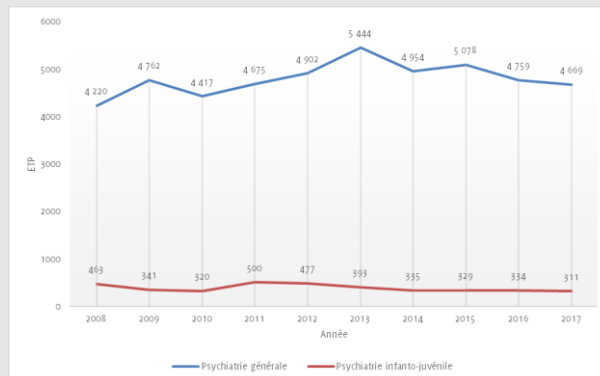
Années étudiées : 2004-2019.

¹ Ces 2 spécialités ne rendant pas compte de la patientèle des psychiatres, leurs effectifs ont été additionnés.

REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES DES ÉVOLUTIONS

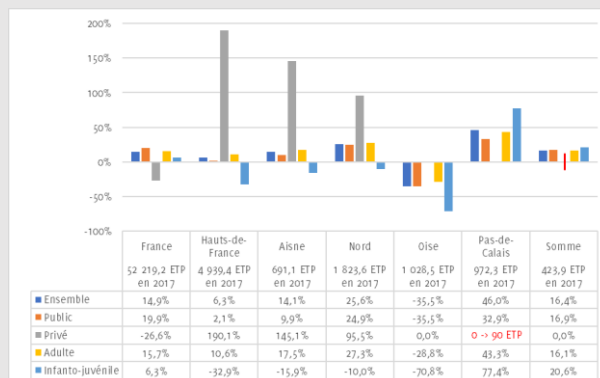
Pour la plupart des indicateurs, 2 figures sont présentées :

- une courbe des effectifs annuels



- un histogramme des évolutions relatives des effectifs, entre la 1^{re} et la dernière année disponibles pour l'indicateur, comprenant les valeurs des évolutions, pour les Hauts-de-France, chacun de ses 5 départements et la France, et ce pour :

- l'ensemble des services de psychiatrie
- les services de psychiatrie publics
- les services de psychiatrie privés (cliniques et Espic)
- les services de psychiatrie générale
- les services de psychiatrie infanto-juvénile



Entretiens avec des experts du champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Dix entretiens semi-directifs ont été réalisés ; ils ont porté sur les évolutions organisationnelles et conceptuelles du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Durant ces entretiens, plusieurs thèmes propres à notre étude sur l'évolution de la psychiatrie régionale ont pu être abordés (cf. annexe : Guide d'entretien).

Les personnes interrogées étaient 5 femmes et 5 hommes : 2 sociologues, 4 psychiatres, 3 médecins d'autres spécialités et 1 directrice hospitalière (cf. Tableau 1).

Tableau 1. Tableau récapitulatif des experts interrogés dans le cadre de notre enquête. 2019.

Nom	Profession	Institution
D ^r Marc Bétremieux	Pédopsychiatre Président de CME Président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux	CH Hénin-Beaumont
P ^r Lise Demailly	Professeure émérite de sociologie Agrégée de philosophie Membre du bureau de l'Association internationale des sociologues de langue française	Université de Lille. Clersé
Nadia Garnoussi	Maitre de conférences en sociologie	Université de Lille. CeRIES
D ^r Martine Lefebvre	Médecin généraliste Présidente du Conseil d'administration de la F2RSM Psy Hauts-de-France Vice-présidente du conseil régional de Hauts-de-France de l'ordre des médecins	F2RSM Psy Ordre des médecins
D ^r Christian Muller	Psychiatre Président de CME Président de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie	EPSM de l'Agglomération lilloise
D ^r Jean-Luc Roelandt	Psychiatre Ancien responsable d'un secteur de psychiatrie Directeur du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)	CCOMS de Lille
P ^r Pierre Thomas	Professeur de psychiatrie Membre du collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP)	Université et CHU de Lille
D ^r Bruno Tournaire-Bacchini	Psychiatre Praticien hospitalier	CHI Clermont
D ^r Francine Vanhée	Ancien Médecin Inspecteur de Santé Publique, en charge de la psychiatrie et de la santé mentale à l'ARS	ARS Hauts-de-France
Dominique Verhoest	Ancienne directrice hospitalière	EPSM des Flandres

Chaque indicateur fait l'objet d'une présentation sur 2 pages, qui peuvent être lues indépendamment. Une synthèse régionale est présentée page 57, suivie d'une synthèse pour chacun des départements des Hauts-de-France, p 58 à 62.

Évolutions quantitatives

Capacités

L'hospitalisation privée en forte hausse

Les années 2000-2017 voient le nombre de **cliniques privées** passer de 6 à 13 dans les Hauts-de-France, avec l'agrément de 7 nouvelles structures privées ayant une activité psychiatrique : la clinique du Campus (Amiens), la clinique du Littoral (Rang-du-Fliers), la clinique du Virval (Calais), la clinique Lautréamont (Loos), la clinique Marie Savoie (Le Cateau-Cambrésis), la clinique du parc Monceau (Lille) et la clinique Robert Schuman (Berlaimont)².

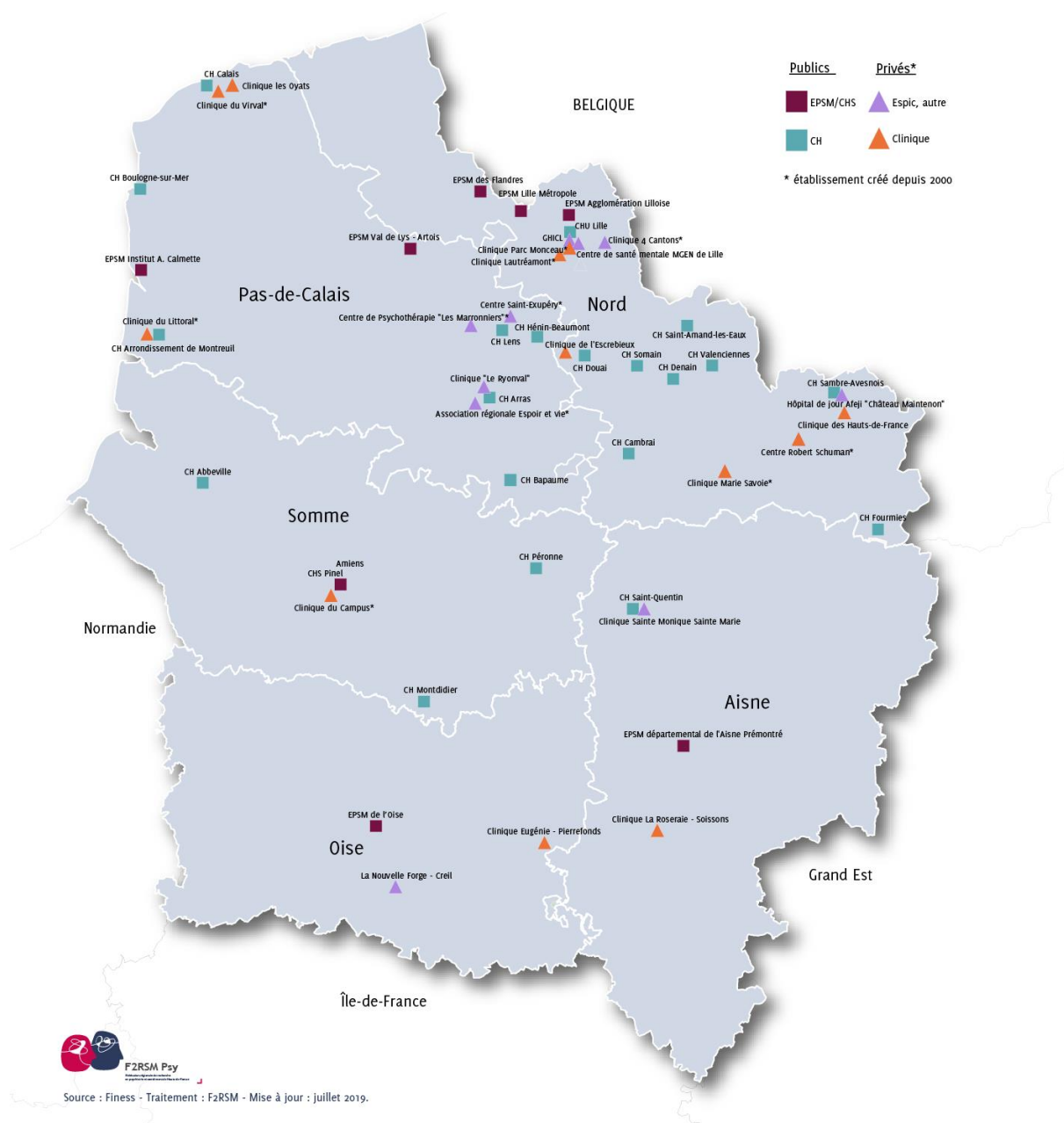
En 2017, les cliniques privées des Hauts-de-France comptabilisent un total de 700 lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, soit 11 pour 100 000 habitants (13 dans l'Aisne, 16 dans le Nord, 5 dans l'Oise, 10 dans le Pas-de-Calais et 3 dans la Somme), contre 21 en moyenne nationale. Bien qu'en hausse rapide, cette densité régionale reste donc environ 2 fois inférieure à celle de la France.

Durant la même période, 2 établissements ou services gérés par un **Établissement de santé privé d'intérêt collectif** (Espic) sont créés. La clinique des 4 cantons à Villeneuve d'Ascq ouvre ses portes en 2005 ; gérée par la Fondation des étudiants de France, elle propose des soins psychiatriques aux jeunes de 15 à 25 ans. Une Structure alternative d'accueil spécialisé (Saas) de 30 lits est ouverte au sein du Centre Saint-Exupéry, établissement de l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance-maladie (Ugecam), à Vendin-le-Vieil dans le Pas-de-Calais, en mai 2016. Ces créations portent à 10 le nombre d'Espic ayant une activité autorisée en psychiatrie dans les Hauts-de-France.

Alors que le secteur privé (cliniques et Espic) représentait 9,3% des 5761 lits d'hospitalisation à temps complet en 2000, il représente 21,3% des 4749 lits de ce type en 2017 (cf. pp 13-14).

² Ce mouvement d'extension du secteur privé se poursuit, avec, au printemps 2019, l'ouverture de la clinique de l'Epinoy à Cambrai.

Figure 1. Établissements psychiatriques publics et privés ayant participé aux enquêtes SAE. Hauts-de-France. 2017.



L'hospitalisation à temps complet

Définition de l'indicateur

Nombre de lits d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie installés au 31 décembre ; il est « égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits » [1]³.

³ Les chiffres entre crochets renvoient aux références bibliographiques, p 65.

Avec 85,7 lits de psychiatrie pour 100 000 habitants en 2016, la France se situe en douzième place au sein des pays européens [2]. La région des Hauts-de-France présente une densité de 81,5 lits d'hospitalisation à temps plein, de 102,6 lits d'hospitalisation à temps complet et de 207,0 lits et places d'hospitalisation complète ou à temps partiel pour 100 000 habitants.

Durant cette même année, dans les Hauts-de-France, l'hospitalisation à temps plein constitue les 4/5^e des capacités à temps complet des services de psychiatrie.

L'offre à temps complet est également constituée de places alternatives à l'hospitalisation à temps plein, qui représentent 1/5^e de ce type d'offre. Les autres formes de prise en charge à temps complet sont les familles thérapeutiques, les appartements thérapeutiques, les centres de post cure, les centres de crise, les structures d'accueil des urgences et les hospitalisations à domicile. Ce type d'offre est décrit en annexe.

▪ Une diminution de plus de mille lits d'hospitalisation à temps plein en 18 ans

La France est dotée de 55 644 lits d'hospitalisation de psychiatrie à temps plein (HTP), publics ou privés, en 2017 ; ce nombre a diminué de 11,4% entre 2000 et 2017. Dans les Hauts-de-France cette diminution est de 17,6%.

La psychiatrie générale connaît une diminution de 15,9% du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein de 2000 à 2017 (cf. Figure 2). En 2017, les établissements publics possèdent 79% des lits de psychiatrie à temps plein de la région. On observe une diminution assez régulière du nombre de lits dans le secteur public (-28,3% entre 2000 et 2017) et une forte augmentation du secteur privé, avec une évolution de +89,9%.

La psychiatrie infanto-juvénile connaît aussi, au niveau régional, une diminution du nombre de ses lits d'hospitalisation à temps plein avec une évolution de -46,8% de 2000 à 2017. Le nombre de lits d'hospitalisation pour les enfants et adolescents dans le secteur public diminue de 33,2% en 18 ans, tandis que le secteur privé voit le nombre de ses lits d'hospitalisation à temps complet diminuer de 68,3%.

Entre 2000 et 2017, le secteur public de la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) connaît une diminution globale de son effectif de lits d'HTP que ce soit au niveau national (-17,0%), régional (-28,5%) ou départemental (cf. Figure 3). Le Nord connaît une forte diminution de son nombre de lits HTP de psychiatrie, avec une évolution de -40,9%. Les départements de la Somme et de l'Oise sont aussi sujets à une réduction de leur effectif à hauteur de 33,5% et de 26,0%. L'Aisne et le Pas-de-Calais auront perdu 64 et 79 lits dans ce laps de temps.

Le secteur privé, quant à lui, connaît une augmentation globale du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein que ce soit au niveau national (+5,9%), ou, de manière beaucoup plus marquée, régional (+89,9%) et départemental. Le Nord connaît une forte augmentation du nombre de lits HTP de psychiatrie privée, avec une évolution de +148,7%. Le Pas-de-Calais et l'Aisne voient leur effectif de lits augmenter de 58,2% et 56,0% dans ce laps de temps. Le département de l'Oise connaît une augmentation à hauteur de 19,0% pendant que celui de la Somme, qui n'en n'était doté d'aucun, connaît l'ouverture de 18 nouveaux lits.

Entre 2000 et 2017, ce même département connaît une forte diminution du nombre de lits HTP de psychiatrie, qui passe de 469 à 330 lits ; en psychiatrie générale la baisse du nombre de lits est de 32,2%, alors que dans le secteur infanto-juvénile 12 lits sont créés dans le département. Le département de l'Oise est aussi sujet à une réduction de son effectif à hauteur de 24,3% (les secteurs général et infanto-juvénile diminuent tous les deux). Pour le Nord la réduction est de -26,4% (avec une augmentation de 14,8% du nombre de lits en infanto-juvénile), l'Aisne perd 17 lits dans ce laps de temps, tandis que le département du Pas-de-Calais connaît une augmentation du nombre de lits d'HTP de 4,3% en 18 ans (c'est le seul département des Hauts-de-France connaissant une augmentation du nombre de lits en psychiatrie générale).

Plus de séjours, de moindre durée

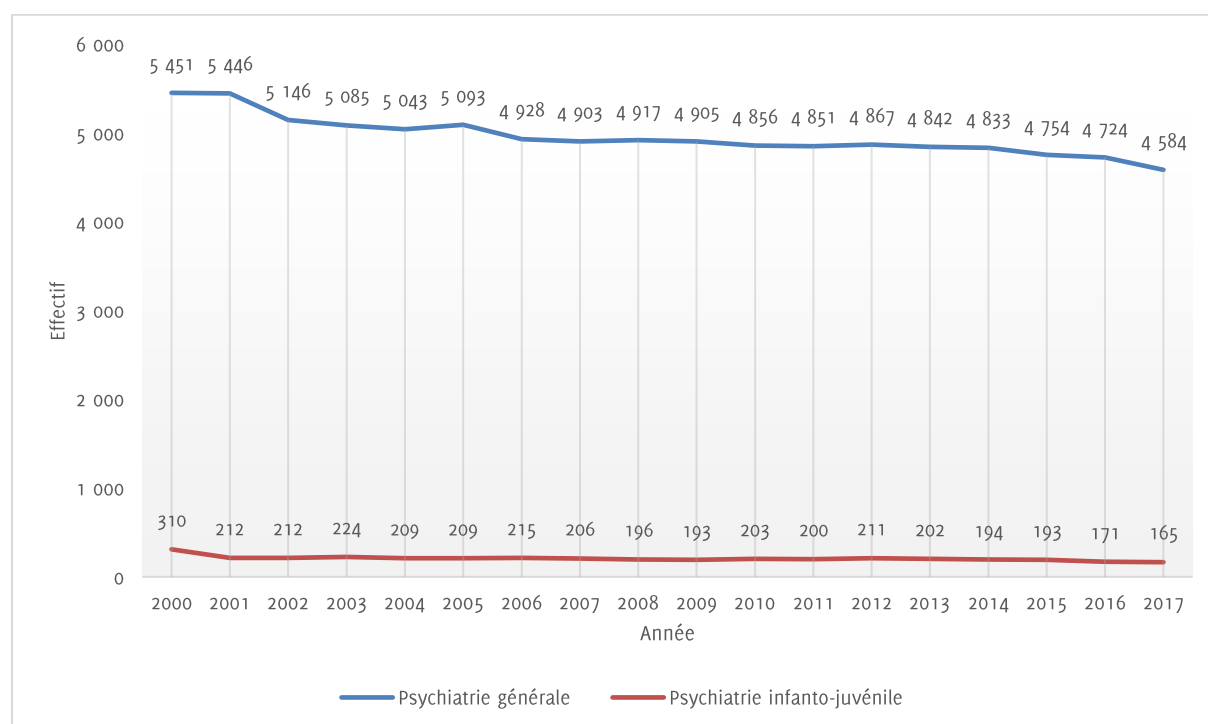
Dans le même temps, la région connaît une diminution de 15,4% du nombre de **journées** d'HTP réalisées en psychiatrie générale. Les services de psychiatrie privés connaissent une forte augmentation de 141% pour ce même indicateur, tandis qu'on observe une diminution de 30% dans le secteur public.

Ce nombre de journées diminue de 32,9% dans les services de psychiatrie générale du Nord de 2000 à 2017, de 23,2% dans l'Oise et de 18,3% dans la Somme, tandis qu'on observe une augmentation de 16,5% et de 22,7% du nombre de journées dans les départements du Pas-de-Calais et de l'Aisne.

En parallèle, il y a une diminution de 52,4% du nombre de journées d'HTP réalisées en psychiatrie infanto-juvénile de 2000 à 2017, avec une diminution de 27,4% dans le secteur public et une diminution de 74,5% dans le secteur privé.

Dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation augmente de 59,2% dans le département du Nord et la Somme réalise 2111 journées en plus. Les départements du Pas-de-Calais, de l'Oise et de l'Aisne, quant à eux, voient leur nombre de journées diminuer respectivement de 76,0%, 58,8% et 10,6%.

Figure 2. Évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2000-2017.

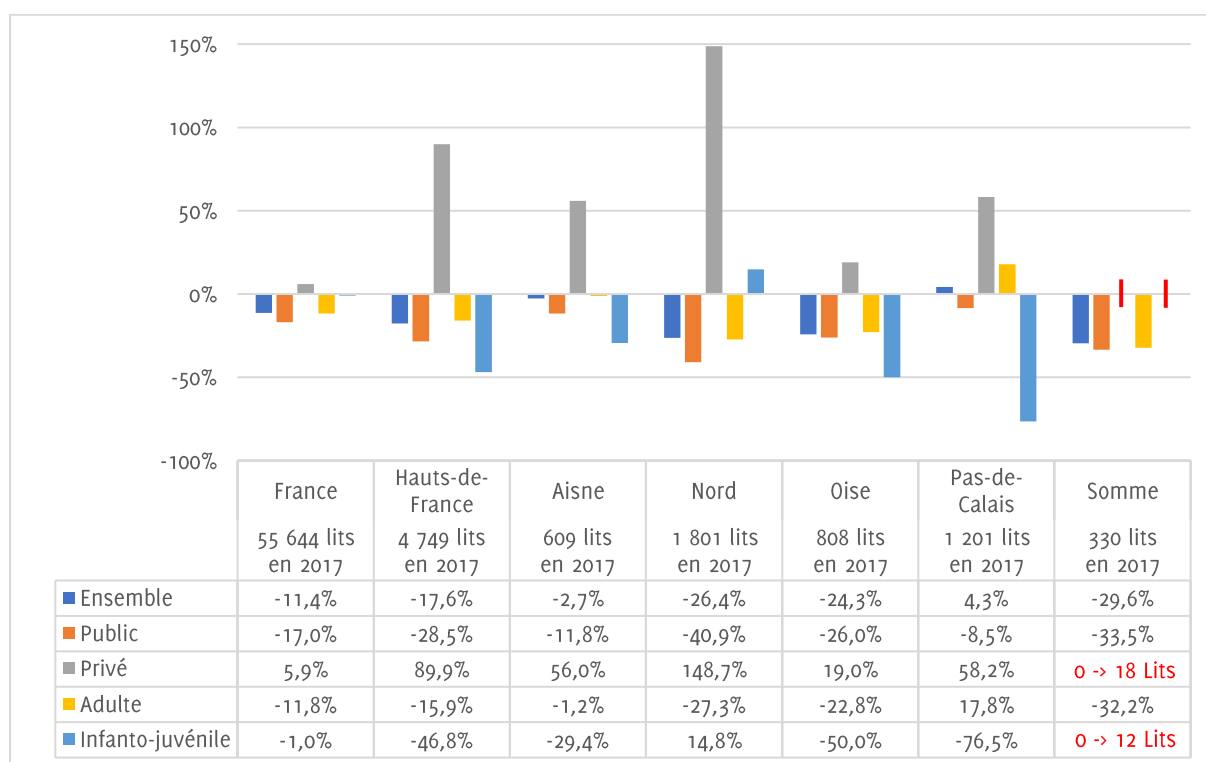


Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

NB : Jusqu'à 2016, l'EPSM de Clermont hospitalisait les patients des secteurs franciliens de Courbevoie et de Neuilly. En 2001, le centre de Saint-Exupéry de Vendin le Vieil a abandonné son activité psychiatrique au profit d'une activité de soins de suite⁴.

⁴ Source : <http://www.hacavie.com/le-monde-du-handicap/articles/les-25-ans-du-centre-de-vendin-le-vieil/>

Figure 3. Évolutions relatives du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2000-2017



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Définition de l'indicateur

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

■ Une explosion de l'offre à temps partiel dans les établissements privés de la région

En 2017, la France possède 43,8 places d'hospitalisation à temps partiel pour 100 000 habitants, contre 37,9 pour les Hauts-de-France. En 18 ans, le nombre de ces places augmente de 10,8% au niveau national et de 24,1% au niveau régional.

Entre 2000 et 2017, on observe une augmentation de 30,3% du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel (HP) en psychiatrie générale (+ 335 places, cf. Figure 4). La psychiatrie infanto-juvénile voit son nombre de places d'hospitalisation à temps partiel augmenter de 14,6%, soit 106 places supplémentaires entre 2000 et 2017.

Entre 2000 et 2017, tous les départements des Hauts-de-France élargissent leur offre d'HP. Le Pas-de-Calais connaît la plus forte augmentation de ce nombre de places (+39,9%) ; dans ce département, les capacités en psychiatrie générale augmentent de 62,4% en 18 ans. Le département du Nord augmente son offre psychiatrique à temps partiel de 30,8% ; notamment pour les enfants ou adolescents (+ 88 places). L'Oise développe essentiellement son secteur de psychiatrie générale et possède 224 places pour adultes en 2017 alors que la Somme voit son offre d'HP évoluer de 15,8%.

En 2017, le Nord possède, à lui seul, 40,6% des places à temps partiel des Hauts-de-France. Cela représente 35,4 places d'HP pour 100 000 habitants dans le département de Nord, mais c'est l'Oise qui dispose de la plus grande offre de soin à temps partiel par habitant, avec 45,5 places pour 100 000 habitants en 2017.

Entre 2013 et 2017, le nombre de journées d'hospitalisation à temps partiel réalisées en psychiatrie générale est en augmentation de 4,6% et en baisse de 6% pour la psychiatrie infanto-juvénile.

L'offre publique

Le secteur public augmente ses capacités d'hospitalisation partielle pour adultes de 14,2% et de 13,7% pour les enfants et adolescents. En 20 ans, la psychiatrie publique connaît une augmentation de 10,6% en France, la région des Hauts-de-France enregistre une hausse de 14% (cf. Figure 5). Tous les départements de la région voient leurs places d'hospitalisation à temps partiel augmenter, plus particulièrement dans la Somme qui enregistre l'évolution la plus marquée (+33,9%).

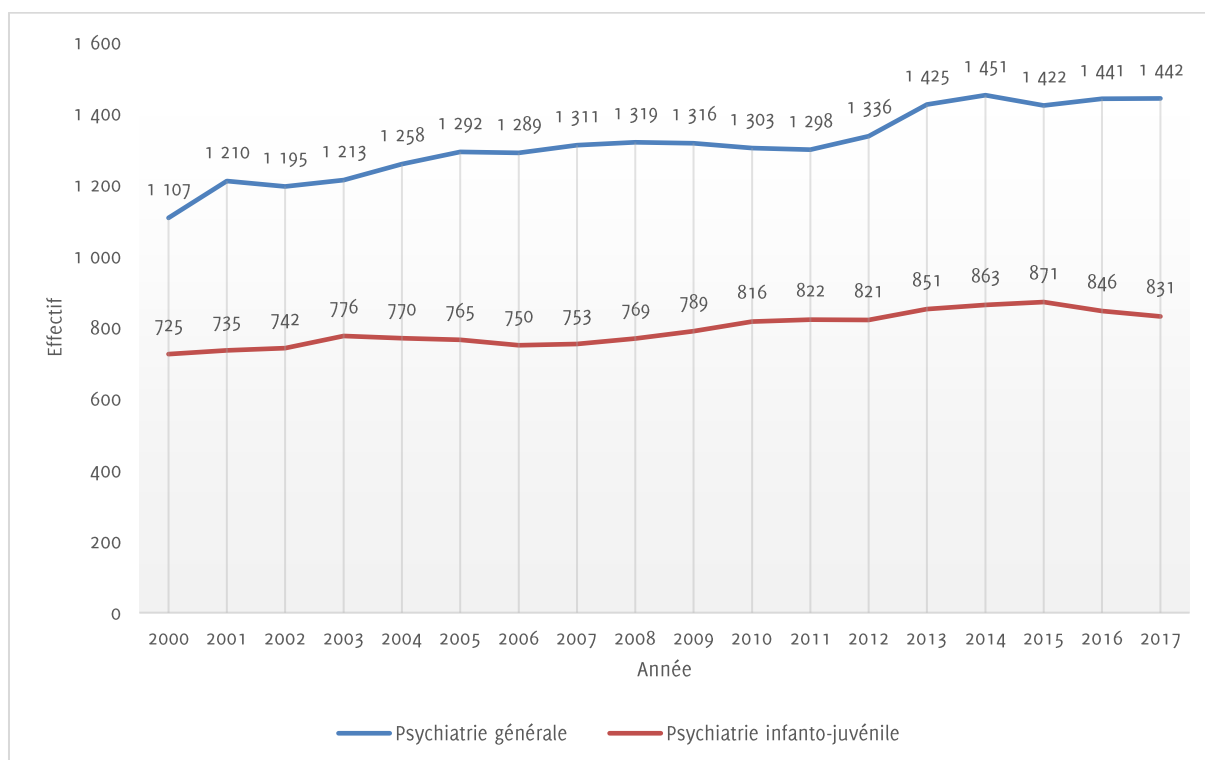
L'offre privée

Au niveau national, l'offre psychiatrique privée à temps partiel croît de 11,8% en 20 ans. Dans les Hauts-de-France, cette même offre privée évolue considérablement (+171,8%) avec la création de 201 places. Au cours des 20 dernières années, on observe une augmentation de 24,6% du nombre de places dans les établissements psychiatriques privés pour enfants et adolescents et de 332,1% en psychiatrie générale.

Dans le département du Nord, le nombre de places de ce type est multiplié par 4,25 entre 2000 et 2017⁵ ; pour l'Aisne, il est multiplié par 3,65. Dans le Pas-de-Calais, 67 places sont créées en 18 ans. Seul le département de la Somme connaît une diminution de son offre psychiatrique privée à temps partiel, avec la suppression de 19 places.

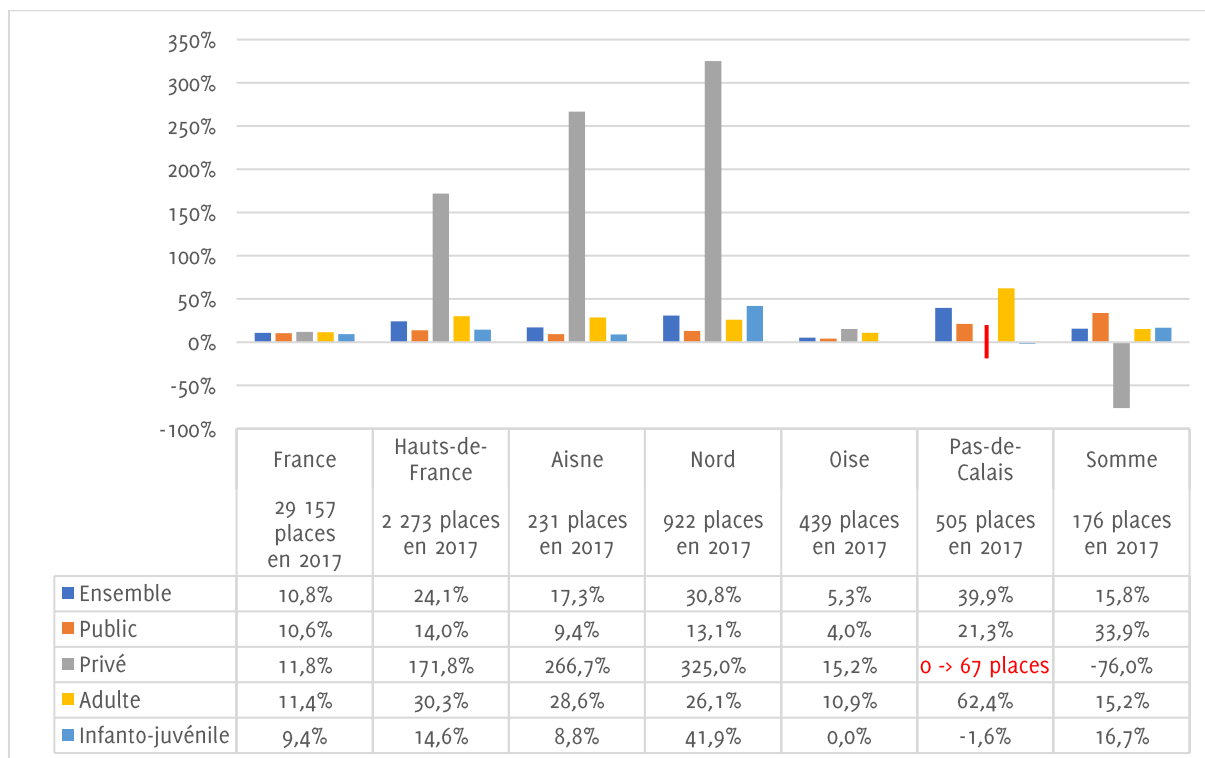
⁵ Avant 2000, seule la clinique de Sains-du-Nord, devenue depuis la clinique des Hauts-de-France à Louvroil, et la clinique non conventionnée de Lesquin proposaient ce type d'offre dans le Nord.

Figure 4. Évolution du nombre de places à temps partiel en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2000-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 5. Évolutions relatives du nombre de places à temps partiel en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2000-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Activités

Une augmentation régulière de l'activité ambulatoire des services de psychiatrie

Définition de l'indicateur

Nombre d'actes ambulatoires des services de psychiatrie.

Limites de l'indicateur

Alors que l'ensemble des actes en Centre médico-psychologique (CMP) sont en général décrits par les services, il n'en va pas toujours de même pour les actes dans d'autres lieux où certains professionnels ne les codent pas.

La France enregistre plus de 21 000 000 actes ambulatoires dans ses services de psychiatrie, dont plus de 2 000 000 dans les Hauts-de-France. Entre 2008 et 2017, le nombre d'actes ambulatoires en psychiatrie (générale ou infanto-juvénile) augmente de 5,5% en France et de 19,9% dans les Hauts-de-France (cf. Figure 8).

La psychiatrie générale des Hauts-de-France est marquée par une augmentation de 17,1% du nombre d'actes ambulatoires réalisés entre 2008 et 2017 (cf. Figure 7). Ce sont les actes accomplis en établissements privés qui augmentent le plus, avec une hausse de 29% en 9 ans.

Les actes ambulatoires pour les enfants ou les adolescents augmentent de 28,4% dans la région entre 2008 et 2017 (alors même qu'il n'augmente que de 2,7% au niveau national), avec un nombre d'actes exécutés qui passe 418 389 à 539 200 pour le secteur public.

Les actes ambulatoires peuvent être réalisés dans divers lieux : en majorité, ils sont réalisés dans les CMP (61% de l'ensemble des actes ambulatoire en 2017) ; les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les actes à domiciles représentent, à eux deux, plus d'un quart des actes ambulatoire enregistrés (cf. Figure 6).

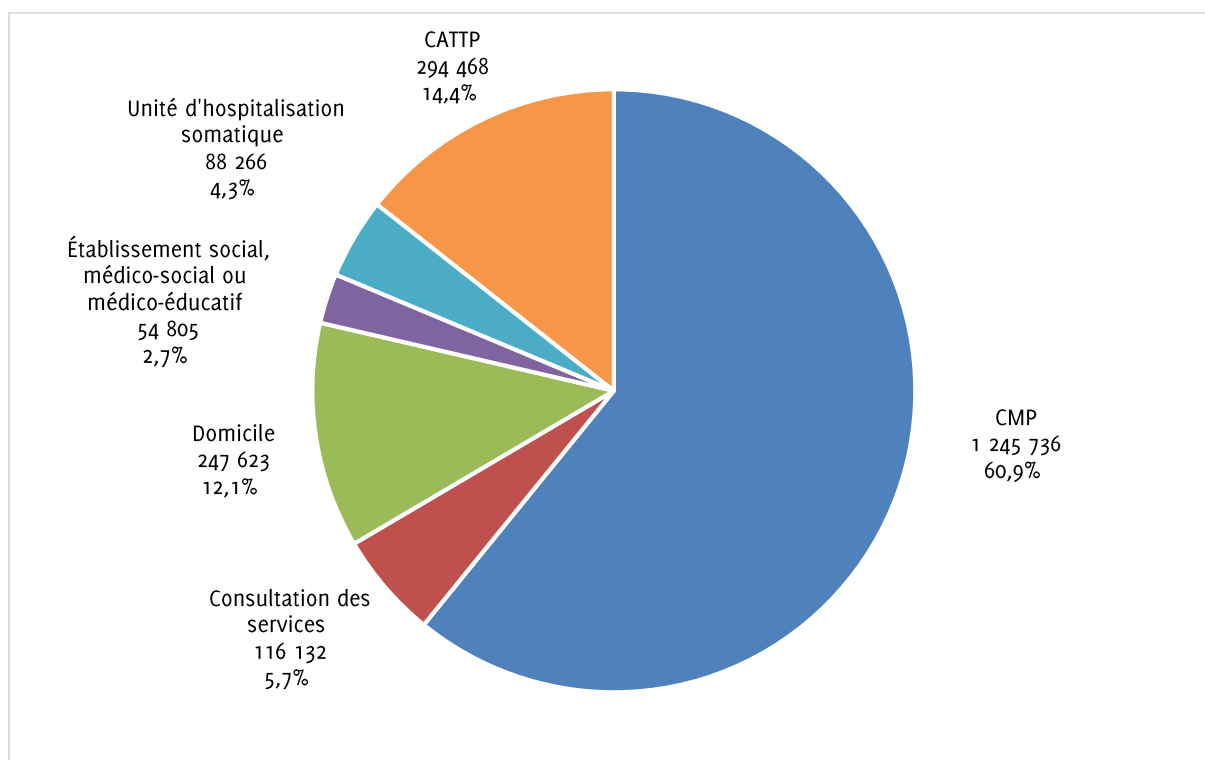
▪ **Dans les départements**

Entre 2008 et 2017, la psychiatrie publique (générale et infanto-juvénile) connaît une augmentation du nombre d'actes ambulatoires de 5,8% au niveau national et de 19,9% au niveau régional.

Nous pouvons observer une disparité entre les départements de la région ; les départements de la Somme et de l'Aisne voient leur nombre d'actes réalisés augmenter faiblement, respectivement de 4,2% et de 1,6% (cf. Figure 8). Dans le même laps de temps, les départements de l'Aisne et de la Somme ont augmenté leur nombre d'actes ambulatoire réalisés pour les enfants ou adolescents alors que l'activité ambulatoire en direction des adultes diminue, à hauteur de 1% et 5%.

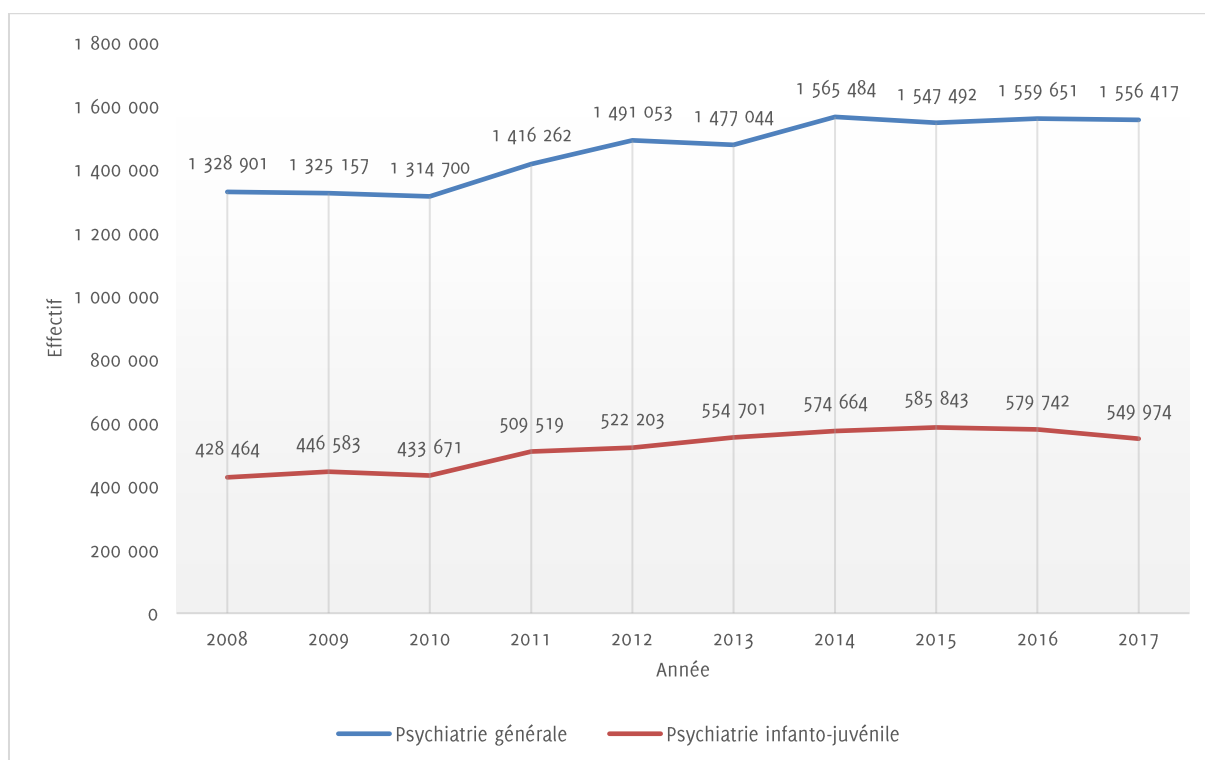
Les départements du Nord, de l'Oise et du Pas-de-Calais enregistrent une hausse plus marquée de leur activité ambulatoire, respectivement de 23,3%, de 18% et de 31%. Le Pas-de-Calais réalise -aussi plus d'actes ambulatoires en 2017 qu'en 2000, avec une augmentation plus forte pour les adultes (+44,1%) que pour les enfants et adolescents (+10,1%).

Figure 6. Répartition des actes ambulatoires des services de psychiatrie selon leur localisation. Hauts-de-France. 2017.



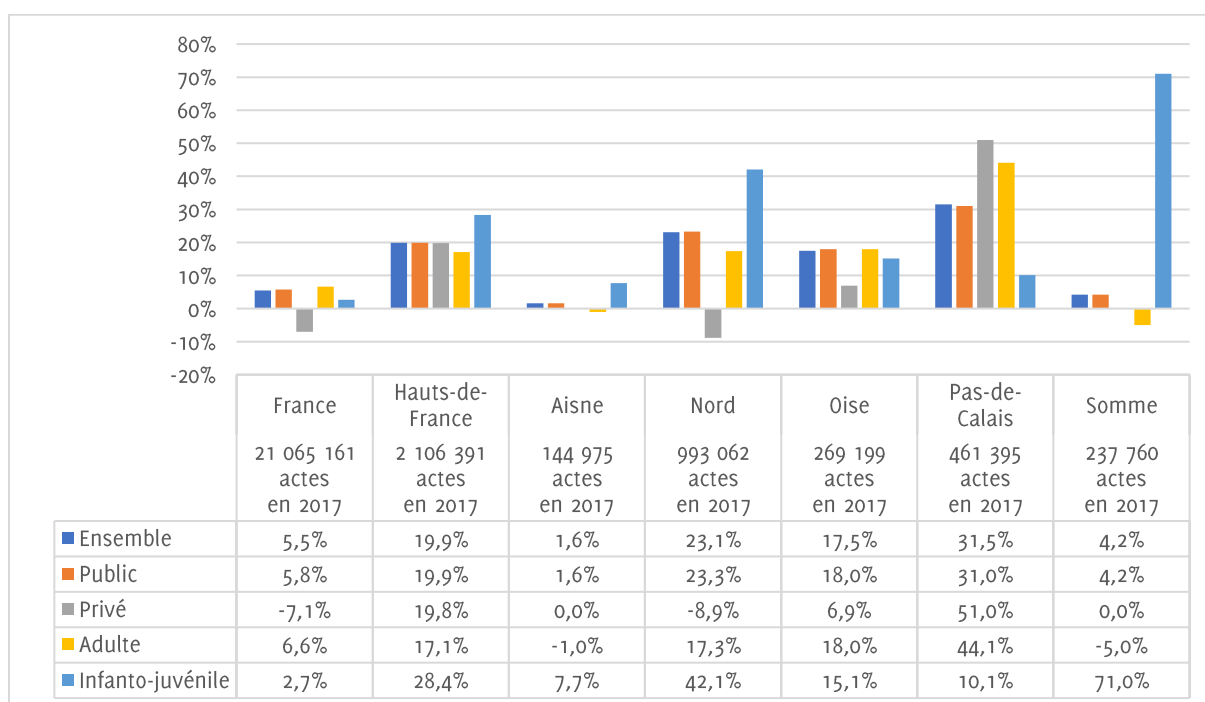
Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 7. Évolution du nombre d'actes ambulatoires des services de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 8. Évolutions relatives du nombre d'actes ambulatoires en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Définition de l'indicateur

Nombre de patients qui ont réalisé une prise en charge contrainte en psychiatrie. Les soins sans consentement regroupent les Soins psychiatriques sur décision de représentation de l'État (SDRE), les Soins psychiatriques sur personnes jugées pénalement irresponsables, les Soins psychiatriques sur personnes avec Ordonnance Provisoire de Placement (OPP), les Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), y compris en urgence et les Soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI).

« Il s'agit ici du nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année, par mode légal de soins. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. Ainsi par exemple, un patient en soins libres, quelle que soit la nature de sa prise en charge, puis en soins à la demande d'un tiers dans l'année, est compté une fois dans chacun de ces modes. » [1]⁶

En France, durant l'année 2015, plus de 92 000 personnes de plus de 16 ans ont été prises en charge en psychiatrie sans consentement, soit 5,4% de la file active totale des établissements concernés [3]. Par rapport à 2012, l'effectif était en hausse de 15%.

Les modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie ont été élargis avec la loi du 5 juillet 2011, ils peuvent être de différentes formes :

- Les Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État sont un renforcement des hospitalisations d'office à la prise en charge partielle et ambulatoire.
- Les Soins psychiatriques sur demande d'un tiers relèvent d'une situation où un proche, dans l'intérêt d'un malade, le contraint à entrer dans les soins.
- Les Soins psychiatriques à destination des personnes détenues (D398), sont spécifiques aux personnes incarcérées présentant des troubles mentaux sévères nécessitant des soins hospitaliers et ne pouvant être maintenues dans un établissement pénitentiaire. Nous ne nous intéresserons pas à ce mode de soins ici.
- Les Soins psychiatriques en cas de péril imminent concernent les personnes isolées ou désocialisées [3]. Les SPPI ne nécessitent qu'un certificat médical, contre 2 pour les autres soins sans consentement.
- Les ordonnances de placement provisoire (OPP) correspondent à une situation pour laquelle le médecin peut saisir le procureur de la République, lorsque les parents d'un mineur s'opposent à une prise en charge thérapeutique considérée comme indispensable.
- Les soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables (PJPI).

En 2017, 8 073 patients relèvent des soins sans consentement dans les Hauts-de-France ; ce chiffre a augmenté de 46,0% depuis 2008 (cf. Figure 9). Cette hausse intervient entre 2008 et 2013 ; une stabilisation est ensuite observée (environ 8 100 par an). Les patients relevant de soins sans consentement représentent 5 % de la totalité des patients relevant de soins dans la région en 2017.

Entre 2008 et 2017, le Pas-de-Calais, le Nord et la Somme connaissent respectivement une augmentation de 29,6%, 20,3% et 14,2% de leurs patients soignés sans consentement, tandis que le département de l'Aisne stabilise ce nombre à hauteur de 554. En 2017, le département de l'Oise a enregistré 1 452 patients avec des soins sous contrainte, soit l'équivalent de 15 patients contraints pour 10 000 habitants. C'est le département de l'Aisne qui a le taux le plus bas en 2017, avec moins de 10,5 patients soignés sans consentement pour 10 000 habitants.

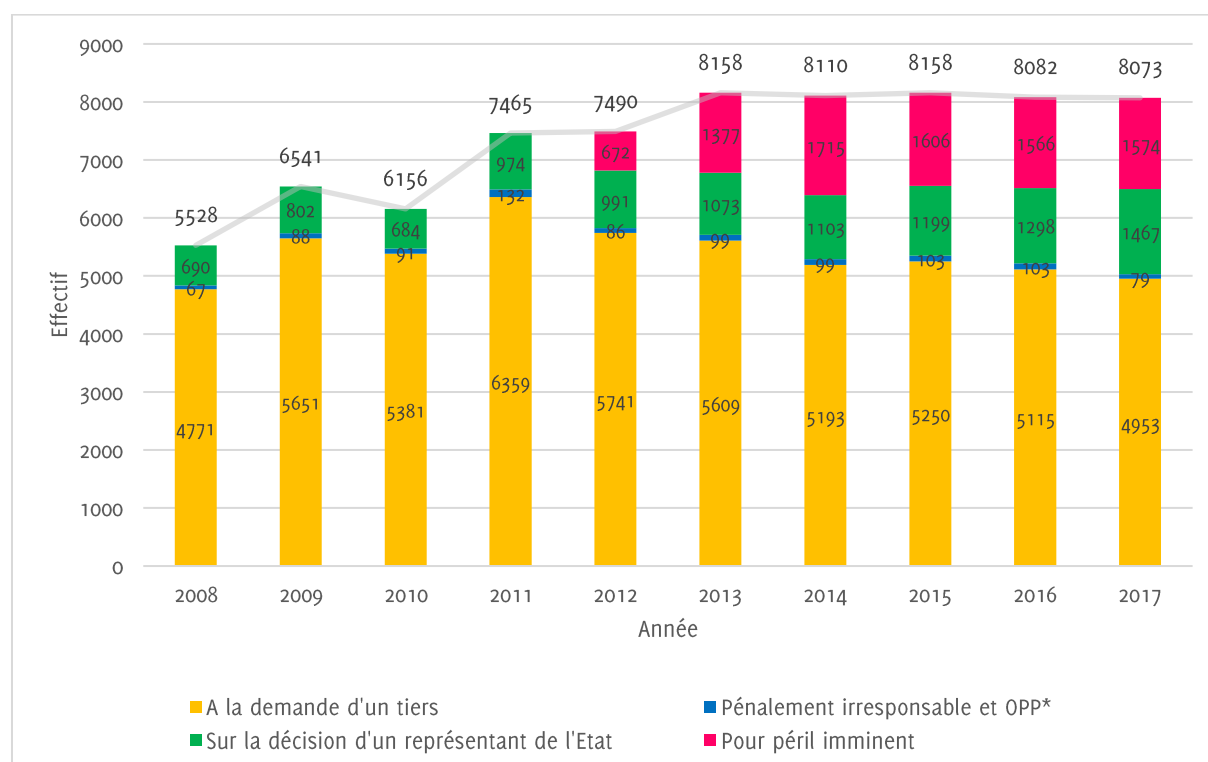
Les soins à la demande d'un tiers représentent la plus grande part des soins sans consentement (61,4% en 2017 dans les Hauts-de-France). 19,5% sont des Soins pour péril imminent et 18,2% des Soins sur décision d'un représentant de l'État. Ces proportions sont identiques à celles que décrit Coldefy pour la France [3].

⁶ Les chiffres entre crochets renvoient aux références bibliographiques, p 64.

Entre 2008 et 2017, tous les types de soins sans consentement augmentent. Depuis leur création en 2011 [4], le nombre de patients relevant de Soins psychiatriques pour péril imminent ne cesse de croître. La hausse marquée des SPPI en défaveur des SDRE est, également, décrite au niveau national : « Le nombre de personnes concernées par des soins à la demande d'un tiers, 59 000 personnes en 2015, enregistre une augmentation de 1 % entre 2012 et 2015, soit un net ralentissement depuis la loi de 2011. Pendant la même période, le nombre de personnes en Soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) a augmenté de 8 %, pour atteindre un peu plus de 16 000 personnes en 2015. La plus forte augmentation a concerné la nouvelle mesure d'admission de la loi de 2011 pour des Soins en cas de péril imminent. Le nombre de personnes admises en SPI a plus que doublé depuis sa mise en place en 2011-2012. 19 500 personnes ont été admises en SPI en 2015 contre 8 500 en 2012 (soit +128 %). Les SPI représentent désormais 21 % des soins sans consentement. Initialement destinée aux personnes désocialisées ou isolées, pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, cette mesure a connu une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception. » Coldefy (2).

De 2011 à 2017, augmentent également les Soins à la demande d'un représentant de l'État (+50,6%), alors que les Soins à la demande d'un tiers diminuent (-22,1%).

Figure 9. Évolution du nombre de patients relevant de soins sans consentement en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

NB : les soins pour péril imminent (SPPI) sont introduits avec la loi du 5 juillet 2011. * OPP : Ordonnance de placement provisoire [5]

Les ressources des services de psychiatrie

Dans les services, moins de psychiatres, plus de personnel non médical⁷

Définition de l'indicateur

« Nombre d'équivalents temps plein (ETP) de médecins psychiatres travaillant en service de psychiatrie autorisé par le Ministère. Ce personnel peut être salarié (quelle que soit la structure qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. » [1]

■ Une baisse du nombre de psychiatres dans les services entre 2014 et 2017

En 2017, 7 607 psychiatres équivalents temps plein (ETP) exercent dans les services de psychiatrie français ; cet effectif a augmenté de 6,5% en 9 ans. Les Hauts-de-France connaissent également une hausse des médecins de cette spécialité (+5,5% entre 2008 et 2017, année durant laquelle la région dispose de 9,7 ETP psychiatres hospitaliers pour 100 000 habitants.

Le nombre de psychiatres dans les services pour adultes dans la région est en augmentation de 8,4% entre 2008 et 2017, année durant laquelle 446,6 ETP sont dénombrés (cf. Figure 10). Alors que la psychiatrie générale publique connaît une stabilité durant ces années, le secteur privé enregistre une forte augmentation du nombre de psychiatres, qui passent de 18,5 à 51,3 ETP en 9 ans (+177,3%).

Au niveau des services infanto-juvéniles, la région perd environ 3% de ses psychiatres : c'est son secteur privé qui perd le plus de postes, il subit une réduction de 275,3% de son total ETP entre 2008 et 2017.

Entre 2008 et 2017, la France et la région semblent conserver une stabilité pour ses effectifs de psychiatres : en 2017, la région regroupe 584 ETP psychiatres (cf. Figure 11). Le département du Pas-de-Calais réduit son nombre d'ETP de 11,5% et l'Oise perd 8,5% d'ETP en 9 ans. La Somme enregistre une hausse de ses ressources humaines (+13,3%).

Le secteur privé connaît une augmentation globale de ses ressources en psychiatres aux niveaux national (+59,1%) et régional (+109,4%). Le Pas-de-Calais développe ses ressources, 267,1% en 9 ans, et le Nord à hauteur de 54,7%. Une offre privée se crée dans l'Aisne durant ce laps de temps (+9 ETP de psychiatres).

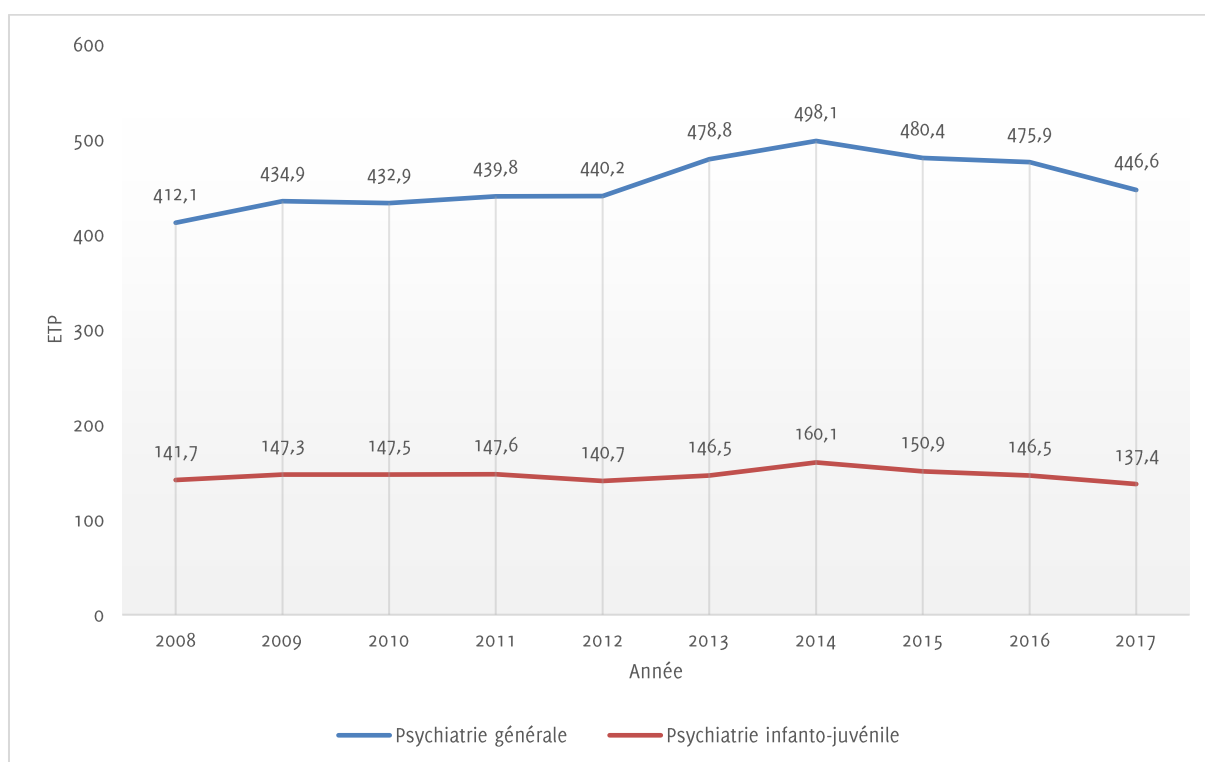
Entre 2008 et 2017, l'Aisne augmente son offre en psychiatrie générale (+39,5%) et voit ses ressources humaines en psychiatres diminuer de 11,1% dans ses services pour enfants ou adolescents. Le nombre de psychiatres diminue également dans le Pas-de-Calais (- 8,3%). Les départements de la Somme et du Nord agrandissent leurs ressources humaines en psychiatrie générale, mais aussi en psychiatrie infanto-juvénile. L'Oise est le seul département qui connaisse une diminution de ses ressources à la fois en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile ; au total, en 2017, il a perdu 3,45 ETP de psychiatre en services de psychiatrie.

À souligner : la difficulté des établissements à pourvoir les postes autorisés, en psychiatrie comme dans d'autres disciplines médicales ; fin 2017, le taux de vacance des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie était de 27,3% dans les établissements publics⁸.

⁷ Les effectifs de médecins non-psychiatres sont présentés en annexe, p 71.

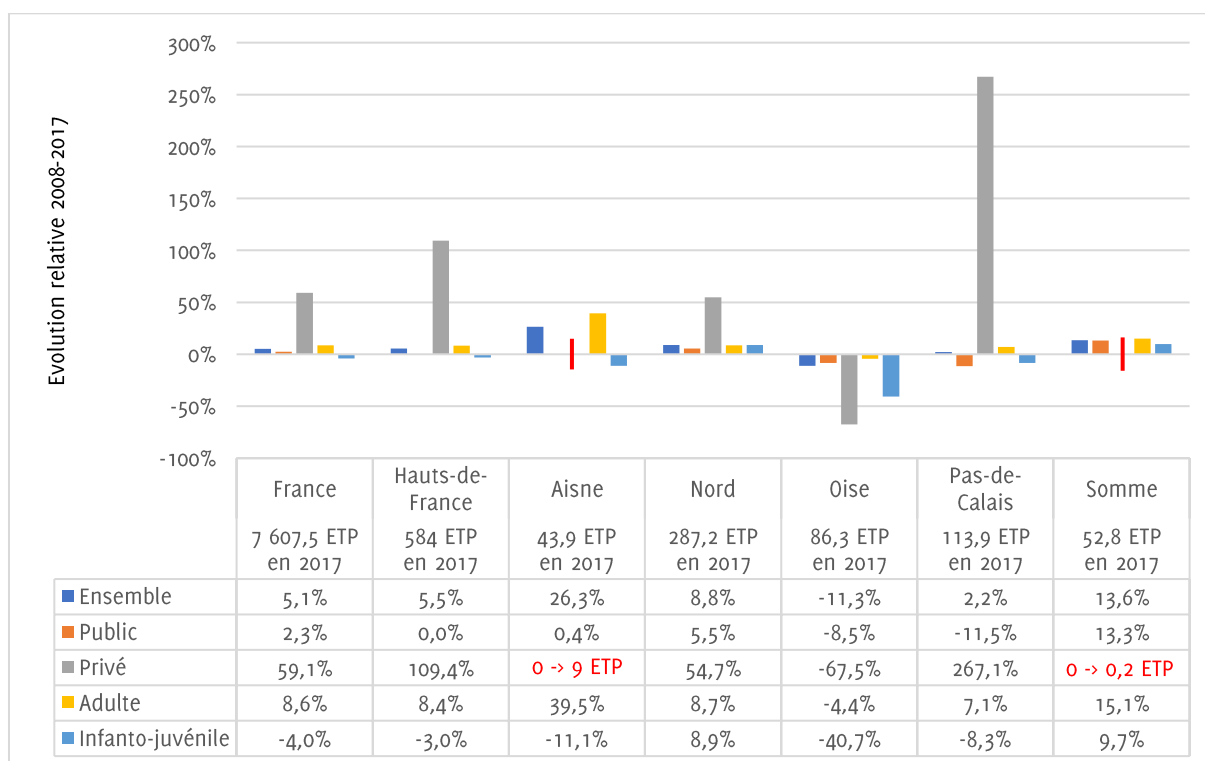
⁸ Source : ARS Hauts-de-France.

Figure 10. Évolution du nombre de médecins psychiatres travaillant en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017. En équivalents temps plein (ETP).



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 11. Évolutions relatives du nombre de médecins psychiatres travaillant en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

- **Le personnel non-médical des services de psychiatrie en augmentation depuis 9 ans dans la région**

Définition de l'indicateur

Nombre d'équivalents temps plein (ETP) de personnel non médical travaillant en service de psychiatrie : infirmiers et cadres, aides-soignants, psychologues, personnels de rééducation et personnels éducatifs et sociaux. « Ce personnel peut être salarié (quelle que soit la structure qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. » [1]

En 2017, les services de psychiatrie français disposent d'environ 102 000 ETP de personnel non-médical (PNM, c'est-à-dire infirmiers, aides-soignants, psychologues, personnel de rééducation et personnel éducatif et social). En l'espace de 9 ans, ce nombre a évolué de +17%. Les Hauts-de-France comptent 9 703,1 professionnels de ce type en 2017, effectif en augmentation de 14,9% par rapport à 2008.

La psychiatrie générale connaît une augmentation de 14,4% de ses ressources en PNM entre 2008 et 2017, avec un développement plus fort de son secteur privé (+113,3%), tandis que les établissements publics conservent un certain équilibre dans leur effectif de personnels (cf. Figure 13).

Durant la même période, la psychiatrie publique (pour adultes, adolescents et enfants) voit ses ressources humaines non-médicales augmenter au niveau national (17,6%). Dans les Hauts-de-France, cette augmentation est moins forte (10,7%), en 2017, le secteur public régional dispose de plus de 91% des ressources totales en termes de PNM de la région (cf. Figure 13). Tous les départements de la région sont en augmentation de leur effectif de personnels non-médicaux. La Somme est le département qui voit son nombre ETP de PNM du public augmenter le plus fortement avec un développement de 31,2% en 9 ans.

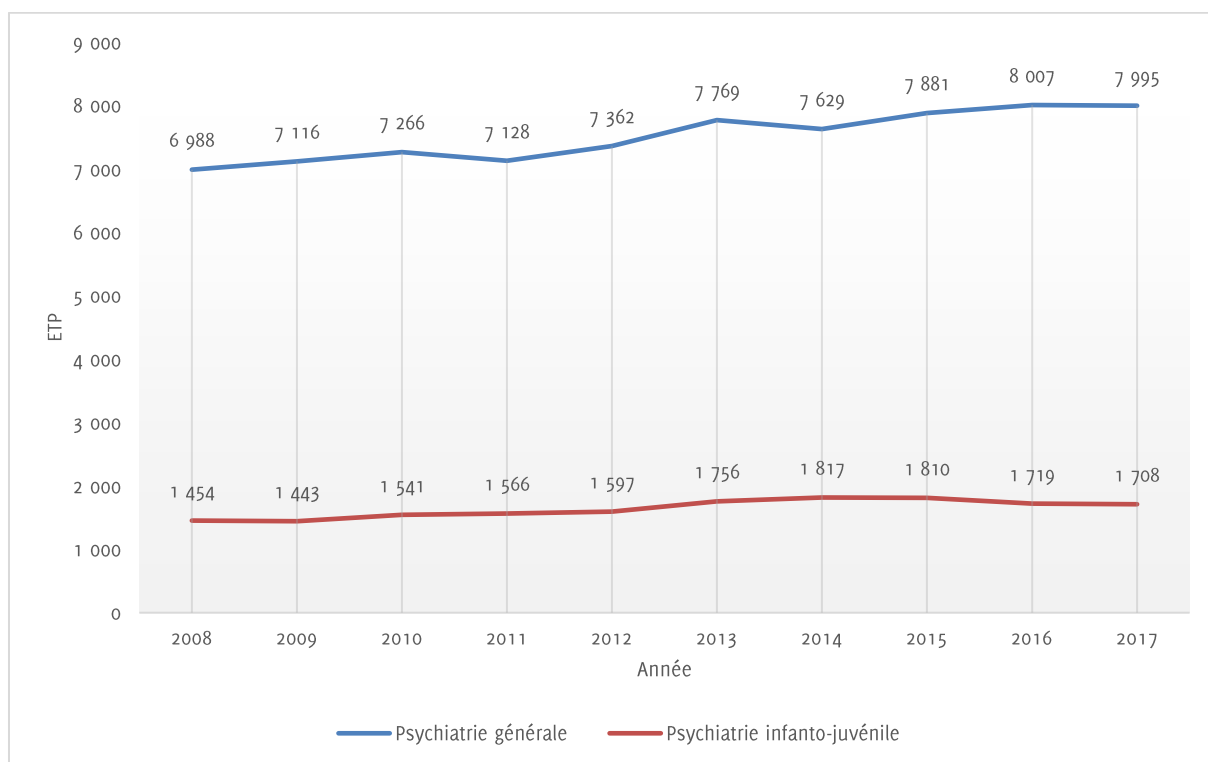
Dans le secteur privé les effectifs en PNM augmentent de 6,8% au niveau national, ils augmentent bien plus fortement dans notre région, avec un développement de 91% entre 2008 et 2017. Ce sont les départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais qui connaissent la progression la plus forte, avec respectivement 168,1% et 242,8% d'augmentation des ETP de PNM dans l'ensemble des établissements privés. L'Oise est le seul département à réduire ses ressources humaines non-médicales dans son secteur privé, en passant de 58,4 à 16,3 ETP de PNM entre 2008 et 2017.

Entre 2008 et 2017, seul le département de l'Oise réduit son effectif de personnels non-médicaux, avec une baisse de ses ressources en psychiatrie infanto-juvénile de 18,9%. La Somme augmente fortement son effectif de travailleurs de la psychiatrie infanto-juvénile (45,9%). C'est l'Aisne qui développe le plus ses services pour adultes.

En 2017, le département de l'Aisne possède le plus de personnel par habitant (199 ETP de PNM pour 100 000 habitants). Les établissements psychiatriques de l'Oise et de la Somme regroupent 168 et 151 ETP de PNM pour 100 000 habitants, tandis que les départements du Nord et du Pas-de-Calais disposent de 158 et 152 ETP de PNM pour 100 000 habitants en 2017.

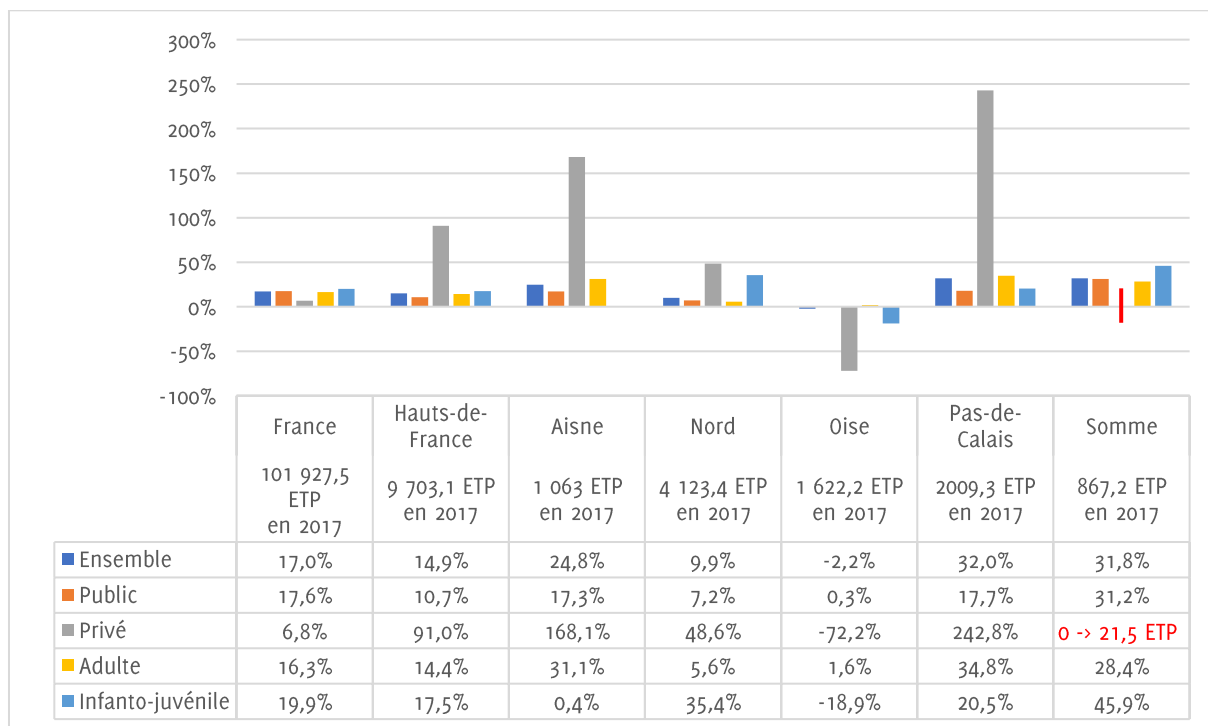
En 2017, plus de 60% des ETP de PNM de psychiatrie (générale et infanto-juvénile) sont des infirmiers. En services de psychiatrie générale, les infirmiers représentent plus de 64% de l'effectif des PNM, il descend à 38% pour les services pour enfants ou adolescents (bien que le nombre ETP infirmiers travaillant en psychiatrie infanto-juvénile ait augmenté de 3,5% entre 2008 et 2017).

Figure 12. Évolution du nombre de personnel non-médical travaillant en service de psychiatrie, ambulatoire et hospitalier. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 13. Évolutions relatives du nombre de personnel non-médical travaillant en service de psychiatrie, ambulatoire et hospitalier. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Le nombre et la part des personnels des services dans les unités d'hospitalisation à temps plein constitue un indicateur utile de la politique des établissements.

- **Des disparités de personnel dans les unités d'hospitalisation à temps plein, en augmentation en psychiatrie générale, en diminution en psychiatrie infanto-juvénile**

Définition de l'indicateur

Nombre d'équivalent temps plein (ETP) du personnel médical ou non-médical travaillant en service d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie. « Cet indicateur comptabilise uniquement les ETP exerçant en unité d'hospitalisation à temps plein ; sont donc exclus les temps effectivement travaillés dans des structures ambulatoires, à temps partiel ou dans des prises en charge à temps complet autres que l'hospitalisation temps plein (appartement thérapeutique, post-cure, accueil familial thérapeutique, etc.). » [1]

Les services de psychiatrie français comptent 52 219 ETP de personnel, médical ou non, travaillant en unités d'hospitalisation à temps plein en 2017, soit 47,3% des 110 483 agents de l'ensemble des services. Ce nombre a évolué de +16,3% en 9 ans en France et de +7,2% dans les Hauts-de-France, principalement du fait de la hausse de l'hospitalisation privée (cf. Figure 14).

La psychiatrie adulte connaît une hausse de 10,6% de ses effectifs de personnel d'unités HTP (cf. Figure 15), avec un développement conséquent de ses services privés de psychiatrie adulte (+145% entre 2008 et 2017). En 2017, plus de 87% des ETP de personnels d'unités d'HTP travaillent dans un service de psychiatrie adulte public.

La psychiatrie infanto-juvénile réduit ses ressources humaines travaillant en unité d'HTP à hauteur de 32,9% en 2008 et 2017, bien que cette période soit sujette à la création d'une activité d'hospitalisation à temps plein des enfants ou adolescents dans le secteur privé (passage de 0 à 16,26 ETP de personnel en unités d'HTP).

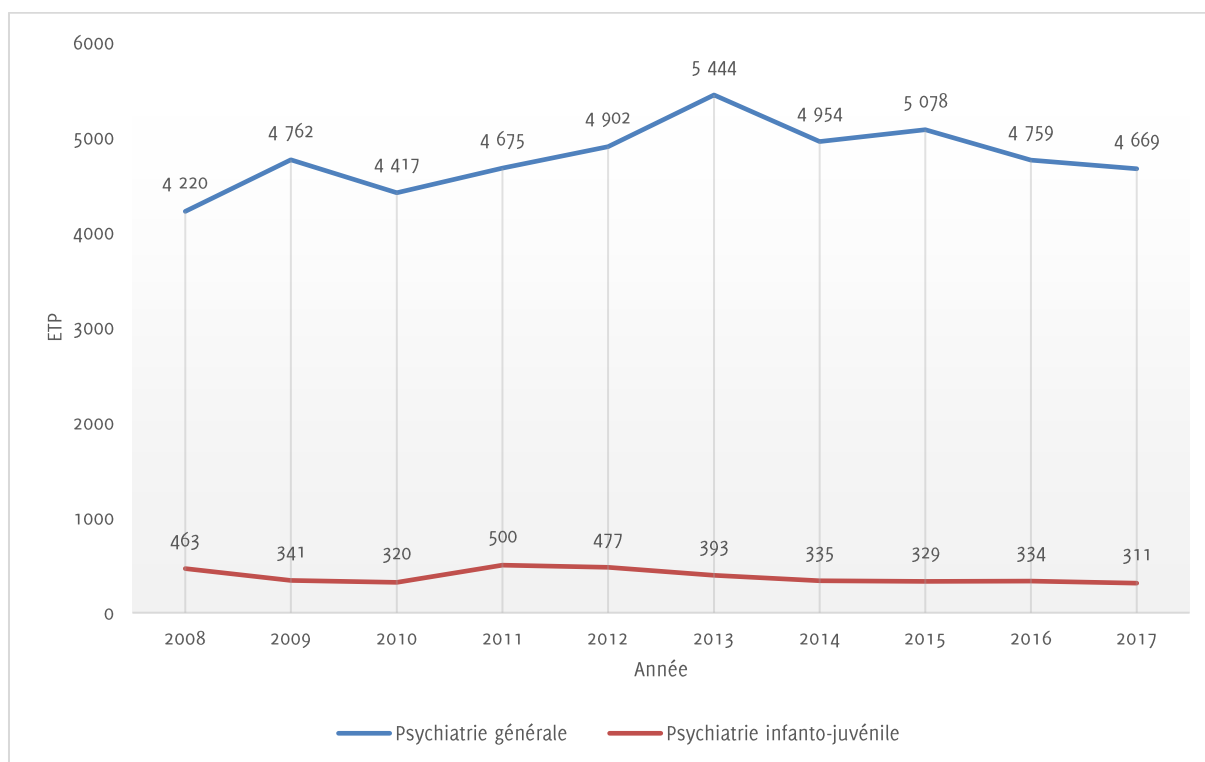
Entre 2008 et 2017, le secteur public de la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) connaît un accroissement de ses effectifs en termes de personnels dans ses unités d'HTP au niveau national (19,9%) et de façon plus faible dans notre région (2,1%). Les départements du Pas-de-Calais et du Nord connaissent les plus fortes évolutions dans leur ressource humaine au sein des établissements publics. L'Oise est le département de la région qui perd le plus de personnel au sein des unités d'hospitalisation à temps plein public, avec une diminution de 35,5% de l'ensemble des ETP du personnel entre 2008 et 2017.

Bien que le secteur privé de la psychiatrie réduise ses ressources humaines d'unités d'HTP au niveau national (-26,6%), la région des Hauts-de-France augmente son effectif de personnel de 190% entre 2008 et 2017. Les départements de l'Aisne et du Nord augmentent leurs services privés d'hospitalisation à temps plein respectivement de 145,1% et 95,5% en 9 ans. En 2017, le Pas-de-Calais dispose de 90 ETP de personnel médical ou non-médical dans ses services privés d'HTP. Les départements de l'Oise et de la Somme ne semblent pas disposer de personnels salariés dans leurs services privés d'hospitalisation à temps plein.

Entre 2008 et 2017, tous les départements de la région, excepté l'Oise, ont agrandi leur effectif de travailleurs en unité d'hospitalisation à temps plein. Durant cette période, l'Oise va perdre 28,8% de ses ressources humaines en psychiatrie générale et 70,8% en psychiatrie infanto-juvénile. Bien que le département du Nord dispose de 37,4% de l'ensemble des ressources régionales en termes de personnel travaillant en unités d'HTP, cela représente 71,6 ETP de personnels pour 100 000 habitants. C'est la région de l'Aisne qui dispose des plus grandes ressources par habitant, en regroupant 129,5 ETP pour 100 000 habitants dans ses unités d'hospitalisation à temps plein.

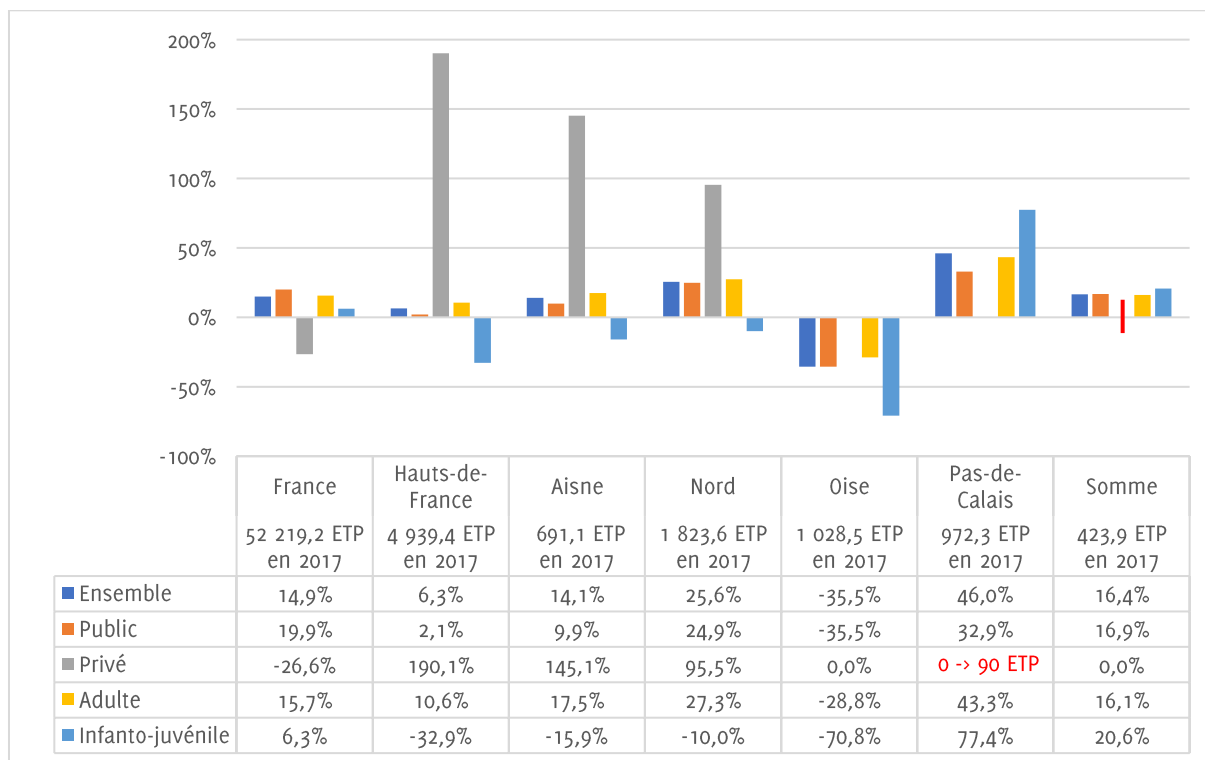
En 2017, 16% du personnel salarié travaillant en psychiatrie infanto-juvénile travaille dans un service d'hospitalisation à temps plein ; parmi l'ensemble du personnel travaillant en service de psychiatrie générale, ils sont 55% à travailler dans une unité d'HTP. Le personnel travaillant en unité d'HTP privé représente 38% du personnel employé dans le privé ; il représente 49% dans le public. C'est le département de l'Aisne qui regroupe le plus de personnels travaillant en unité d'HTP parmi l'ensemble du personnel que la région emploie (61% de l'ensemble du personnel de l'Aisne travaillant en unité d'HTP) ; dans le Nord, ils ne représentent plus que 42% de l'ensemble des travailleurs de la psychiatrie du département.

Figure 14. Évolution du nombre de personnels soignants travaillant en service d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 15. Évolutions relatives du nombre de personnel médical ou non-médical travaillant en service d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Des ressources financières qui n'augmentent pas

Définition de l'indicateur

Montant des dotations globales en psychiatrie par année.

Limites de l'indicateur

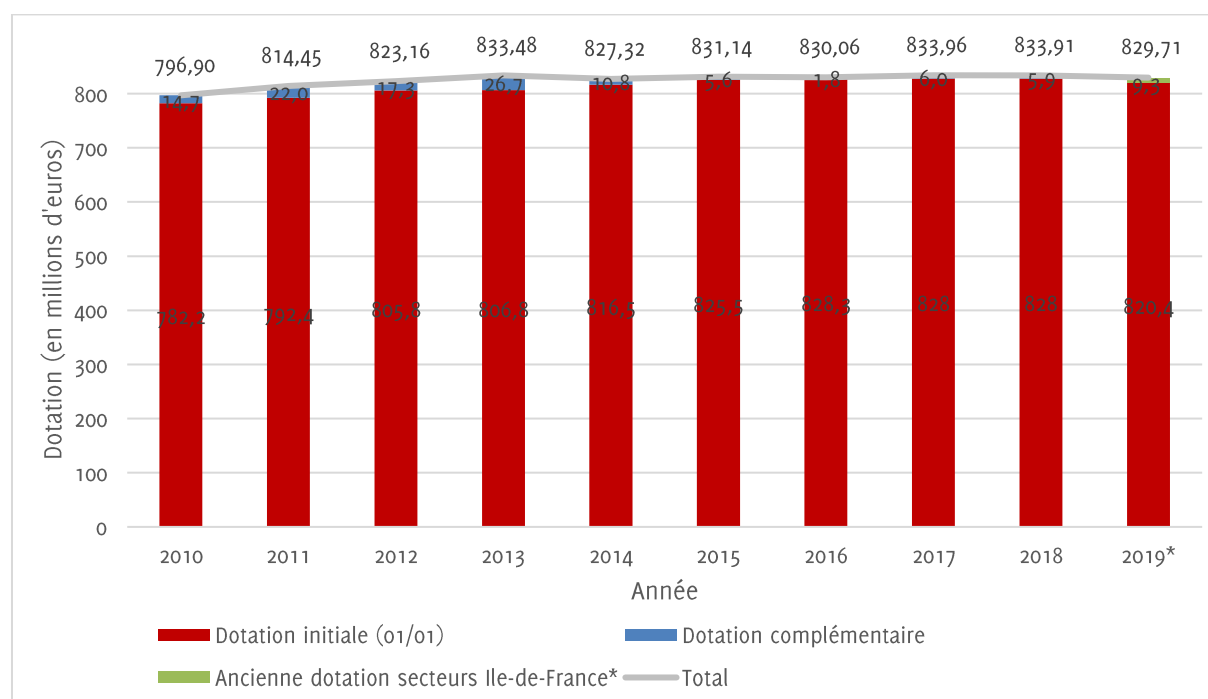
Les dotations annuelles de financement ne concernent que les établissements publics et les établissements privés de santé d'intérêt collectif (Espic) ; les établissements privés lucratifs (cliniques privées), financés selon d'autres modalités, ainsi que les soins de ville ne sont pas pris en compte⁹. En résulte une sous-estimation des fonds publics consacrés aux soins psychiatriques.

Les services de psychiatrie relevant d'un établissement public de santé ou d'un Espic sont financés par dotation annuelle de financement (DAF), répartie par l'Agence régionale de santé. Cette dotation est rattachée à l'objectif de dépenses d'assurance-maladie (Odam).

Les établissements privés lucratifs (sous Objectif quantifié national, OQN) sont, quant à eux, financés à l'activité, « à l'aide des tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire »¹⁰.

Après avoir connu une hausse entre 2010 et 2013 (+4,4%), la DAF régionale pour la psychiatrie reste stable entre 2013 et 2019 (environ 830 millions d'euros annuels - cf. Figure 16).

Figure 16. Évolutions relatives de la dotation annuelle de financement de la psychiatrie. Hauts-de-France. 2010-2019.



Source : Agence régionale de santé. Traitement : F2RSM Psy.

NB : Jusqu'au 31/12/2017, l'EPSM de l'Oise (Clermont) gérait l'hospitalisation des patients de 2 secteurs franciliens (Courbevoie et Neuilly) la dotation correspondante (représentée en bleu dans la figure) a été transférée aux nouveaux établissements de rattachement de ces 2 secteurs.

⁹ En 2017, la santé mentale représentait 23,2 milliards de dépenses, soit 14% de l'ensemble des dépenses de l'assurance-maladie, se situant ainsi au 2^e rang des dépenses après les épisodes hospitaliers ponctuels (non rattachés à une pathologie reprise dans la classification de l'assurance-maladie. Cf https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges_produit-2020.pdf).

¹⁰ <https://www.atih.sante.fr/financement-des-etablissements/psy>

Les personnes prises en charge dans les services de psychiatrie

Un nombre de patients pris en charge en psychiatrie qui ne cesse d'augmenter

Définition de l'indicateur

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année en service de psychiatrie.

« On désigne par file active le nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. »

La file active totale correspond à la file active de l'année sans différenciation de nature de prise en charge et sans double compte entre celles-ci. Ces données doivent donc être consolidées au niveau de l'établissement en éliminant les doublons, c'est-à-dire qu'un patient ayant été vu par les équipes de plusieurs secteurs, services ou structures de l'établissement ne doit être compté qu'une seule fois dans la file active totale. Il convient d'enlever également les doublons entre psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie en milieu pénitentiaire. » [1]

La France a traité 2 304 005 patients dans ses services de psychiatrie en 2017 ; ce nombre a augmenté de 14,5% entre 2008 et 2017. Dans le même temps, les Hauts-de-France ont vu leur file active de psychiatrie (générale et infanto-juvénile) augmenter de 17,4%, la région ayant traité 217 519 patients en 2017, soit 3,6% de ses habitants.

La psychiatrie générale connaît, elle aussi, une augmentation de sa file active entre 2008 et 2017 (cf. Figure 17). Les établissements privés doublent leur effectif de patients traités, tandis que le secteur public adulte enregistre une augmentation de 11,7% en 9 ans.

La psychiatrie infanto-juvénile n'est pas en reste (+ 22,7% entre 2008 et 2017). Elle aura pris en charge 56 085 enfants ou adolescents durant l'année 2017. Le secteur privé des soins psychiatriques à l'enfant voit considérablement augmenter son nombre de patients traités, il passe de 59 à 2 275 patients entre 2008 et 2017. Tandis que le secteur public de la psychiatrie infanto-juvénile conserve son leadership dans la prise en charge des enfants : en 2017, 96% des patients traités dans les Hauts-de-France ont été soignés dans un établissement public.

Dans le même laps de temps, le secteur public de la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) voit son nombre de patients augmenter au niveau national (+12,9%) et au niveau régional (+13,5%). Les départements du Pas-de-Calais, de la Somme et du Nord connaissent une hausse respective de leur file active de 51,5%, de 27,3% et de 6,7%, tandis que l'Aisne et l'Oise voient leur nombre de patients traités diminuer, à hauteur respectivement de 20,1% et 4,2% entre 2008 et 2017 (cf. Figure 18).

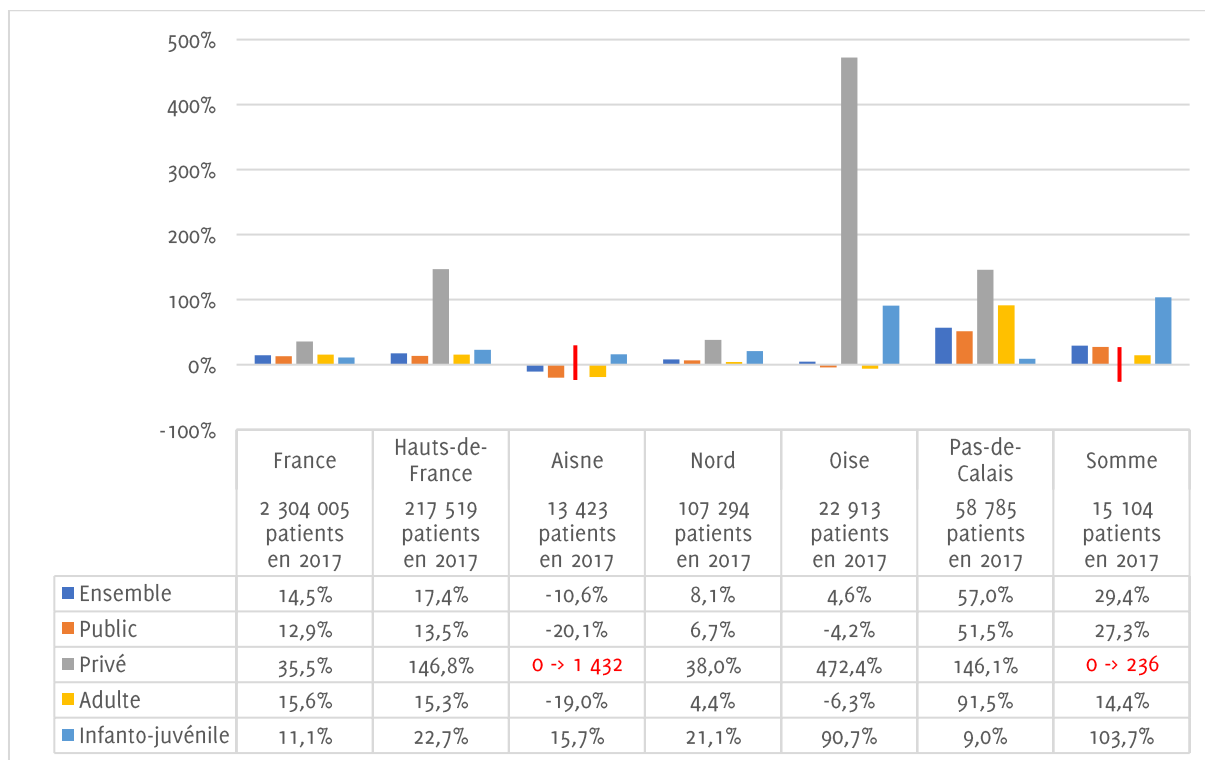
Entre 2008 et 2017, bien que l'Aisne voie son nombre de patients diminuer en psychiatrie générale, le nombre d'enfants ou d'adolescents soignés augmente : il passe de 3 646 à 4 220 jeunes patients traités en l'espace de 9 années. Les départements de la Somme et de l'Oise ont une file active de psychiatrie infanto-juvénile qui augmente fortement, respectivement une évolution de +103,7% et +90,7% entre 2008 et 2017. Le Pas-de-Calais voit sa file active augmenter de 91,5%, en 2017, ce département a traité 41 717 patients adultes.

Figure 17. Évolution du nombre total de patients en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 18. Évolutions relatives du nombre total de patients en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

De plus en plus de patients relèvent d'une prise en charge ambulatoire

Définition de l'indicateur

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année relevant uniquement d'une prise en charge ambulatoire dans la psychiatrie.

« On désigne par file active le nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année.

Le nombre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire est égal au nombre de patients ayant fait l'objet au moins d'une des prises en charge ambulatoires dans l'année, non compris ceux qui ont par ailleurs une prise en charge en temps complet ou en temps partiel dans l'année.

Le total de la file active ambulatoire doit être consolidé en éliminant les doublons (un patient pris par exemple en charge en ambulatoire en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année ne doit être compté qu'une seule fois) » [1].

Limites

Des doubles comptes ne sont pas exclus si un patient est pris en charge dans plusieurs établissements la même année.

En France, 2,1 millions de patients sont pris en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie sous DAF ; parmi eux, 1,8 million (86,6%) exclusivement en ambulatoire [6]. Leur nombre a évolué de +23,3% entre 2008 et 2017. Dans les Hauts-de-France cette hausse est plus marquée (+31,5%).

Toujours en région, la psychiatrie générale connaît une augmentation de 39,9% de sa file active exclusivement ambulatoire. Celle-ci représente 79,2% de la file active de psychiatrie adulte (soit 127 504 patients, cf. Figure 19).

Parmi la totalité des enfants et adolescents pris en charge dans notre région en 2017, 94% le sont exclusivement en ambulatoire. Ces jeunes patients sont plus de 96% à être suivis dans un service de psychiatrie public. Le nombre de patients relevant de la psychiatrie infanto-juvénile publique ne cesse d'augmenter entre 2008 et 2017, avec un passage de 37 733 à 51 456 patients traités en 9 ans.

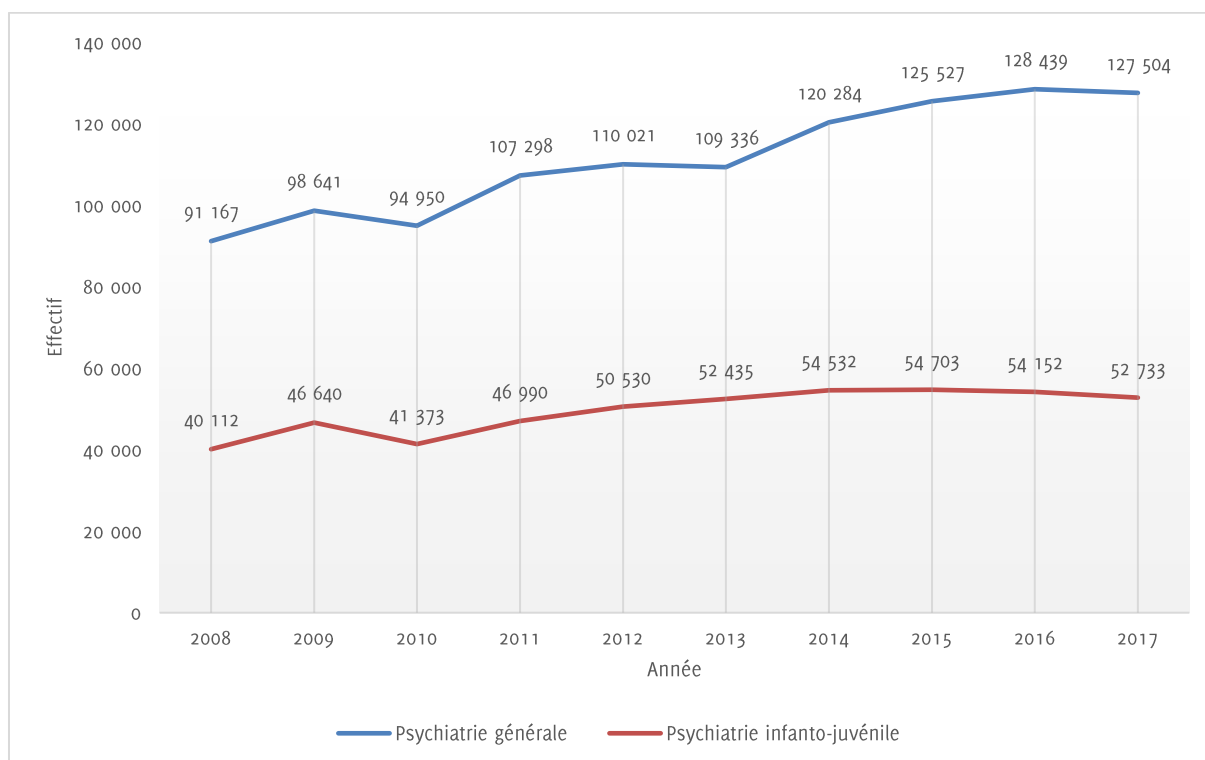
Entre 2008 et 2017, la psychiatrie publique (générale et infanto-juvénile) voit ses files actives exclusivement ambulatoires se développer au niveau national (+21,4%) et au niveau régional (+38,4%). Exception à cette tendance : l'Aisne qui connaît une diminution du nombre de patients pris en charge en ambulatoire en établissement public (cf. Figure 20). Le département du Pas-de-Calais enregistre une hausse de sa file active exclusivement ambulatoire : entre 2008 et 2017, ce nombre est presque multiplié par 3.

La file active exclusivement ambulatoire de la psychiatrie privée a été multipliée par 2 en France, tandis que notre région voit son nombre de patients traités augmenter de 20,5%. Il existe de fortes disparités départementales au sein de notre région. Le département du Nord voit son effectif de patients traités multiplié par 2,7 en l'espace de 9 ans, tandis que l'Oise perd 21,8% de son effectif durant cette même période. La Somme démarre son activité ambulatoire privée, ce qui lui permet de passer de 0 à 100 patients traités entre 2008 et 2017.

Dans le même temps, le département de l'Aisne voit sa file active exclusivement ambulatoire de la psychiatrie générale se réduire de 35,1%, tandis que celle du Pas-de-Calais augmente de 289,2% : en 2017, le département du Pas-de-Calais a traité 31 308 adultes avec une prise en charge ambulatoire. La Somme semble avoir développé son offre de soins ambulatoires pour enfants et adolescents ; en effet, son effectif de patients suivis montre une augmentation de 110,1% en 9 ans.

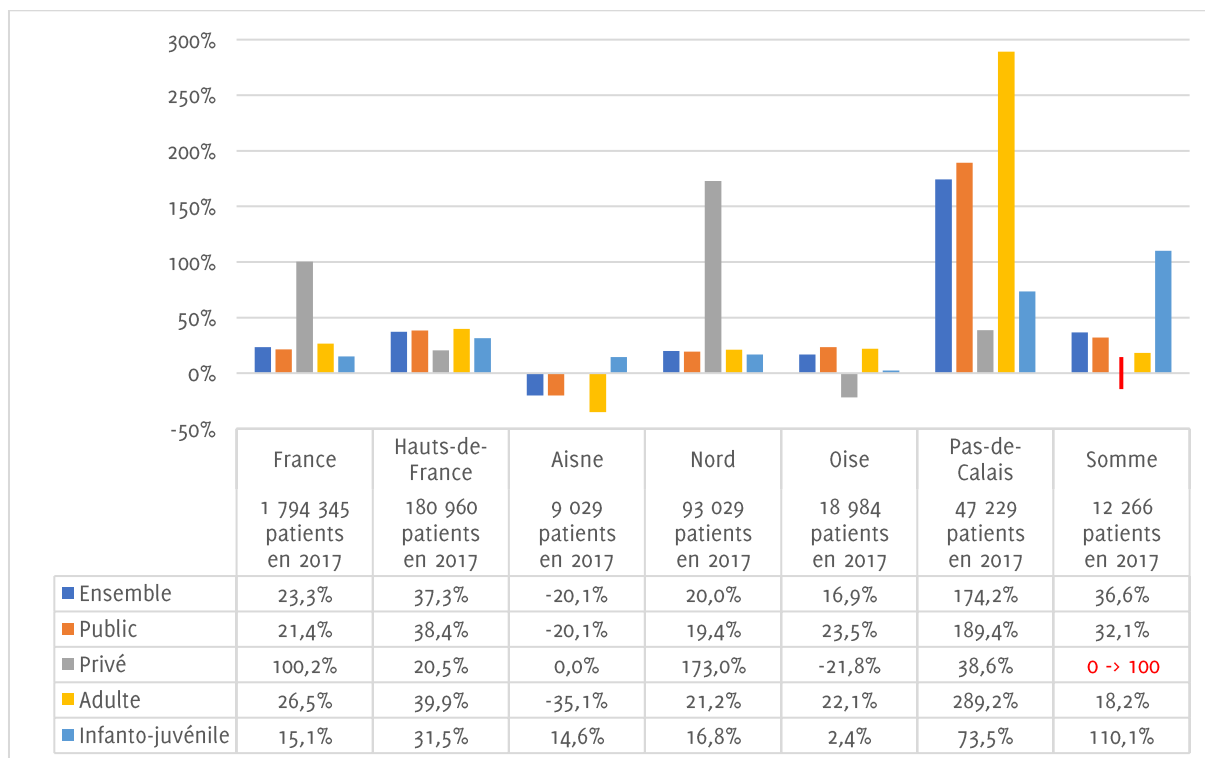
En 2017, ce sont plus de la moitié de l'ensemble des patients traités exclusivement en ambulatoire dans les Hauts-de-France qui sont suivis dans le département du Nord. Dans ce même département, 35,8 patients pour 1 000 habitants sont pris en charge exclusivement en ambulatoire. Dans le Pas-de-Calais, 32,1 patients pour 1 000 habitants et dans l'Aisne, 16,9 pour 1 000 habitants sont suivis exclusivement en ambulatoire.

Figure 19. Évolution du nombre de patients exclusivement suivis en ambulatoire dans les services de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 20. Évolutions relatives du nombre de patients exclusivement suivis en ambulatoire dans les services de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Le nombre de patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie générale diminue depuis 2012

Définition de l'indicateur

Nombre de patients hospitalisés à temps plein en service de psychiatrie au moins une fois dans l'année.

« On désigne par file active le nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1^{er} janvier auquel on ajoute chacun des autres patients au moins une fois dans l'année. »

Il s'agit du nombre de patients hospitalisés à temps plein (que le patient ait été suivi ou non par ailleurs en ambulatoire ou à temps partiel, ou dans une autre prise en charge à temps complet). Comme pour la file active totale, le total de la file active hospitalisée à temps plein doit être consolidé en éliminant les doublons (les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année par exemple ne sont comptés qu'une seule fois). » [1]

En 2017, 355 904 patients ont été hospitalisés dans les services de psychiatrie français ; ce nombre a diminué de 3,9% entre 2008 et 2017. La réduction du nombre de patients hospitalisés à temps plein dans la région des Hauts-de-France est plus faible : une baisse inférieure à 1% en 9 ans pour notre région.

L'hospitalisation à temps plein est moins courante qu'auparavant en psychiatrie générale, (- 2,6% en 9 ans, cf. Figure 21). Alors que la psychiatrie publique générale suit la même tendance, le secteur privé connaît une très forte hausse des patients hospitalisés à temps plein (+69,9% entre 2008 et 2017).

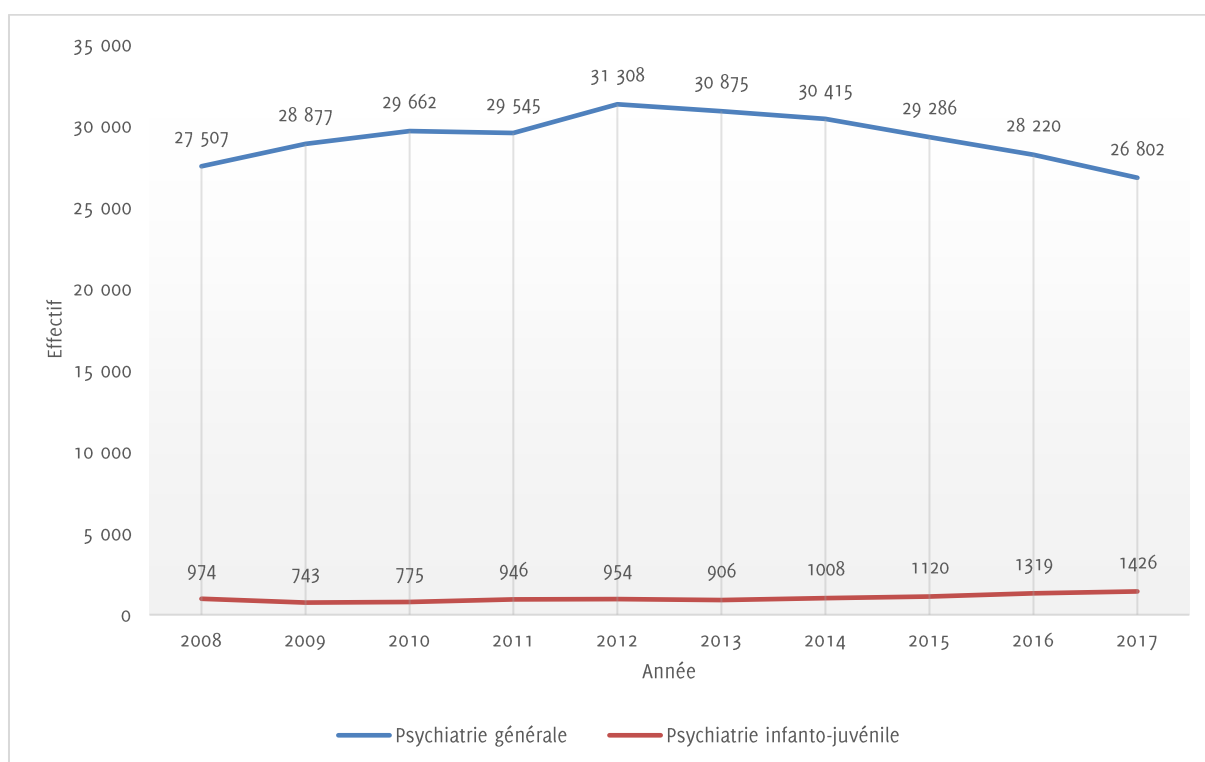
En psychiatrie infanto-juvénile le nombre de patients augmente de 46,4% en 9 ans, essentiellement du fait de la hausse de la patientèle du secteur privé (de 38 à 397 patients entre 2008 et 2017).

Durant la même période, la psychiatrie publique (générale et infanto-juvénile) voit son nombre de patients hospitalisés à temps plein diminuer au niveau national (-8,5%) et régional (-8,8%). Au sein de la région, seul le département du Pas-de-Calais a une file active qui s'élargit (+48,6% en 9 ans, cf. Figure 22).

Le secteur psychiatrique privé connaît une hausse du nombre de patients relevant d'une HTP au niveau national (+15,1%) et, beaucoup plus encore, au niveau régional (+83,1%) entre 2008 et 2017. Seul le département de l'Oise voit sa file active de patients hospitalisés dans ses services privés se réduire, à hauteur de 84,5% en 9 ans. Le Pas-de-Calais connaît une forte augmentation de son nombre de patients hospitalisés à plein temps dans le privé : entre 2008 et 2017, sa file active passe de 328 à 2 232 patients.

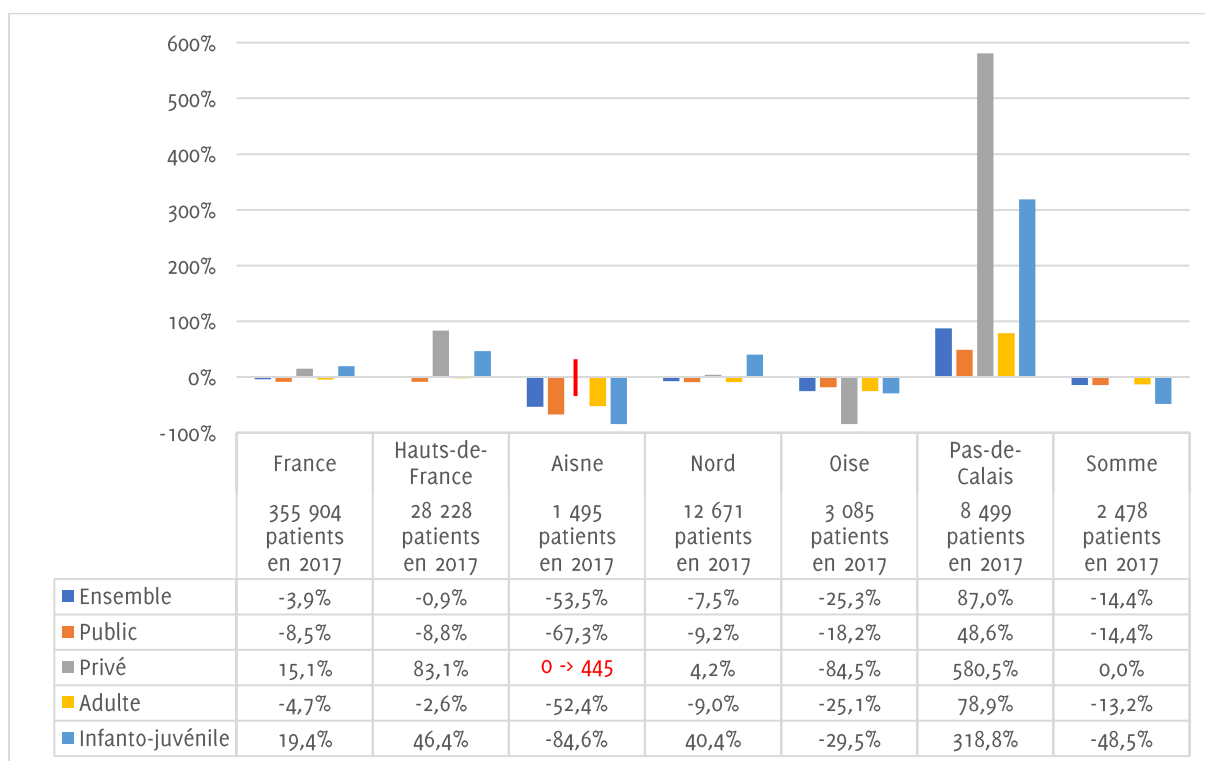
Dans le même temps, les départements de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme voient leurs files actives de patients relevant d'un HTP diminuer, que ce soit en psychiatrie infanto-juvénile ou en psychiatrie générale. Le Nord connaît une augmentation de 40,4% du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie infanto-juvénile. Le Pas-de-Calais est le seul département à voir son effectif de patients hospitalisés augmenter dans ses services de psychiatrie générale (+78,9%) et son secteur infanto-juvénile connaît aussi une augmentation : entre 2008 et 2017, la file active des enfants et adolescents hospitalisés à plein temps dans les établissements privés du Pas-de-Calais passe de 154 à 645 patients (+318,8%).

Figure 21. Évolution du nombre de patients hospitalisés à temps plein dans l'année en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 22. Évolutions relatives du nombre de patients hospitalisés à temps plein dans l'année en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Une diminution de moitié des hospitalisations au long cours

Définition de l'indicateur

Nombre de patients présents en année N-1 et ayant connu en année N plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5^e de l'année) [1].

Limites de l'indicateur

Une possible sous-estimation des patients adolescents, relevant au départ de la psychiatrie infanto-juvénile puis de la psychiatrie générale.

En 2017, 1 165 personnes sont hospitalisées au long cours en psychiatrie adulte dans les Hauts-de-France, soit 4,3% de l'ensemble des patients hospitalisés dans ces services. L'effectif diminue régulièrement depuis 2008, grâce notamment aux efforts des pouvoirs publics pour créer des places d'hébergement médico-social. Relativement peu nombreux, les patients hospitalisés longuement représentaient cependant près d'un quart des journées d'hospitalisation [7].

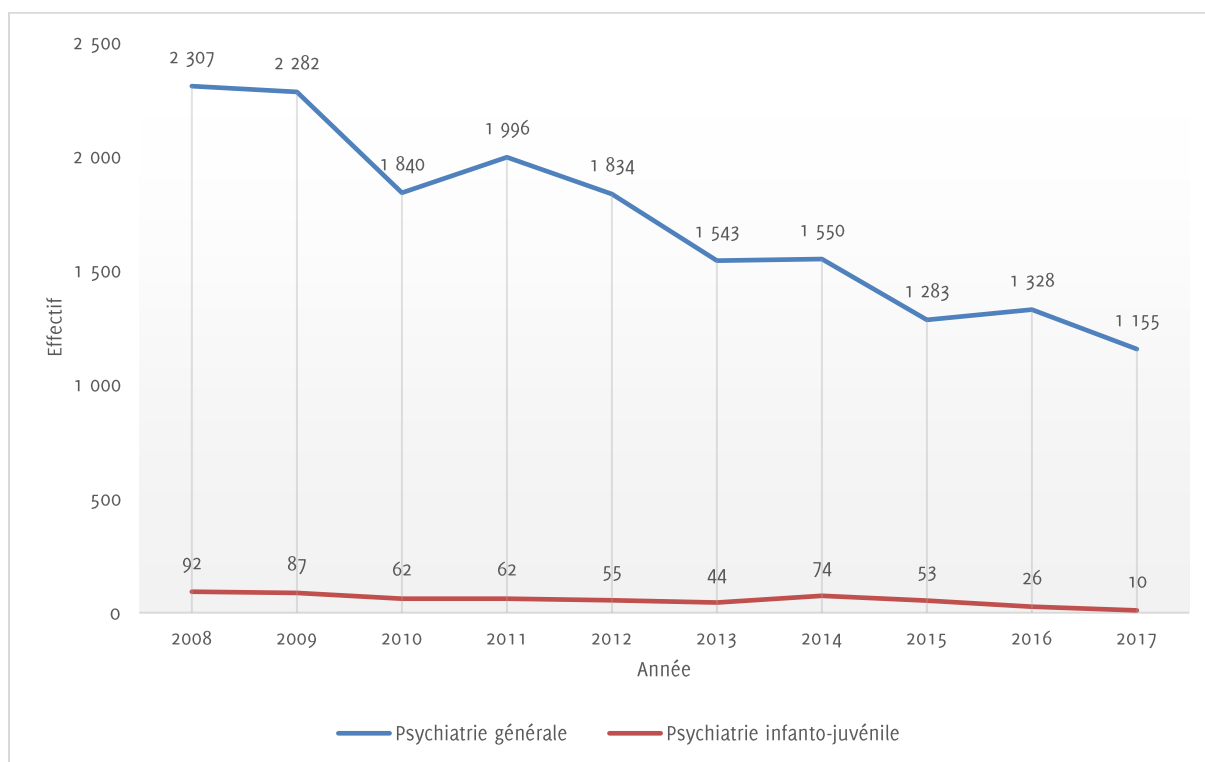
La psychiatrie adulte voit son nombre d'hospitalisés au long cours divisé de moitié entre 2008 et 2017 (cf. Figure 23). La psychiatrie adulte publique, qui prend en charge plus de 87% des hospitalisés de longue durée en 2017, connaît la même diminution, tandis que le secteur privé adulte se développe, en passant de 17 à 147 patients hospitalisés au long cours, en l'espace de 9 ans.

Dans ce même laps de temps, le secteur régional de la psychiatrie infanto-juvénile connaît une forte diminution de 89% de sa file active d'hospitalisation au long cours. Les deux secteurs de la psychiatrie voient leur nombre d'hospitalisations longues diminuer : une disparition totale des hospitalisations au long cours en établissement privé et une diminution de 87% pour celles en établissement public.

▪ **Dans les départements**

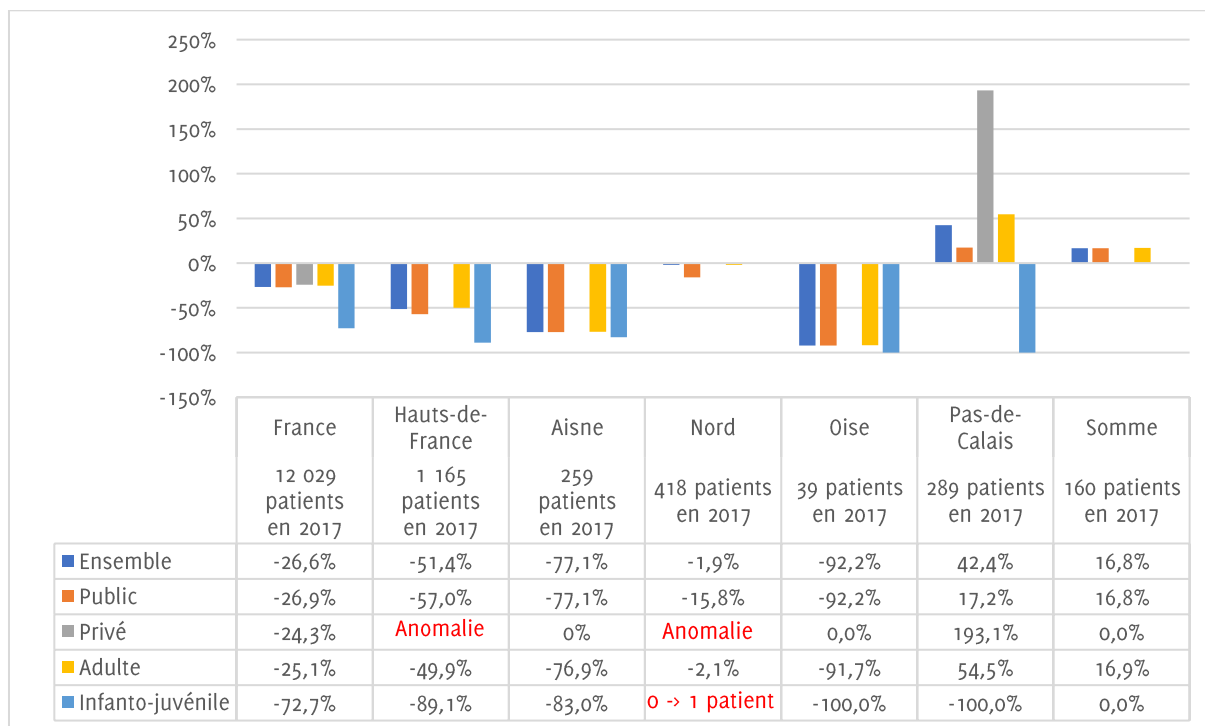
Entre 2008 et 2017, la psychiatrie publique connaît une baisse de ses files actives de patients hospitalisés au long cours, que ce soit au niveau national (-26,9%) ou régional (-57,0%). Alors que les départements de l'Oise, de l'Aisne et du Nord enregistrent eux aussi de fortes baisses (respectivement -92,2%, -77,1% et -15,8% en 9 ans, cf. Figure 24), le Pas-de-Calais et la Somme connaissent un mouvement inverse, avec une hausse respective des patients hospitalisés au long cours de 17,2% et de 16,8%.

Figure 23. Évolution du nombre de patients hospitalisés à temps plein au long cours en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 24. Évolutions relatives du nombre de patients hospitalisés à temps plein au long cours en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy. Anomalie : valeur déclarée en 2017 très écartée de celles des années antérieures.

Les unités de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Définition des indicateurs

Files actives et ETP sont calculés de la même manière qu'en milieu libre.

Les soins psychiatriques à destination des personnes détenues (D398) sont prodigués au sein du service de psychiatrie dont dépend l'établissement pénitentiaire ou de l'Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA).

Depuis la fin des années 80, les services de santé au sein des lieux d'incarcération sont rattachés à des établissements de santé ; les Unités de soins psychiatriques (USP) relèvent du Centre hospitalier ou de l'EPSM couvrant le secteur où est implanté l'établissement pénitentiaire.¹¹ Elles sont 11 en 2017 dans les Hauts-de-France (1 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise, 1 dans la Somme, 3 dans le Pas-de-Calais et 5 dans le Nord), et 138 en France.

Cette même année, la région dispose de 60 lits d'hospitalisation à temps plein pour les patients incarcérés, implantés à l'UHSA à Seclin et gérés par le CHU de Lille. Ce service comptabilise 15 750 journées d'hospitalisation à temps plein, pour 587 séjours (soit une durée moyenne de séjours de 26,8 jours). Elle est également dotée de 2 hôpitaux de jour, de 20 places dans le Nord, et de 7 dans la Somme. En 2017, 5 235 journées y ont été enregistrées. Enfin, les actes ambulatoires sont prodigués aux personnes détenues : actes, soins et interventions en CATTP (6 433 actes en 2017) et 89 892 actes ambulatoires.

Les soins psychiatriques aux personnes détenues (D398), sont spécifiques aux personnes incarcérées présentant des troubles mentaux sévères nécessitant des soins hospitaliers et ne pouvant être maintenues dans un établissement pénitentiaire. 1 114 patients ont connu ce mode légal de prise en charge en 2017.

Au total, en 2017, 11 256 patients sont pris en charge par les USP des Hauts-de-France (chiffre en hausse de 17,7% par rapport à 2008), dont 8 519 exclusivement en ambulatoire et 405 patients hospitalisés à temps plein au cours de l'année.

Entre 2008 et 2017, les ressources humaines des USP connaissent une forte augmentation (en ETP, +146,4% en région, +162,8% pour la France) ; cette hausse touche à la fois les postes non médicaux (+157,8% en ETP) et les psychiatres (+54,6% en ETP). En 2017, dans les Hauts-de-France, les USP sont dotées de 247,7 ETP, dont 18,7 dédiés à l'hospitalisation à temps complet.

¹¹Pour une carte des Unités de soins en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France <https://www.f2rsmpsy.fr/les-soins-milieu-carceral-2018.html>

Les psychiatres¹² et les internes en psychiatrie

En 2015, l'Union européenne comptait environ 90 000 psychiatres au total. La France enregistrait 15 200 psychiatres la même année, soit 228 psychiatres par million d'habitants, taux qui la situe en quatrième place en Europe [8].

Une hausse du nombre de psychiatres

Définition de l'indicateur

L'Ordre des Médecins répertorie les médecins selon leur spécialité, leur département et leur type d'exercice : en activité régulière, remplacement ou retraite, d'une part ; salariés, libéraux ou mixtes, d'autre part.

Limites de l'indicateur

Tous les psychiatres sont comptabilisés également (pour 1), alors que leur temps de travail peut varier très sensiblement selon leur type d'exercice.

La région des Hauts-de-France compte, en 2019, 995 psychiatres inscrits à l'Ordre des Médecins ; ce nombre a connu une augmentation de 36,1% en 12 ans (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

■

Le nombre de nouveaux médecins s'inscrivant comme psychiatres généraux à l'Ordre des Médecins est en hausse de 42%, tandis que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent connaît une baisse de 40% du nombre d'inscrits entre 2007 et 2019. De fait, tous les nouveaux diplômés s'inscrivent comme psychiatres généraux à l'Ordre, pour pouvoir exercer auprès de tous les patients (en psychiatrie adulte et en psychiatrie infanto-juvénile) durant leur carrière.

Au cours de cette période, les psychiatres salariés en activité régulière connaissent une multiplication par 1,3 de leur nombre, alors que le nombre de psychiatres libéraux reste stable (environ 150 ETP) et que leur densité régionale par habitant est très faible par rapport à celle de la France [9]. En 2019, les salariés exclusifs représentent près des trois-quarts de la totalité des ressources humaines en psychiatres dans la région : les Hauts-de-France disposent de 12 psychiatres en activité régulière salariale pour 100 000 habitants (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). En 2019, les psychiatres libéraux représentent 16,8% de la totalité des ETP de psychiatres en activité régulière (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

■ **Plus de la moitié des psychiatres de la région dans le Nord**

Le département du Nord regroupe plus de 54% de la totalité des psychiatres en activité régulière salariale, avec 15,12 psychiatres pour 100 000 habitants. Avec 7,6 psychiatres salariés en activité régulière pour 100 000 habitants, l'Aisne est le département qui présente la plus faible densité pour cette catégorie professionnelle. Ce département regroupe, au total, 13,8 psychiatres (en activité régulière, en remplacement ou retraités actifs) pour 100 000 habitants.

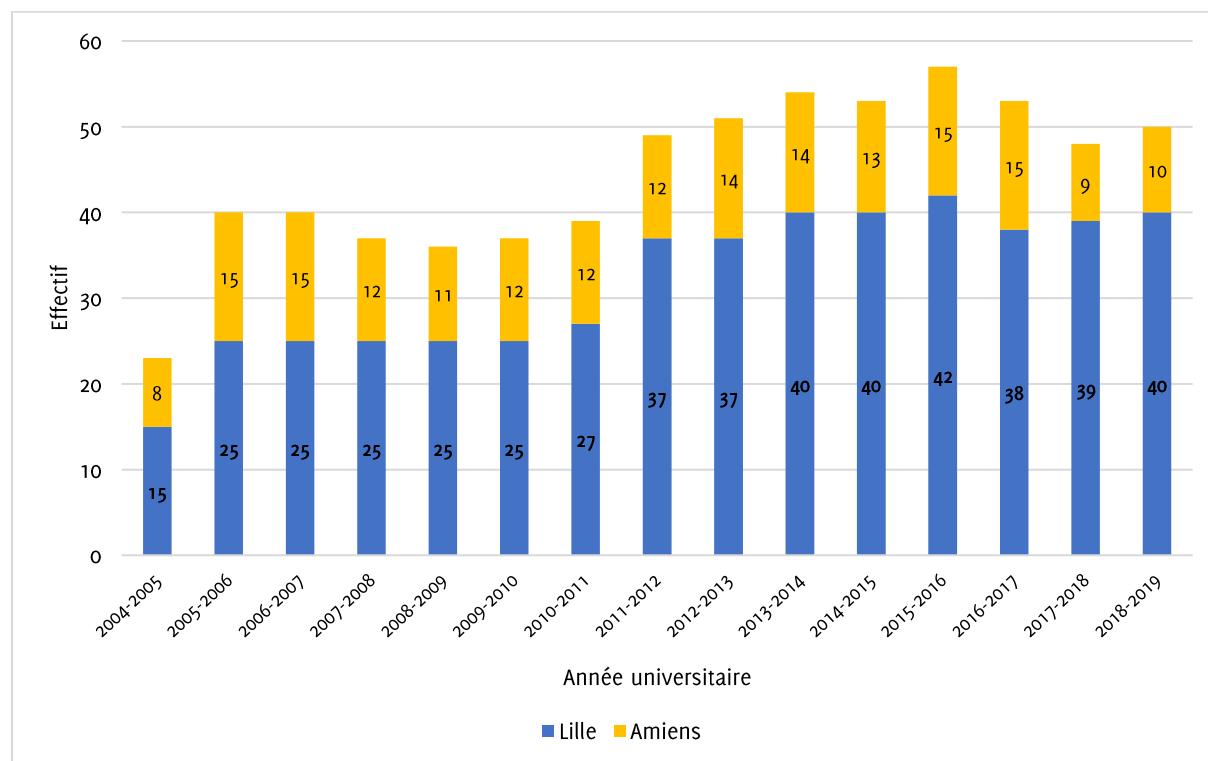
¹²Pour une description des psychiatres dans les services, publics ou privés, de psychiatrie, voir p 22.

Définition de l'indicateur

Nombre de postes d'internes en psychiatrie pourvus (il peut différer du nombre de postes ouverts).

En France, 512 étudiants débutent ont débuté leur internat en psychiatrie durant l'année universitaire 2018-2019 ; cet effectif est en augmentation de plus de 160% entre 2004 et 2019. Cette hausse touche également les postes d'internes dans les Hauts-de-France (+117%). Alors qu'une quarantaine d'étudiants débutent leur internat chaque année à Lille depuis 2011-2012, leur nombre connaît une diminution depuis 2017-2018 à Amiens (les étudiants d'Ile-de-France ayant désormais suffisamment de postes pour s'y former).

Figure 25. Évolution du nombre de nouveaux internes en psychiatrie par université. Hauts-de-France. 2004-2019.



Source : bureau général de l'offre de soins. Traitement : F2RSM Psy.

Les affections psychiatriques de longue durée (ALD23)

Une forte augmentation des affections psychiatriques de longue durée dans les Hauts-de-France

Définition de l'indicateur

Nombre d'individus bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur pour affection psychiatrique de longue durée [10].

Limites de l'indicateur

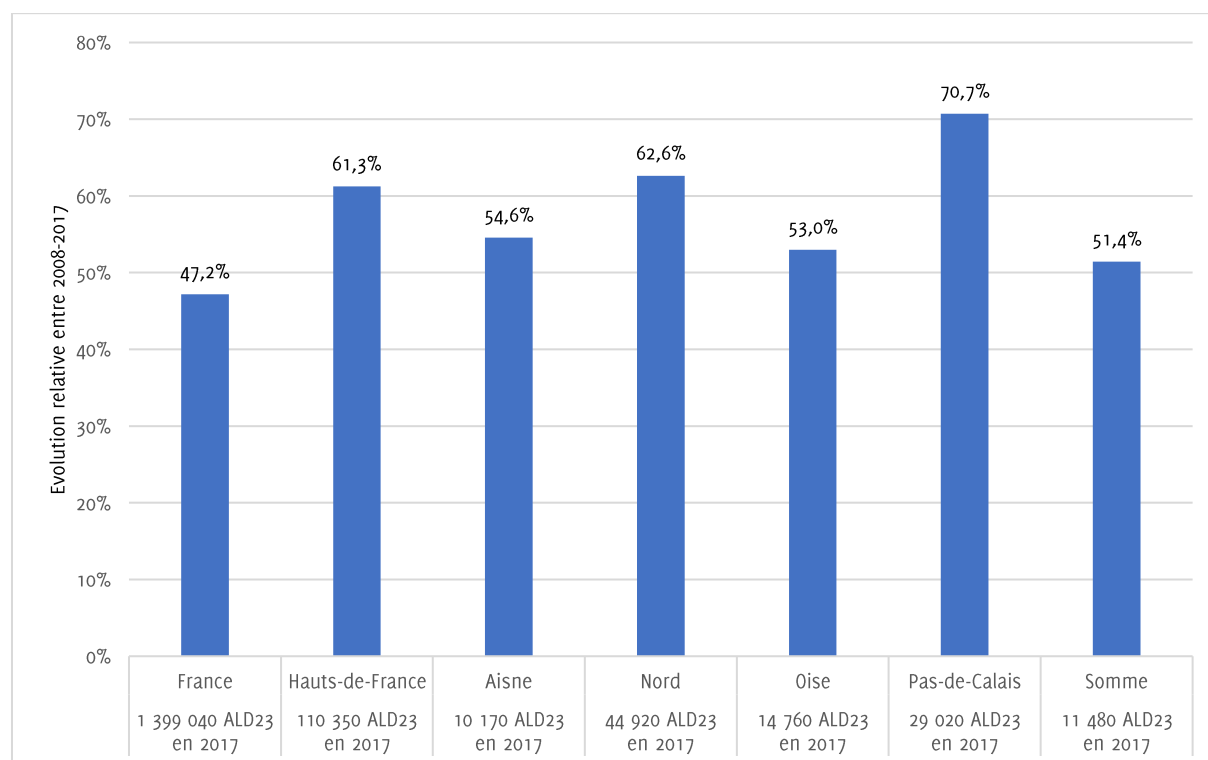
L'indicateur ne porte que sur la population couverte par le régime général de l'assurance-maladie et sur les individus dont la demande d'exonération a été faite et acceptée. Certains individus, déjà exonérés à d'autres titres, ne font pas de demande ALD23. La propension à demander l'ALD (patient), la suggérer (médecin traitant) et à l'accepter (CPAM) varie beaucoup selon les médecins et les Caisses primaires d'assurance-maladie.

En 2017, 110 350 personnes bénéficient d'une exonération au titre de l'ALD23 dans les Hauts-de-France, soit 2% de la population régionale relevant du régime général (cf. Figure 26). Ce nombre augmente de 61,3% en 9 ans. La France, avec 1 399 040 ALD23, voit son effectif augmenter de 47,2% entre 2008 et 2017, ce qui représente 2,3% de sa population inscrite au régime général en 2017 [11].

■ Dans les départements

Entre 2008 et 2017, le département du Pas-de-Calais connaît une forte augmentation (+70,7%) de son effectif d'ALD23. Le Nord voit son nombre d'ALD23 multiplié par 1,6. La Somme est le département des Hauts-de-France qui connaît la plus faible augmentation (51,4% en 9 ans).

Figure 26. Évolutions relatives du nombre d'affections psychiatriques de longue durée. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : Assurance maladie. Traitement : F2RSM Psy.

Le suicide

Le nombre de suicides dans les Hauts-de-France connaît une diminution de 26% en 17 ans

Définition de l'indicateur

Le nombre de décès déclarés par suicide au cours de l'année.

Le taux standardisé par groupe d'âge et sexe des décès par suicides déclarés au cours de l'année.

Limites de l'indicateur

Possible disparité dans les modalités de déclaration d'un décès par suicide. Il existe une sous-déclaration de la mortalité par suicide notamment due à des actes non reconnus ou non déclarés comme tels [12].

Tous les ans, on estime que 800 000 personnes se suicident dans le monde [13].

Selon l'observatoire national des suicides (ONS), le suicide constitue, encore aujourd'hui, la quinzième cause de mortalité dans le monde et la deuxième pour les 15-24 ans. Les 28 pays de l'Union européenne ont un taux de décès par suicide de 11,7 pour 100 000 habitants en 2013. La France est le 10^e pays avec le taux le plus élevé de l'Union européenne en 2013. L'année suivante, 8 885 décès par suicide sont enregistrés sur le territoire métropolitain français, ce qui représente 24 décès par jour [14].

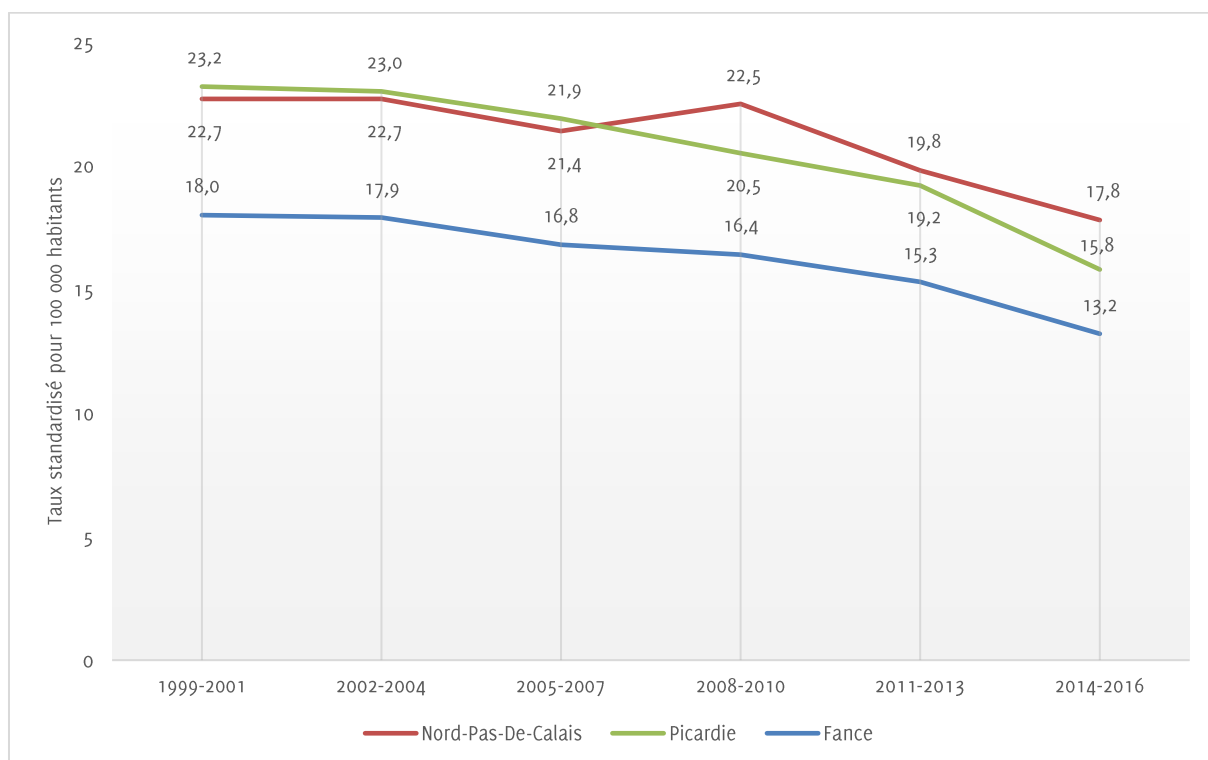
Entre 1981 et 2016, le taux de décès par suicide pour 100 000 habitants a diminué de 42,9% en France métropolitaine. On peut noter une diminution de 26,7% de ce taux entre 1999 et 2016 (cf. Figure 27).

Le taux standardisé moyen de décès par suicide dans la région des Hauts-de-France entre 2012-2014 est supérieur de 21,7% au taux moyen de la France métropolitaine [14]. Nous observons une diminution de 31,9% du taux de suicides entre 1999 et 2016 dans l'ancienne région de la Picardie ; l'ancienne région du Nord - Pas-de-Calais voit, quant à elle, son taux diminuer de 21,6% (cf. Figure 27). En 2016, ce sont 958 décès qui sont enregistrés en Hauts-de-France, cet effectif a diminué de 26% entre 2000 et 2016 (cf. Figure 28). En France métropolitaine, ce sont 8 427 décès par suicides qui sont enregistrés durant l'année 2016 (-22% entre 2000 et 2016).

Tous les départements des Hauts-de-France voient leur taux de décès par suicide diminuer durant notre période d'étude (cf. Figure 29). C'est dans le département de l'Oise que le taux de suicides se réduit le plus entre 1999 et 2016 (44,7%). Le Pas-de-Calais enregistre une diminution de son taux de décès de 18% entre 1999 et 2016.

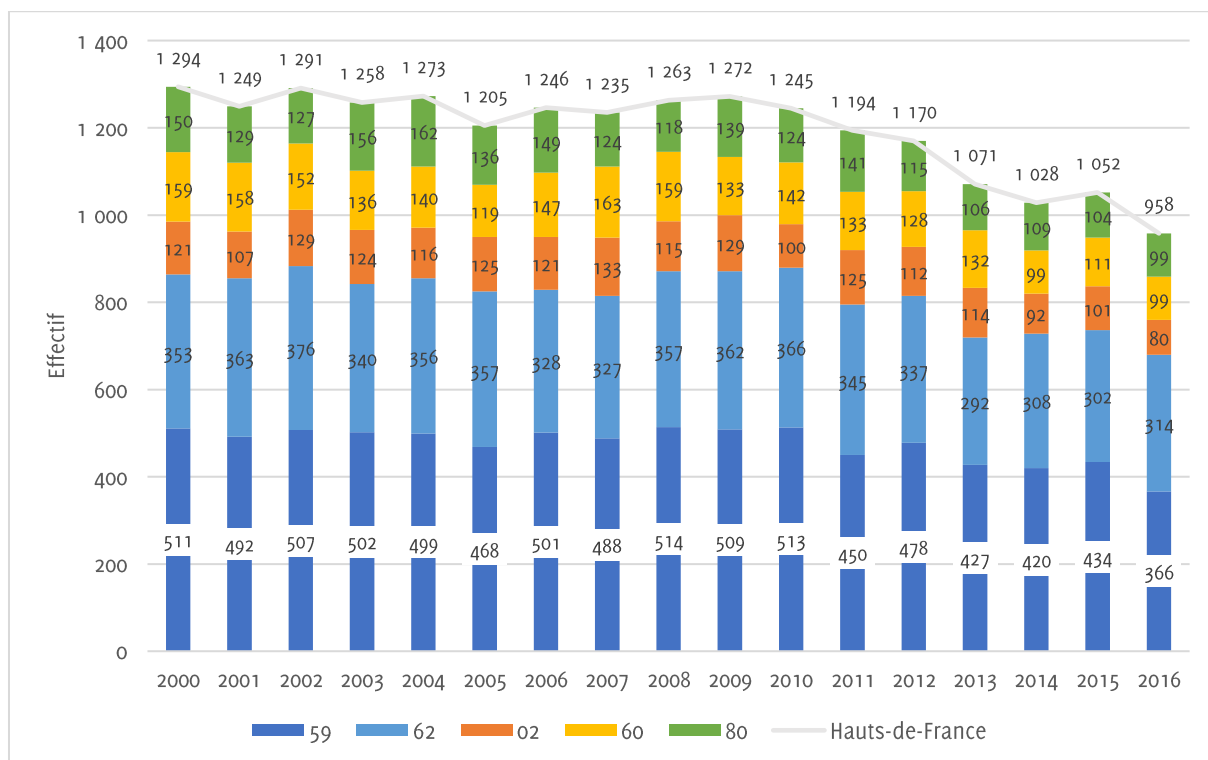
L'ancienne région du Nord - Pas-de-Calais a un taux de suicides de 17,8 pour 100 000 habitants pour les années 2014-2016 : 21 pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais et 16 pour 100 000 habitants dans le Nord (cf. Figure 29). Le taux de décès par suicide de l'ancienne région de la Picardie est de 15,8 pour 100 000 habitants les mêmes années (un taux de 18,4 dans la Somme, 17,9 dans l'Aisne et 12,6 dans l'Oise). Ce sont les départements du Pas-de-Calais, de la Somme et de l'Aisne qui ont les taux standardisés de décès par suicide les plus élevés. On observe que seul le département de l'Oise a un taux de décès par suicide inférieur au taux national.

Figure 27. Évolution du taux standardisé des décès par suicide. France et Hauts-de-France. 2000-2015.



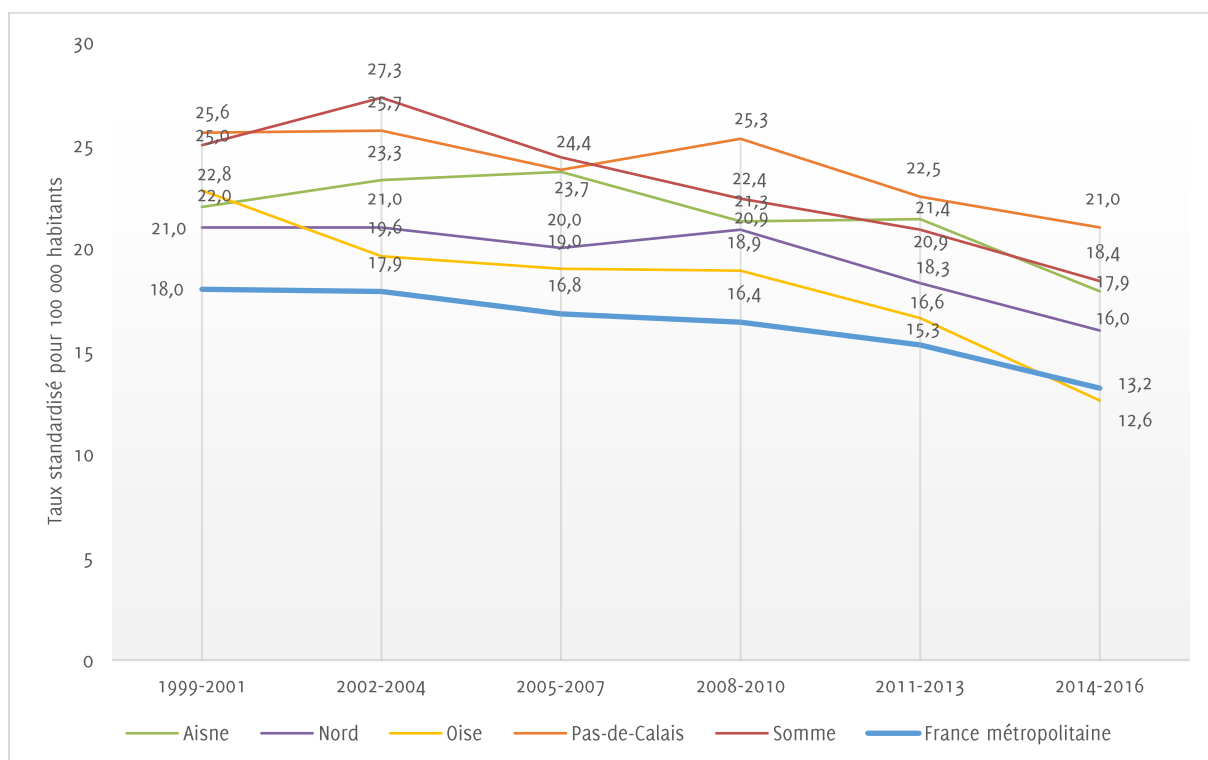
Source : CépiDc. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 28. Évolution du nombre de décès par suicide. Hauts-de-France et ses départements. 2000-2016.



Source : CépiDc. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 29. Évolution du taux standardisé de décès par suicide. France et les départements des Hauts-de-France. 1999-2016.



Source : CépiDc. Traitement : F2RSM Psy.

Le point de vue d'experts

Les entretiens réalisés avec 10 experts du champ de la psychiatrie et de la santé mentale (cf. liste en page 8), nous ont permis de recueillir les points de vue de ces professionnels sur les évolutions régionales des 20 dernières années. Leurs propos ont été intégralement retranscrits, puis, après validation par leurs auteurs, ont fait l'objet d'un codage thématique avec le logiciel N'Vivo.

Un contexte socio-économique défavorable à la santé mentale

Tout d'abord, il est intéressant de comprendre la situation des Hauts-de-France afin de rendre compte du contexte sociétal de notre région.

La région des Hauts-de-France a été plus particulièrement sujette à plusieurs crises économiques. L'un des experts nous rappelle par exemple que la région et le bassin minier du Pas-de-Calais connaissent un fort taux de chômage, suite à la disparition de pans entiers de l'économie régionale depuis 1980 :

« Donc le bassin minier a une population qui a vécu plusieurs crises majeures sur le plan économique : d'une part la fermeture des industries lourdes et les mines dans les années 1980, avec un impact assez long au niveau de l'économie, avec une remontée progressive dans les années 2000 des capacités sur le plan du travail et des entreprises, mais avec une part de la population qui ne pouvait pas accéder à ces emplois car ils étaient en décalage par rapport au besoin de l'industrie. Avec un renouveau progressif qui s'est fait en 2000. Et une nouvelle crise en 2008. Cela a un impact, ce sont des facteurs qui participent aux pratiques de santé mentale, avec une expression de la souffrance qui peut se manifester au tout début avec le médecin généraliste avec toute une dimension de dépression suite à la crise, avec du mal-être, un malaise et un recours important au généraliste et aux médicaments qui ne sont pas toujours bien prescrits. Ces crises ont eu des conséquences importantes sur le chômage sur notre territoire, autour de 20-22%. »

La crise économique de 2008 a accru le niveau de chômage, alors que le monde du travail poursuit sa transformation ; la région est passée d'une majorité d'emplois relevant du secteur secondaire à une majorité de travailleurs du secteur tertiaire : c'est l'effondrement du textile, des mines et de la sidérurgie qui étaient les anciens fleurons régionaux. Dès lors, les habitants découvrent une autre organisation du travail et de nouveaux problèmes apparaissent : harcèlement, risques psycho-sociaux liés à l'individualisation des tâches et à leur procédurisation excessive, conflits entre les employés dans les grands open-spaces sont à l'origine de stress et conduisent à des troubles tels que le burn-out [15]. Pour ce professionnel interrogé, la région a ses propres problèmes :

« On est une région avec des particularités : au niveau des suicides, des addictions, de l'alcool et de la santé en général [...] Alors peut-être que ça diminue un petit peu. Mais on peut voir des profils de gens complètement désœuvrés, des personnes qui n'ont pas travaillé ou avec peu de revenus. »

Des comorbidités addictives fréquentes

L'abus d'alcool constitue un trait régional fortement ancré dans l'histoire. Plus généralement, les addictions sont fréquemment retrouvées en comorbidité chez les patients pris en charge.

« Quand on remonte au 19^e siècle, il y a toujours eu des familles avec des problèmes d'alcoolisme et d'inceste, tout ce qui était lié à la misère sociale et humaine : le chômage, les risques de délinquance... Alors, on a l'impression aujourd'hui que le chômage s'est développé dans nos départements, il y a eu des disparitions d'usines et donc on arrive à des générations où les parents et les grands-parents ne travaillent pas beaucoup, sont à la maison et donc se développe une sorte d'inactivité avec des risques d'addiction aux jeux, à l'écran, aux drogues diverses et à l'alcool. Donc, on sent une souffrance sociale, peut-être en lien avec la paupérisation ; il me semble que les choses vont moins bien que dans les années 70-80, où on avait l'impression que ça allait en s'améliorant depuis l'après-guerre. Et là, j'ai l'impression que les choses stagnent ou s'aggravent. »

Dans notre région, les effets de négligence et de maltraitance sont soulignés par les professionnels interrogés, chez les enfants suivis en CMP ou en services, avec le développement des problématiques

liées aux conflits familiaux. De plus, selon eux, les habitants des Hauts-de-France ont tendance à avoir recours aux soins tardivement et ont un manque de considération pour leur santé, non seulement physique mais aussi psychique ; cela peut se traduire par des décompensations plus sévères des pathologies que dans d'autres régions de France. Selon l'un des psychiatres interrogés pour notre étude, cette spécificité peut se traduire par une surreprésentation de certaines pathologies dans notre région :

« Dans notre région, les messages de santé ne passent pas ou ne sont pas promus. On sait qu'en général, les gens arrivent dans nos services dans un état beaucoup plus avancé qu'en région parisienne ; ils ont aussi beaucoup plus de complications. Ils se disent qu'ils ne vont pas aller voir le médecin, car ça va passer, alors qu'ailleurs, les gens y vont. C'est pareil pour la psychiatrie. [...] Dans le bassin minier, on pouvait voir des gens qui avaient des Korsakoff, ce sont des pathologies liées à l'alcool, ils se grillent le cerveau avec de l'alcool et donc ils n'ont plus de mémoire. Classiquement, au niveau national, le Korsakoff ça existe ; ce sont des gens qui ont 50-60 ans avec un profil de personne qui a toujours beaucoup bu de l'alcool fort. Dans le bassin minier, on pouvait voir des gens avec cette maladie à 30 ans, ce qui était exceptionnel. »

Des inégalités et disparités persistantes

La création des nouvelles régions est récente (2016) et les départements constituant les anciennes régions sont restés très soudés ; l'évolution des dispositifs psychiatriques a été très différente dans le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie. Les établissements publics de santé mentale en Somme-Aisne-Oise ont conservé leurs liens :

« D'autant que nous nous rencontrons beaucoup et nous continuons à le faire, aujourd'hui, avec les directions et les responsables de CME des 3 établissements : Pinel dans la Somme, Prémontéré dans l'Aisne et le CHI dans l'Oise. ».

« La grande chance dans la région du Nord - Pas-de-Calais, c'est que l'Agence régionale de l'hospitalisation a défini 3 priorités régionales : les pathologies cancéreuses, les pathologies cardio-vasculaires et la psychiatrie. On peut dire que c'était la seule région de France où la psychiatrie a été définie comme une priorité régionale. »

« L'idée a été de réaliser la psychiatrie au plus près des patients pour le Nord - Pas-de-Calais, alors qu'en Picardie, on a encore 3 gros établissements mono-disciplinaires. L'évolution ne s'est pas passée de la même manière en Picardie que dans le Nord - Pas-de-Calais, pour des raisons qu'on peut objectiver, des questions de moyens dévolus, de quels étaient les acteurs et les politiques mises en place là-bas plutôt qu'ici. »

« C'est vrai que l'évolution qu'on a vue sur une décennie et demie dans le Nord - Pas-de-Calais [la diminution du nombre de lits en HTP et le développement des structures ambulatoires], on ne l'a pas vue dans la Picardie. En Picardie, on a encore des secteurs de 80 lits, on a un maillage en termes d'ambulatoire beaucoup moins important ; il y a des établissements qui ont évolué et d'autres non. »

Certains professionnels évoquent les inégalités dans l'offre de soins des départements des Hauts-de-France :

« Bien qu'est-ce qu'a fait le rassemblement de notre région ? C'est qu'on était deux régions pauvres sur le plan socio-économique [...] Je pense que le Nord - Pas-de-Calais avait réussi à se structurer, puis ensuite on se réunit avec une région qui est très rurale, qui a des difficultés, où l'isolement est un facteur important dans cette région. On peut le voir avec le nombre de suicides dans la Somme [...] Il y a une inégalité dans l'offre de soins qui est considérable, ce qui est contraire à la vision républicaine de la France. »

Pour ceux qui dénoncent le problème, un processus d'harmonisation positive dans l'offre de soins entre les secteurs de notre région est primordial, afin de pallier ces inégalités départementales. D'autres experts évoquent le manque de médecins et de personnel soignant, dès lors que l'on s'éloigne de la métropole de Lille. Pour eux, les départements du sud de la région souffrent d'un manque de places et de soignants dans leurs services, ce qui ne permet pas toujours de respecter la politique de

sectorisation de la psychiatrie. La plupart des experts ont souligné les inégalités intersectorielles existantes et souhaiteraient une harmonisation par « le haut » des ressources, humaines, financières et en termes d'équipements.

La poursuite de la désinstitutionalisation

Pour l'ensemble des experts interrogés, la France et notre région ont poursuivi le mouvement de désinstitutionalisation entamé à la fin du 20^e siècle ; les hospitalisations psychiatriques longues ont progressivement cédé le pas à des prises en charge plus inclusives et moins désocialisantes.

« Avant les secteurs de psychiatrie avec 200 lits, avec des gens qui restaient dans les murs de l'hôpital, avec une activité dans l'hôpital. Au début, cette autarcie était volontaire à la création des asiles, au 18^e siècle, de créer un autre monde un peu loin des villes, à 40 km des villes. Mais les villes ayant grandi, ils se sont fait rattraper par la ville. Ils étaient dans la campagne, avec de l'air pur, des potagers. Ils se sont recréé une ville dans l'hôpital. Au début, c'était une idée très humaniste de dire que pour que les gens aillent mieux il faut les sortir de là où ils sont, pour aller dans ces établissements. »

Dès lors quelle était la situation régionale en termes d'hospitalisation à temps plein ? Les experts interrogés nous ont décrit l'histoire des hôpitaux psychiatriques à travers le temps : à leur création, les premiers asiles sont construits dans le but de préserver le patient ; ils sont bâtis à l'écart des grandes villes et de la société, afin de créer un espace de vie qui se suffit à lui-même. Ces grands hôpitaux pouvaient accueillir des centaines de patients et bien souvent pour des séjours de longue durée. Peu à peu, le processus d'urbanisation touchant tout le pays, les villes se sont étendues et certains hôpitaux, initialement éloignés, sont désormais situés au cœur de grandes villes.

La volonté de la France a été de faire sortir les patients qui étaient hospitalisés, depuis parfois plusieurs dizaines d'années, de ces grands établissements de santé. On nous indique qu'en 1997, il y avait 30% des patients dont l'hospitalisation à temps plein ne se justifiait plus. Toutefois, bien que cette démarche soit mise en place pour le bien des patients, certains ne se sentent pas capables de sortir de ces espaces sécurisés, qui sont devenus leur lieu de vie.

« C'est vrai que moi, j'ai commencé à travailler dans les hôpitaux psychiatriques en 1978 et j'ai connu des périodes où on avait des patients qui étaient en psychiatrie depuis 40 ans et à qui on a proposé de sortir ; pour eux c'était une catastrophe ! Ils ne connaissaient plus rien du monde extérieur et ce monde-là leur faisait peur. »

Les professionnels ont évoqué la sectorisation de la psychiatrie et la volonté de la France de ne conserver que 30 lits d'hospitalisation à temps plein par secteur. Pour eux, cette baisse capacitaire a été ralentie par les syndicats de praticiens hospitaliers qui ont voulu contrer une réduction du nombre de personnel travaillant en services, conséquence de la réduction du nombre de leurs lits. La diminution de lits d'HTP serait utile et indispensable, bien qu'elle implique de proposer suffisamment de structures alternatives aux patients stabilisés en manque d'autonomie :

« Ça c'est fondamental [de créer des structures alternatives à l'HTP], car si on dit que 30 lits d'hospitalisation complète sont suffisants par secteur, et que parmi eux, 10 sont occupés par des patients qui vont rester une année entière alors qu'ils ne relèvent plus autant de la psychiatrie, naturellement on ne travaille plus sur 30 lits mais 20, et là, on n'a plus suffisamment de lits pour répondre à la demande. [...] Dans les années 2000, nous avons créé, à partir des lits d'hospitalisation complète de psychiatrie, 140 places de structures médico-sociales (60 places de MAS à Armentières, 60 à Saint-André et 20 place de Foyer d'accueil médicalisé sur Bailleul) pour les patients stabilisés qui ne pouvaient pas aller directement en structure médico-sociale ou dans la ville ; donc il fallait ces structures où la prise en charge psychiatrique se continuait et avec une prise en charge par des éducateurs une ré-autonomisation du patient, pour que le patient se gère par la suite. »

Pour les experts, il ne faut pas aller trop loin dans la diminution du nombre de lits d'HTP. Cette prise en charge reste indispensable à certains stades de la maladie en psychiatrie. Pour eux, il ne faut pas supprimer tous ces lits qui ont leur utilité : des endroits où le patient est dans un lieu protégé et où il peut souffler et se recentrer sur lui-même.

« Alors l'hospitalisation reste toujours indiquée ; il n'y a pas eu de volonté d'en sortir définitivement. L'hospitalisation arrive dans des moments de décompensation et où l'hospitalisation à temps plein est indispensable dans le traitement. L'idée, c'était surtout, qu'avant qu'il y ait une décompensation, il y a un certain nombre de signes avant-coureurs. La psychiatrie de secteur ça a été ça : il faut qu'avant qu'il y ait décompensation, il faut assurer une continuité et une proximité avec des équipes. Donc l'accès au CMP, c'était dans ce but, pour permettre aux équipes d'intervenir avant. Au fond, plus on a développé ce genre de choses, plus on a eu de lits vacants, c'est à dire un certain nombre de lits qui n'étaient plus utilisés en permanence. Avant ça, il y a quand même eu une pression assez importante au niveau national pour fermer les lits et libérer des lits par déplacement de certains patients stabilisés vers des structures de réhabilitation et de réinsertion. ».

Comme énoncé précédemment, la psychiatrie française suit sa politique de désinstitutionalisation et de développement de l'ambulatoire. Peu à peu, les prises en charge ambulatoires sont favorisées dans le parcours de soins des patients, si bien que pour certains experts interrogés, aujourd'hui, ce sont plus de 80% de la population régionale qui relève d'une activité extrahospitalière.

Les CMP doivent être les pivots de la prise en charge ; c'est dans ces lieux que doit s'organiser et se penser le parcours de soins des patients. Le CMP doit être un point de repère pour la population et de relais avec les différentes modalités de prise en charge, de soins et de professionnels. Pour une personne interviewée, la psychiatrie est vouée à se territorialiser et cela peut se faire par l'intermédiaire de la prise en charge ambulatoire.

« A partir de là, c'est qu'aujourd'hui, l'ensemble des disciplines médicales, voire chirurgicales, sont appelées à se territorialiser. La Loi santé, c'est une loi qui vient dire : prévention, soins et accompagnement, postcure, tout cela doit être sorti des hôpitaux. C'est ce que la psychiatrie a fait depuis la circulaire de 1960 et la loi de 1985. L'idée a été de réaliser la psychiatrie dans le quotidien des patients et les CMP peuvent le permettre. »

« Le développement de l'ambulatoire reste une priorité ; il y a encore des établissements qui n'ont pas encore complètement développé leurs structures ambulatoires. Aujourd'hui, la priorité, c'est l'accès aux soins pour tous et pour que cela devienne possible, il faut qu'il y ait une proximité de structure. [...] La prise en charge "pour tous" se fait à l'extérieur des hôpitaux, dans des endroits comme les appartements thérapeutiques, les CMP, les hôpitaux de jour, les équipes mobiles qui vont au domicile des personnes... ».

La prise en charge ambulatoire permet, également, d'assurer une continuité dans le parcours de soins du patient. Pour les experts interrogés, les actes ambulatoires peuvent être une porte de sortie des hôpitaux pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou durables stabilisées. La pratique ambulatoire sert, ici, de prévention à la rechute de la maladie :

« L'autre aspect, c'était que certaines pathologies psychiatriques nécessitent des soins au long cours, ce qui ne veut pas dire qu'ils ont besoin, tout le temps, de soins. Donc, il fallait organiser les soins dans une continuité ; c'est à dire être présent dans la bonne temporalité, remettre le patient dans une autonomie, le remettre dans un lieu de vie en fonction de ses capacités, qu'il faut évaluer. C'est cela, le principe même de la prise en charge ambulatoire. »

La prise en charge de proximité permet aux patients de continuer à vivre chez eux ; ils peuvent donc conserver leurs habitudes de vie et leur autonomie. L'un des professionnels interrogés parle de cette nécessité de préservation de l'intégration sociale du patient :

« On souhaite, tout de suite, réinclure la personne dans la société, sans coupure avec la vie familiale et son milieu social. Donc, on est dans un autre paradigme qui veut que la personne ne soit pas mise à l'écart et isolée ; donc on va intégrer très vite dans la société, ce qui n'empêche pas dans les temps de crise de la protéger, ce qui oblige une mise à l'écart où on protège la personne un temps donné, mais qui soit le plus court possible. Cela doit permettre une ré-inclusion rapide. »

Lorsque le patient est jeune, le principe de « l'école inclusive » prime ; les pédopsychiatres font tout leur possible pour que l'enfant ou l'adolescent poursuive sa scolarité et ne soit pas isolé de ses camarades. Pour les patients plus âgés, l'insertion par le logement et le travail est toujours envisagé

et encouragé, bien que cela ne soit pas toujours facile à mettre en place comme nous l'ont fait remarquer les sociologues interrogés. Selon eux, l'un des défis de la psychiatrie actuelle est de réinsérer les patients dans la société et cela passe par une réappropriation des habitus de la vie en société :

« Alors la psycho réhabilitation, c'est remettre le patient dans la ville, lui apprendre la relation à l'autre, l'observance, la ré-autonomisation. Ce sont des choses qu'on leur apprend en postcure ; c'est retrouver un peu de confiance en soi, et une ré-autonomisation pour vivre avec les règles de la société. C'est aussi apprendre à vivre avec la maladie, que ça ne soit plus quelque chose de négatif. »

Un professionnel attire notre attention sur une difficulté importante dans la prise en charge ambulatoire, à savoir que le patient, en dehors des murs de l'hôpital, possède une autonomie et n'est plus surveillé constamment, ce qui peut entraîner des dérives dans la prise du traitement ou encore des risques de rechute ou d'arrêt des soins :

« Justement c'est plus facile pour un médecin de soigner un patient quand il l'a sous la main et qu'il gère tout pour lui. Quand il prend une personne dans un milieu ouvert [en prise en charge ambulatoire], c'est plus complexe, car il ne peut pas la surveiller, même par rapport aux produits, aux substances qui circulent dans la ville en milieu ouvert. »

Néanmoins, le développement de la prise en charge ambulatoire, inégal dans notre région, semble avoir démontré son utilité. Cet usage fréquent de l'ambulatoire a des effets sur le temps d'attente pour accéder aux soins dans les CMP, souvent débordés par la demande de prise en charge.

Une articulation sanitaire - médico-social préconisée

La différence entre les termes de psychiatrie et de santé mentale a été soulignée. La santé mentale relève d'une approche plus globale que la psychiatrie, qui est une discipline médicale. Dans la santé mentale, de nombreux professionnels entrent en jeu : le psychiatre est donc amené à s'associer à d'autres acteurs, appartenant aux secteurs social et médico-social, aux élus locaux, à l'Éducation nationale, aux usagers, à leurs familles ...

Aujourd'hui, le parcours de soins du patient implique donc une diversité d'acteurs et les professionnels déclarent souhaiter intégrer de plus en plus les patients à la vie sociale et sociétale, ce qui implique une coopération entre différents acteurs :

« Autrefois, au 19^e siècle, on considérait que l'asile était fait pour mettre à l'abri et soigner les personnes dans un lieu autosuffisant. Ensuite, il y a eu une autre approche où on désirait que la personne soit, au maximum, soignée dans la cité. Maintenant, on a insisté sur le fait que le patient devait garder sa citoyenneté ; il devait être dans la cité, mais aussi y être inséré et en lien avec la vie culturelle, politique et sportive. Ils ne doivent plus seulement être dans des lieux spécialisés, mais aussi voir des lieux culturels, faire du sport dans d'autres lieux qui ne sont pas spécialisés. Donc, il y a toujours eu la volonté de réinsérer les gens s'ils le pouvaient, de les faire travailler. »

« Au niveau de la psychiatrie, aujourd'hui, elle ne peut plus assurer des soins sans avoir l'aide du médico-social et du social. Depuis 2000, ce qui caractérise la psychiatrie, c'est ce travail en réseau qui met en lien tous les professionnels d'un territoire autour d'un patient et en prenant en compte aussi les aspects sociaux et médico-sociaux de la personne, ce qui nécessite parfois que d'autres professionnels interviennent [et pas] seulement le psychiatre. »

Pour favoriser ce travail en équipe autour d'un patient, les experts rencontrés insistent sur l'importance des groupes d'échanges (colloques, congrès et groupes de travail) avec une pluralité de professionnels susceptibles de s'occuper d'un individu atteint d'un trouble mental. Il faut que tous les professionnels en contact avec ces patients comprennent les maladies psychiatriques et l'intérêt de préserver l'intégration sociale du patient. Cela pourrait passer par une formation croisée entre les acteurs médicaux et médico-sociaux :

« Il fallait organiser les soins dans une continuité, c'est à dire être présent dans la bonne temporalité, remettre le patient dans une autonomie, le remettre dans un lieu de vie en fonction de ses capacités qu'il faut évaluer et puis, il faut accompagner les équipes qui vont accueillir ces

personnes : faire des stages croisés avec des immersions de personnel non-médical dans des services de psychiatrie, pour qu'ils aient une meilleure compréhension de la maladie. Il faut changer les représentations des professionnels. De ce fait, ils accompagnaient mieux les patients quand ils étaient confrontés à des problèmes. Ce qui était important dans cette articulation, c'est que l'équipe du foyer gardait les places des personnes même si elles devaient faire un petit séjour en hospitalisation ; il y a eu un engagement réciproque de la continuité. Ces patients pouvaient ensuite retourner là-bas après leur hospitalisation. »

Ce travail en réseau semble d'autant plus important dans la psychiatrie infanto-juvénile, les pathologies pédopsychiatriques prises en charge en CMP impliquant un travail en collaboration avec une multitude d'acteurs médicaux, médico-sociaux ou éducatifs. Certains des experts interrogés insistent sur la complémentarité des professionnels s'occupant d'enfants et l'enrichissement d'une santé mentale communautaire.

Aujourd'hui, le médecin généraliste a un rôle plus important qu'auparavant dans le suivi, le repérage et la prévention des pathologies psychiatriques. Cela implique que ces médecins développent leurs connaissances sur la psychiatrie et sur le réseau de professionnels qu'elle implique. Pour les experts interrogés, cette évolution du travail du médecin généraliste doit s'accompagner de formations à la psychiatrie ; pour l'un d'entre eux, des équipes mobiles de psychiatrie pourraient permettre un accompagnement durable sur le terrain de ces généralistes, afin qu'ils orientent leurs patients vers les bonnes structures de prise en charge (hospitalisation, CMP...).

De graves déficits de psychiatres dans certains territoires

Notre région est en manque de médecins, de nombreux postes restent vacants dans les hôpitaux ; cette situation a été décrite par la totalité des experts interrogés.

« A l'époque des années 2000, nous ne manquions pas vraiment de psychiatres ; nous arrivions à recruter, donc les choses paraissaient plus tranquilles pour l'organisation du travail. Aujourd'hui cela s'aggrave d'année en année, nous avons un gros manque de médecins. Je dirais que cela s'est particulièrement aggravé depuis 3 ou 4 ans ; il y a eu une sorte d'accélération. »

La diminution des effectifs de psychiatres peut s'expliquer par un manque d'attraction pour cette spécialité médicale et une limitation importante du nombre d'étudiants admis en études de médecine. En effet, depuis 1971, la France a mis en place un *numerus clausus* pour les études de santé. Toutefois, les experts interrogés de la psychiatrie ont tendance à juger ce nombre insuffisant face à la demande actuelle. Il existe une pénurie de médecins, qui s'est d'autant plus ressentie dans la psychiatrie :

*« On a connu une sous-médicalisation avec l'histoire des *numerus clausus* et la psychiatrie n'était pas forcément une spécialité prisée. »*

Parallèlement à cette réduction du *numerus clausus*, certains psychiatres partent en retraite et ne sont donc plus forcément remplacés dans leurs services. Les personnes interrogées insistent sur le fort taux de vacance de postes, qui a des conséquences sur le métier des médecins :

« Parfois, les médecins vous diront qu'ils marchent un peu sur la corde raide parce qu'il y a des files actives qui sont de plus en plus importantes ; on a des moyens qui ne sont pas à la hauteur des réponses que pourraient attendre les patients. De ce fait, on a des situations qui échappent et la prise en charge n'est pas satisfaisante. »

Les territoires des Hauts-de-France ne sont pas égaux face à ce manque de médecins, bien que la réduction des effectifs médicaux soit dénoncée par tous les experts interrogés ; plusieurs soulignent, par ailleurs, les inégalités territoriales de répartition des psychiatres, liées à l'attractivité des établissements et, aussi et surtout, au lieu où ils sont implantés. En règle générale, les experts pointent du doigt les déserts médicaux, souvent à distance des grandes villes, et particulièrement de la Métropole européenne de Lille. Les conditions de vie autour de certains centres hospitaliers contribuent à leur faible attractivité, surtout auprès des jeunes diplômés, qui n'ont pas d'obligation à travailler dans un secteur en particulier :

« Alors, là aussi, il y a une mauvaise répartition dans les régions. Dans le Nord - Pas-de-Calais, la Faculté de Lille est la deuxième pour son nombre d'internes formés, mais il n'y a pas une répartition équitable sur l'ensemble du territoire français. Il y a tendance à en avoir plus dans les gros établissements dans les grandes villes. Mais les Hauts-de-France, par rapport à d'autres régions de France, n'est pas totalement déséquilibré, comme la région du Centre par exemple. Quand on part dans une zone assez excentrée de la région, s'il n'y a pas des services publics aussi en termes de trains, des loisirs, d'emplois et des écoles, les gens ne veulent pas y aller. »

Certains vont plus loin, en parlant de l'image, positive ou négative, d'un établissement, image qui peut avoir un impact sur le choix d'y travailler ou non. Pour eux, le manque de ressources humaines entre en ligne de compte dans l'image que l'on se fait d'un établissement et cela a des conséquences sur la venue ou non de nouveaux médecins.

« On peut dire qu'il y a un effet boule de neige : s'il y a moins de médecins dans notre établissement, il en viendra moins ou il faudra les payer très cher, faire de l'intérim ou chercher des médecins qui viennent d'ailleurs. Par contre si notre hôpital a une bonne ambiance et des bonnes conditions de travail, on devient un hôpital recherché et donc les médecins viennent à nous facilement. »

Face à ce constat, certains établissements avec des nombres élevés de postes budgétés mais vacants mettent en place des stratégies pour attirer de nouveaux médecins. C'est sur les internes et les projets de recherche innovants qu'il faudrait miser pour retrouver des effectifs suffisants. Durant leurs études, les futurs psychiatres doivent réaliser plusieurs stages dans divers établissements ; ce moment est crucial, dès lors qu'il peut conduire au recrutement d'un jeune psychiatre qui a appris à connaître et à apprécier le cadre de travail et son environnement.

« Alors la meilleure façon de sensibiliser des psychiatres à venir [dans des services en manque de psychiatres et souvent dans des villes peu attractives], c'est de faire venir les jeunes psychiatres dès leur cursus de formation. »

Le recours aux médecins intérimaires, venant de l'étranger ou travaillant dans des structures privées est aussi utilisé dans certains hôpitaux disposant de ressources médicales insuffisantes ou en situation d'urgence, par exemple lors d'hospitalisation sous contrainte. Quelques experts nous indiquent que cette solution n'est pas toujours la plus pertinente ni adaptée : ces médecins sont peu familiarisés avec les lieux d'exercice et ses habitants ; ils sont peu attachés à la ville d'implantation de l'hôpital et connaissent peu les partenaires et structures mobilisables dans les alentours.

Dans certains territoires, l'offre privée vient concurrencer les établissements publics, ce qui a un effet sur les ressources humaines de ces services. De nombreux psychiatres ou personnels soignants peuvent être tentés de travailler dans des structures privées, tout aussi proches que les établissements publics, qui sont parfois décrits par les experts interrogés comme un exercice plus confortable pour les praticiens : présence de patients moins violents que dans le public, les soins toujours libres (les cliniques privées n'ont pas qualité à prendre en charge des patients sans consentement) et bien souvent, patients qui ne sont pas suivis par des professionnels de l'établissement après leur sortie d'HTP. De plus, les médecins peuvent décider de s'installer en exercice libéral ; ce choix est souvent observé dans les grandes villes de la région telles que Lille, où une forte concentration est observée, tandis que l'offre libérale est peu représentée dans les villes en périphérie¹³. Les experts interrogés nous indiquent que ce problème est souvent observé en France et qu'il faudrait envisager de contrôler l'installation libérale, afin de réduire les inégalités régionales et territoriales ainsi que les déserts médicaux.

Le développement de l'offre privée sur notre territoire peut encourager le partenariat et l'entraide entre les établissements publics et privés, en mettant en place de nouveaux schémas d'organisation où deux structures proches vont s'associer pour développer leurs activités et combler leurs lacunes.

¹³ <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11772.pdf>

« Il peut y avoir des schémas un peu originaux qui vont se créer avec une articulation privé/public dans des endroits socio-démographiquement difficiles. »

Le manque de médecins et de personnels soignants se ressent dans les services de psychiatrie de la région ; pour certains de nos interlocuteurs, la sous-dotation en personnel augmente considérablement le travail que doivent réaliser les professionnels présents :

« C'est qu'on a derrière une baisse de l'activité et du nombre de professionnels. Parfois, les médecins vous diront qu'ils marchent un peu sur la corde raide parce qu'il y a des files actives qui sont de plus en plus importantes ; on a des moyens qui ne sont pas à la hauteur des réponses que pourraient attendre les patients, de ce fait, on a des situations qui échappent et la prise en charge n'est pas satisfaisante. Vous pouvez voir la même problématique pour la MCO ; les professionnels parlent surtout des manques de moyens dans les urgences. »

Ce manque de moyens humains a, bien souvent, des conséquences sur les délais d'attente et le déroulement des soins : plusieurs mois parfois avant d'avoir un premier rendez-vous en CMP. Par ailleurs, la durée des consultations est réduite.

« Oui, on peut avoir un temps d'attente augmenté pour rencontrer un médecin. Le médecin doit travailler plus vite. Là où on aimerait avoir une demi-heure pour un patient adulte, on va mettre 10 minutes. Là où on voudrait une heure pour recevoir un enfant ou un adolescent et sa famille, on va avoir 30 minutes. »

Pour les professionnels interrogés, ce manque de psychiatres et ses conséquences impliquent une réorganisation du travail, où le personnel soignant non-médical (infirmiers, psychologues...) aurait un rôle plus important qu'aujourd'hui.

« Ce n'est pas seulement une question de moyens, il faut aussi revoir l'organisation. Dans l'ex-région du Nord - Pas-de-Calais, quand on entre dans les soins, on nous fait rencontrer un infirmier ou un travailleur social aguerrri. Dans le but que le premier contact soit plus rapide, on ne va pas lui dire de revenir dans 6 mois, sinon il arrête avant d'avoir commencé les soins. Ce personnel aguerrri va faire le premier contact et si elle voit une urgence, elle va le dire directement au médecin. Mais il y a des territoires où ce n'est pas encore le cas ; le psychiatre veut voir les patients à la première rencontre, donc il y a un délai d'attente de 6 mois pour entrer dans le soin. »

Des ressources financières jugées insuffisantes

Contrairement à la majorité des services de Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qui sont financés à l'activité (T2A), la psychiatrie publique ou privée à but non-lucratif dispose d'une dotation annuelle de financement ; elle est fixée par l'Agence régionale de santé. L'objectif quantifié national (OQN) concerne uniquement les cliniques privées à but lucratif. En règle générale, les experts interrogés estiment que ces financements sont stables ou baissent légèrement d'année en année, bien que précédemment, nous ayons pu noter une stabilité des montants de la DAF depuis 2013, aux alentours de 830 000 000 d'euros par an dans les Hauts-de-France. Les professionnels interrogés parlent d'une pression de plus en plus forte et constante de la part des dirigeants à faire des économies dans la psychiatrie, comme dans toutes les disciplines médicales. Parfois, selon eux, dans les hôpitaux généraux où la pression budgétaire est forte, les moyens financiers de la DAF pour la psychiatrie peuvent être utilisés pour « soutenir les déficits des autres disciplines médicales » de l'hôpital depuis l'instauration de la T2A.

Les politiques publiques en termes d'aide financière ont beaucoup aidé la psychiatrie régionale ; les anciens ministres des solidarités et de la santé, Martine Aubry et Xavier Bertrand, attachés à la région des Hauts-de-France, ont mis en place des péréquations interrégionales en termes de budgets des hôpitaux entre 1997 et 2005. Les anciennes régions (Nord - Pas-de-Calais et Picardie) qui composent aujourd'hui les Hauts-de-France ont pu bénéficier d'une somme supplémentaire octroyée par l'État. L'un des experts interrogés évoque une enveloppe annuelle de 250 millions de francs en plus de la DAF tous les ans pour notre région. Avec cette aide financière, la région Nord - Pas-de-Calais a décidé, à cette époque, de définir trois priorités régionales en termes de santé ; la psychiatrie a vite été choisie comme l'une d'entre elles :

« C'est que 2000 ça correspond au début de la mise en œuvre du nouveau schéma régional d'organisation des soins. Du coup, il y a eu beaucoup d'argent apporté à la psychiatrie à ce moment-là. Cet argent était destiné à rééquilibrer et réhumaniser la psychiatrie.

La rééquilibrer pour qu'elle se rapproche du niveau national, le Nord - Pas-de-Calais était beaucoup moins bien doté que d'autres régions en France, en termes de nombre de postes de soignants. C'est aussi la conjonction économique qui nous l'a permis, car c'était la période Martine Aubry au Ministère ; cela a favorisé la région au niveau des soins. Et l'Agence régionale de l'hospitalisation avait priorisé la psychiatrie dans la région.

Il y a aussi eu des projets architecturaux pour la réhumanisation de la psychiatrie. Avant les années 1990, c'était la psychiatrie soit asilaire, soit d'hôpital général, c'étaient des conditions d'hébergement pas terribles avec des grandes salles communes, des bâtiments vétustes. Donc maintenant, beaucoup d'hôpitaux ont évolué, se sont rajeunis et se sont améliorés.

Il y a aussi eu une révision de l'organisation du service d'urgence et une ébauche du parcours du patient avec la création de certains CMP et d'accueils d'urgence.

On est passé d'une psychiatrie assez institutionnelle, très intra-hospitalière à des structures qui permettaient de faire le virage ambulatoire plus facilement. Ce qui explique que le Nord - Pas-de-Calais soit une région où on est à 80% d'activité extrahospitalière, à 20% d'activités intra-hospitalière, ce qui est pas mal par rapport à la moyenne nationale et qui montre bien la tendance dans laquelle on s'est déployé.

Il y a un changement important, en sachant que le financement permet ce changement. »

Les critères pour décider de l'attribution des ressources sont difficiles à définir ; les déterminants de santé sont rarement pris en compte.

« C'est aussi à nous de ramener une sorte de vérité, donc, j'ai essayé de faire des ratios par rapport à la population, mais on ne peut pas dire que les besoins sont les mêmes. Entre une population qui est plus favorisée sur le plan financier et qui a accès à la psychiatrie privée et une population qui est plus démunie, qui n'a pas de ressources et pour qui la notion de soins est abstraite, il y a vraiment un monde et on ne peut pas considérer que ces personnes nécessitent le même degré d'implication, donc la même nécessité d'encadrement des soins.

C'est difficile de répartir les ressources. Ce n'est pas facile de donner des moyens comme cela, même si on savait chiffrer exactement quels étaient les besoins avec des indicateurs économiques à la clé, on risquerait aussi de mettre des équipements là où ils ne serviraient pas, très paradoxalement. Il faut vraiment doser ça avec beaucoup de doigté et puis répondre aux demandes au cas par cas, pour voir si les consultations sont saturées en temps. »

Les experts interrogés ont estimé que les moyens financiers dont dispose la psychiatrie ne sont pas suffisants ni adaptés à ses activités. Pour eux, le virage ambulatoire et la fermeture des lits HTP ne signifient pas une économie pour la discipline, bien au contraire.

« C'est vrai qu'aujourd'hui c'est très compliqué, les pouvoirs publics ont trop tendance à juger l'activité de la psychiatrie à son nombre de lits d'hospitalisation, alors que cela va complètement à l'envers : on ne doit plus juger en termes de journées d'hospitalisation et de lits d'HTP, car on décide de les réduire, par contre la mesure de l'activité psychiatrique doit suffisamment prendre en compte tout ce qui touche à l'activité ambulatoire. Si on se contente de regarder les effectifs de lits d'hospitalisation, on perd tout un pan de l'activité et on ne valorise pas suffisamment ce que font les professionnels. [...] Quand on est en hospitalisation nous avons du personnel qui peut s'occuper de plusieurs patients en même temps, à l'extérieur les choses sont différentes... Il faut donc plus de professionnels dans l'ambulatoire, car quand on voit quelqu'un, on ne voit pas quelqu'un d'autre. Toutefois, la prise en charge hospitalière est une prise en charge qui coûte relativement cher, dans la mesure où il y a à la fois le personnel, mais aussi l'entretien du bâtiment et des installations, ce qu'on n'a pas ou peu en ambulatoire. Souvent, en CMP, c'est une maison et des bureaux. En

ambulatoire, il faut avoir des moyens en personnel, car souvent réinsérer la personne implique de l'accompagner et cela peut prendre du temps. Avant de décider de la prise en charge adaptée, il faut évaluer le degré de la maladie... »

Les services de psychiatrie sont financés par dotation annuelle, ne prenant actuellement pas en compte la nature ni le volume de leur activité ; les professionnels n'ont pas forcément conscience que son codage est important pour la valoriser.

« Peut-être que les professionnels de psychiatrie ont une part de responsabilité, dans la mesure où on leur demande de saisir leur activité, mais peut-être qu'eux pensent avoir autre chose à faire que compléter ces registres. De ce fait, il y a un manque de valorisation de l'activité des professionnels de la psychiatrie par un manque de saisie de cette activité. Je pense que c'est quelque chose qui nécessite d'être développé [la saisie de l'activité dans des bases de données], pouvoir valoriser cette activité psychiatrique à sa juste valeur. Cela, c'est vraiment un challenge important, c'est un problème variable, il y a des services dans lesquels ces activités sont super bien informées, d'autres sont moins bien renseignés. Donc c'est très inégal et comme c'est « personne-dépendant », parfois cela peut être gênant surtout en termes de valorisation de l'activité à juste mesure. »

Les experts décrivent le travail de codage comme simple à réaliser et mis en place depuis longtemps dans les services ; pour eux chacun devrait déjà avoir pris l'habitude de renseigner son activité correctement. Toutefois, certains médecins décrivent cette obligation à coder comme une raison de l'augmentation du temps administratif, qui peut parfois être réalisé au détriment des patients. Dans un autre registre, les experts interrogés dénoncent le codage approximatif par certains professionnels et les frontières fines et floues entre les maladies, ce qui peut poser des problèmes pour le traitement des bases de données par la suite.

Finalement, quelques professionnels interrogés jugent le problème des moyens financiers moins lourds que celui lié aux ressources humaines dans la région.

« Actuellement, si vous me demandiez entre le problème financier et le problème humain, je vous dirais que le manque de personnel médical et de soignants est bien plus présent. »

« Moi, je trouve qu'en ce moment tout le monde demande des moyens, il y a des grèves pour cela... Mais en même temps, je trouve que des moyens il y en a, mais que c'est plutôt des gens qu'il manque. Par exemple, il y a des grands déserts médicaux dans notre région et aussi au niveau national. »

Une déstigmatisation en cours ?

La stigmatisation des personnes porteuses de troubles mentaux, mais aussi de ceux qui les soignent, constitue un obstacle important à l'accès aux soins, à la prise en charge et à l'inclusion des malades.

« Il y a une montée des préoccupations pour ce que les gens endurent en tant que victimes. Il y a une augmentation de la considération pour les victimes et leurs souffrances. Et donc il y a un souci plus grand pour ce qu'on appelle la stigmatisation des maladies mentales, car la stigmatisation est considérée comme étant une cause importante des souffrances de la personne et parfois elle est plus importante que celle de la maladie. C'est un peu pris dans les prismes de la société d'aujourd'hui. »

Les experts de la psychiatrie parlent d'un changement dans les mentalités : il y a une meilleure prise en compte de sa santé et une acceptation par la population d'aller voir des professionnels de la psychiatrie. Aujourd'hui, il serait plus facile pour un individu d'entamer les démarches pour se soigner. Cela est dû à la libération de la parole ; en parlant autour d'eux du trouble mental ou du parcours de soins d'un membre de leur famille ou d'un ami, les proches déstigmatisent les psychiatres et les maladies psychiatriques. L'un des experts parle d'une meilleure visibilité de l'offre de soins, facilitée par le bouche-à-oreille et une déstigmatisation de certains lieux, qui ne sont plus forcément vus comme « des hôpitaux pour les fous » :

« On a aussi une meilleure acceptation par la population d'aller voir un psy, c'est plus facile, on ne se pose plus autant de questions. Ce qu'on ne montrait pas avant, maintenant on peut le faire plus

facilement parce que nos proches l'ont fait aussi et qu'ils nous en ont parlé. [...] En tout cas pour la pédopsychiatrie, il y a une très bonne visibilité. Pour la psychiatrie adulte, moi, je trouve que ça a aussi évolué positivement. Regardez, ici le CMP a été construit dans une maison ; donc de l'extérieur c'est un endroit comme un autre, ça a été pensé comme cela aussi. »

Le travail de déstigmatisation peut aussi passer par un rafraîchissement des lieux de soins qui sont parfois réhabilités pour entamer une prise en charge. Lorsque cette réticence est couplée à la honte que peuvent ressentir les individus face à leur diagnostic de maladie psychiatrique, certains patients ne se soignent pas ou consultent tard les professionnels de santé :

« La prévention, ça passe par une déstigmatisation : dans une schizophrénie, c'est une pathologie qui fait peur, c'est une pathologie honteuse. [...] En plus, on sait maintenant que plus on consulte tard, plus il y a de risques d'enkystement de la maladie. Et qu'il faut une continuité de la prise des médicaments, il ne faut pas les arrêter dès qu'on va mieux. »

Pour les experts interrogés, la déstigmatisation de la maladie mentale et de la psychiatrie passe aussi par des événements pour sensibiliser la population à la santé mentale : plus la population comprend les troubles, moins elle va stigmatiser les patients qui en sont touchés. Finalement, les événements culturels peuvent faire changer le regard de la population sur la maladie et donc participer à ce processus de déstigmatisation. Par exemple, les films qui permettent de comprendre certains troubles, comme le film *Rain Man* qui parle de l'autisme.

La déstigmatisation passe également par la libération de la parole des patients, l'expression de leur vécu. L'augmentation des témoignages de patients ou de leurs proches permet aux professionnels de la santé de comprendre comment la prise en charge est perçue des deux côtés.

« Je crois que les choses bougent ; on essaye de travailler davantage avec les associations de patients, qu'on considère comme des partenaires, des gens qui nous aident à mieux travailler. [...] On a directement des témoignages sur la façon dont les patients sont accueillis, comment les familles sont accueillies, comment est transmise l'information, comment est organisée la sortie. On voit les manques et les défauts du système ; on connaît quels sont les points à améliorer. [...] Aujourd'hui, tout peut être interrogé, non seulement par des instances comme par les contrôleurs généraux de privation des libertés, mais aussi par les associations d'usagers comme l'Unafam, dans les comités éthiques »

La participation des patients peut aussi se faire sous la forme de groupes d'entraide ou de pair-aidance. Aujourd'hui, certains anciens patients ont un rôle de médiateurs dans le parcours de soins de nouveaux patients en psychiatrie qu'ils aident et soutiennent durant leurs soins. Ces pairs-aidants travaillent avec les patients mais aussi avec les psychiatres et les professionnels durant les soins. Ce rôle, de plus en plus actif, des anciens patients permet de déstigmatiser les patients de la psychiatrie, tout en promouvant l'entraide mutuelle entre les malades. Toutefois, cette pratique est encore marginale et la position des pairs-aidants au sein des services psychiatriques et face aux professionnels est encore contestée et floue.

Le développement significatif de la prévention des conduites suicidaires

En parallèle, les experts évoquent une importante mise en place de la prévention durant les années 2000. Dans la région des Hauts-de-France, la prévention est vite devenue une priorité, tout comme elle l'est au niveau national. Dès lors, l'un des experts indique que la prévention du suicide et des troubles de santé mentale dès le plus jeune âge ont fait l'objet d'une réflexion dans le cadre du Schéma régional d'organisation des soins (Sros). Pour les experts interrogés, dans les années 2000, la représentation que l'on a du suicide change ; le suicide n'est plus considéré comme un acte sur lequel les professionnels ne peuvent pas agir :

« On le voit par exemple avec la prévention du suicide ; avant ce n'était même pas un sujet. En psychiatrie, c'était la fatalité... Avant on disait qu'on ne pouvait rien faire ; donc les suicides dans les EPSM, ça culpabilisait un peu l'équipe mais... La notion de prévention était totalement étrangère à la pratique de la psychiatrie. Le repérage du risque suicidaire, c'est récent. C'était un sujet tabou,

si on en parle, on risque de le provoquer, même pour les psychiatres. Donc il n'y avait aucune prévention avant 2000. Le suicide était un peu une fatalité. C'était exceptionnel qu'une famille dise "mais qu'est-ce que vous n'avez pas fait ?". Cela s'accompagnait aussi de pensée comme : "Maintenant il va mieux", il y avait un consensus autour du suicide. On a été en retard par rapport à nos voisins européens, où la prévention n'est pas forcément arrivée avant mais elle était plus sérieuse.

Tout cela ça vient aussi de l'urgence de la situation. Dans les années 90, on a mis de l'argent sur l'urgence, on a mis des psychiatres à l'urgence. Avant 1990, s'il y avait un patient qui était repéré, on l'envoyait directement à l'EPSM. Là-bas, il n'y a pas vraiment de service médical. Maintenant, il faut que quand quelqu'un rentre à l'hôpital, il y ait une évaluation médicale : cela a changé. »

Deux programmes de prévention ont été mis en œuvre dans la région, puis généralisés à la France entière : Papageno et Vigilans. Pour aller plus loin, certains experts interrogés nous ont parlé du paradoxe présent autour de la psychiatrie. En règle générale, la population a tendance à demander toujours plus de liberté et de préservation des droits des patients, de briser les murs étroits des hôpitaux et de ne pas recourir en excès aux hospitalisations et aux soins sans consentement. Toutefois, lors d'un évènement négatif ou violent impliquant un patient ou un ancien patient relevant de la psychiatrie, une forte demande sécuritaire s'exprime. Des voix s'élèvent souvent pour dénoncer le supposé laxisme des professionnels médicaux et de l'État. Cette demande de sécurité de la population semble s'accompagner, selon certains experts, d'une hausse des hospitalisations sous contrainte. Finalement, les experts indiquent que de nombreuses lois ont été mises en place ces dernières années pour respecter les libertés propres aux patients ; il est très important de les mettre en œuvre dans cette spécialité médicale la psychiatrie étant l'une des disciplines qui peut priver le patient de certaines libertés et l'obliger à se soigner.

« Et puis, il y a une prise de conscience des droits aussi, puisque petit à petit, au niveau national, on se rend compte que contenir, enfermer et isoler les personnes ce ne sont pas des choses qui cadrent très bien avec ce qu'on peut imaginer d'une pratique médicale. »

Synthèse et conclusion

Les 20 premières années du 21^e siècle sont marquées par de nombreuses évolutions significatives, observables dans les bases de données mobilisées pour l'étude et/ou soulignées par les experts interrogés (en psychiatrie, sociologie et santé publique).

Les Hauts-de-France connaissent une situation socio-économique défavorable, très variable cependant selon les territoires. Par ailleurs, l'évolution globale de la richesse produite en région a profité de façon très inégale à ses habitants, selon les territoires et la précarité que connaît une partie d'entre eux contribue à une souffrance sociale et psychique qui peut se traduire en anxiété et dépression par exemple ; les troubles mentaux, à leur tour, peuvent compromettre l'inclusion sociale. Les patients pris en charge dans les services de psychiatrie sont largement confrontés à des difficultés socio-économiques qui peuvent contribuer à un accès aux soins tardif et en urgence.

Les limites de cette étude sont à préciser. Le système régional d'information sur la psychiatrie est assez récent ; de nombreux indicateurs ne sont disponibles que depuis une dizaine d'années, empêchant parfois de rendre compte d'évolutions depuis le début du siècle. Nous n'avons par exemple pas accès aux données sur le nombre de psychiatres ou sur les dotations des services de psychiatrie avant 2007. D'autre part, les données sont issues d'enquêtes, administratives pour la plupart, dont la qualité n'est pas garantie. Enfin, les files actives des départements et régions sont calculées en additionnant celles des établissements qui y sont implantés ; or, dans les zones urbaines notamment, un patient peut être pris en charge dans différents établissements la même année, d'où de possibles doubles comptes.

Le début du siècle connaît une hausse importante du nombre de cliniques privées de psychiatrie implantées dans les Hauts-de-France ; leur nombre fait plus que doubler, passant de 6 à 13, ainsi que l'effectif des Espic ayant une activité en psychiatrie (de 6 à 10) ; le nombre de lits du secteur privé augmente de 90% entre 2000 et 2017. Ces créations interviennent alors que diminue le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein dans le secteur public. Au total, une nette baisse de ce type de lits est enregistrée, plus rapide en région (-18%) qu'en France entière (-11%) ; plus de 1000 lits sont fermés depuis le début du siècle. Logiquement, le total des journées d'hospitalisation à temps complet enregistrées dans le service public diminue (-15%), mais pas le nombre de séjours (+6%), d'où une baisse de la durée moyenne d'hospitalisation (28 jours en 2017). Quand ils sont hospitalisés, les patients le sont donc un peu plus souvent, mais pour des durées plus courtes.

Des places à temps partiel se créent (+24% pour l'ensemble des Hauts-de-France), mais leur nombre reste très limité par rapport à l'offre à temps complet.

Le nombre de patients pris en charge dans les services de psychiatrie augmente de 17% entre 2008 et 2017, toutes formes de prise en charge confondues, alors que l'ambulatoire occupe une place toujours plus importante et que de plus en plus de patients sont pris en charge sans connaître d'hospitalisation (+37%). Le volume d'activité ambulatoire, en CMP ou en unité de consultation, fait un bond de 20% durant ces mêmes années.

Autre indicateur des troubles mentaux, l'exonération pour affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) connaît une hausse très marquée de ses bénéficiaires (+61%) entre 2008 et 2017. Il est à souligner cependant qu'il existe de fortes variations dans l'accès à cette exonération, selon les médecins et les Caisses d'assurance-maladie, ce qui limite la pertinence de cet indicateur.

Le virage ambulatoire de la psychiatrie se poursuit donc depuis le début du siècle, avec une hausse substantielle du nombre de personnel non-médical (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux ...) des services de psychiatrie (+15%) et, plus limitée, du nombre de psychiatres (+5%).

Entre 2008 et 2013, le nombre de soins sans consentement augmente fortement dans les Hauts-de-France (+48%) ; depuis lors, le chiffre reste stable (environ 8100 mesures par an), mais les Soins psychiatriques pour péril imminent occupent une place croissante parmi les soins non libres, sans doute pour des raisons plus administratives (un certificat médical est nécessaire, contre 2 dans le cas de soins à la demande d'un tiers) que médicales. Cette dernière évolution avait déjà été soulignée au niveau national [3].

Dans l'ensemble, qu'ils exercent comme salariés (c'est le cas de 72% à titre exclusif) ou comme libéraux, les psychiatres sont de plus en plus nombreux dans les Hauts-de-France (près d'un millier en

2019 (+36% depuis 2007) ; cette hausse est à relier à l'augmentation du nombre d'internes formés à cette spécialité (une cinquantaine d'entrants en internat de psychiatrie chaque année dans les Hauts-de-France), surtout à l'Université de Lille, celle d'Amiens peinant semble-t-il, depuis 2017, à attirer des étudiants non régionaux.

Les psychiatres sont plus nombreux, mais ils sont mal répartis : les libéraux se concentrent dans les zones urbaines, tout particulièrement celle de Lille, et les praticiens hospitaliers privilégient également les zones urbaines proches des métropoles ; au fur et à mesure qu'on s'en éloigne, le taux de vacance des postes médicaux tend à croître dans les établissements de santé.

Dans les Hauts-de-France, les ressources financières allouées aux services de psychiatrie restent stables entre 2010 et 2018 (+4%, soit moins que le glissement vieillesse-technicité) et ne suivent pas l'évolution des files actives, en hausse plus marquée.

Résumé des évolutions régionales et nationales

Tableau 2. Évolutions relatives des valeurs des indicateurs étudiés. Hauts-de-France et France.

	Indicateur	Page	Période	Évolution régionale*		Évolution nationale*	
[1]	Nombre de lits d'hospitalisation à temps plein	11	2000-2017	-17,6%	↓↓↓	-11,4%	↓↓↓
[2]	Nombre de places de prise en charge à temps partiel	15	2000-2017	+24,1%	↑↑↑	+10,8%	↑
[3]	Nombre d'actes ambulatoire des services	17	2008-2017	+19,6%	↑↑	+4,3%	≈
[4]	Nombre de soins sans consentement	20	2008-2017	+46,0%	↑↑↑	+44,0%	↑↑↑
[5]	Nombre de psychiatres dans les services	22	2008-2017	+5,5%	≈	+5,1%	≈
[6]	Nombre de personnel non-médical dans les services	24	2008-2017	+14,9%	↑↑	+17,0%	↑↑
[7]	Nombre de personnel travaillant dans des unités d'HTP	26	2008-2017	+6,3%	↑	+14,9%	↑↑
[8]	Ressources financières des services de psychiatrie (DAF)	28	2010-2019	4,4%	≈	+0,8%	≈
[9]	Nombre de patients pris en charge en service de psychiatrie	29	2008-2017	+17,4%	↑↑	+14,5%	↑↑
[10]	Nombre de patients traités exclusivement en ambulatoire	31	2008-2017	+37,3%	↑↑↑	+23,3%	↑↑↑
[11]	Nombre de patients hospitalisés à temps plein dans l'année	34	2008-2017	-0,9%	≈	-3,9%	≈
[12]	Nombre de patients hospitalisés au long cours	Erreur ! Signet non défini.	2008-2017	-51,4%	↓↓↓	-26,6%	↓↓↓
[13]	Nombre de psychiatres salariés et libéraux	38	2007-2019	+16,6%	↑↑	+8,6%**	↑**
[14]	Affections psychiatriques de longue durée	40	2008-2017	61,3%	↑↑↑	47,2%	↑↑↑
[15]	Nombre de décès par suicide	41	2000-2016	-25,9%	↓↓↓	-22,0%	↓↓↓

* Évolution	≤ -20%	[-20 à -10%[	[-10 à -5%[	[-5 à +5%[	[+5 à +10%[	[+10 à +20%[	≥ 20%
Symbole	↓↓↓	↓↓	↓	≈	↑	↑↑	↑↑↑

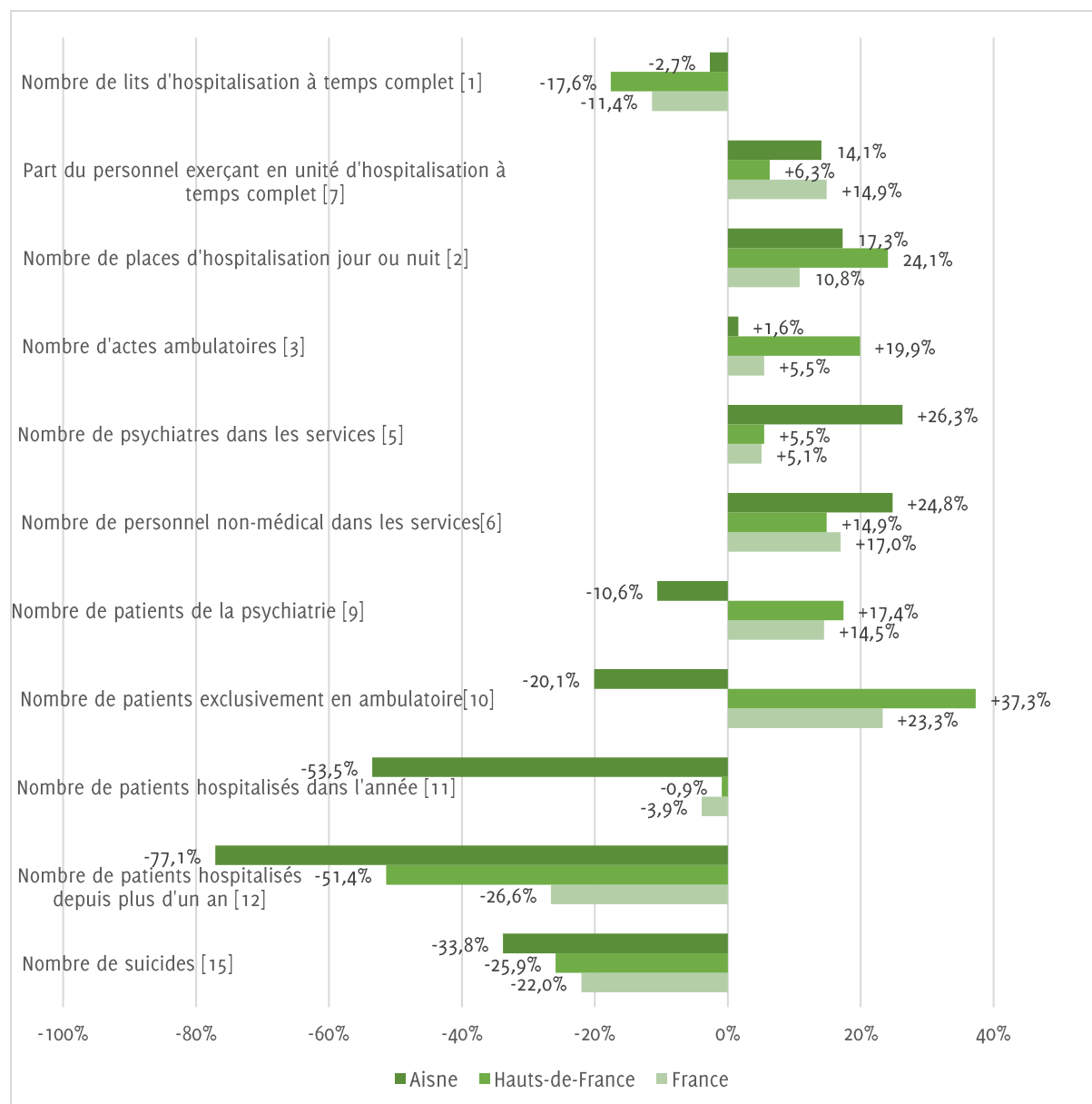
** à l'échelon national, évolution 2013-2018 de l'ensemble des psychiatres (remplaçants et retraités compris)

Synthèse par département

Dans les 5 pages qui suivent, les évolutions de 11 indicateurs du département étudié sont reprises et comparées à celles enregistrées dans les Hauts-de-France et la France.

Aisne

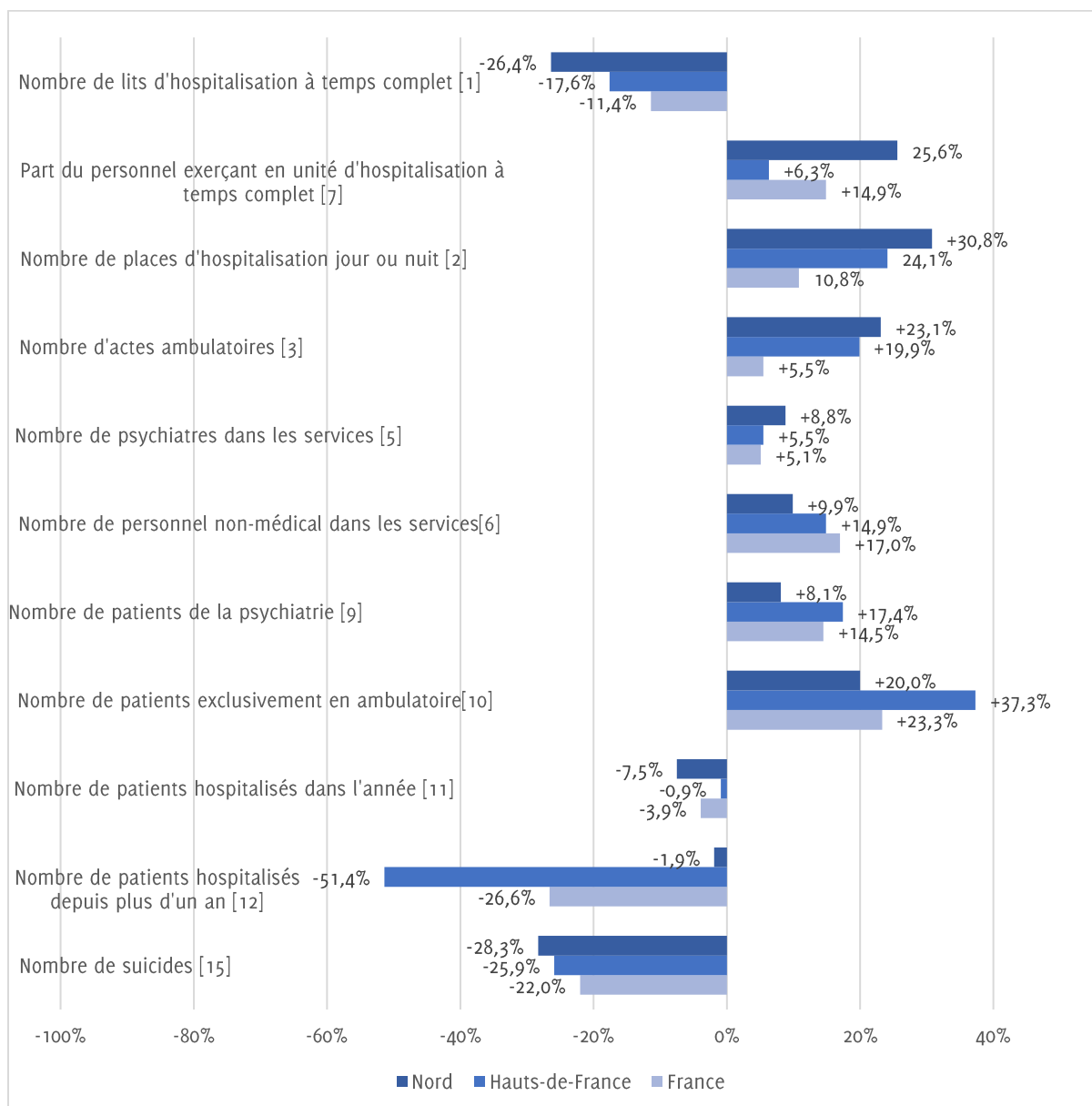
Figure 30. Évolutions relatives des indicateurs. France, Hauts-de-France et l'Aisne.



Source : SAE et CépiDc. Traitement : F2RSM Psy. Pour la définition des indicateurs, voir Tableau 2, p 57.

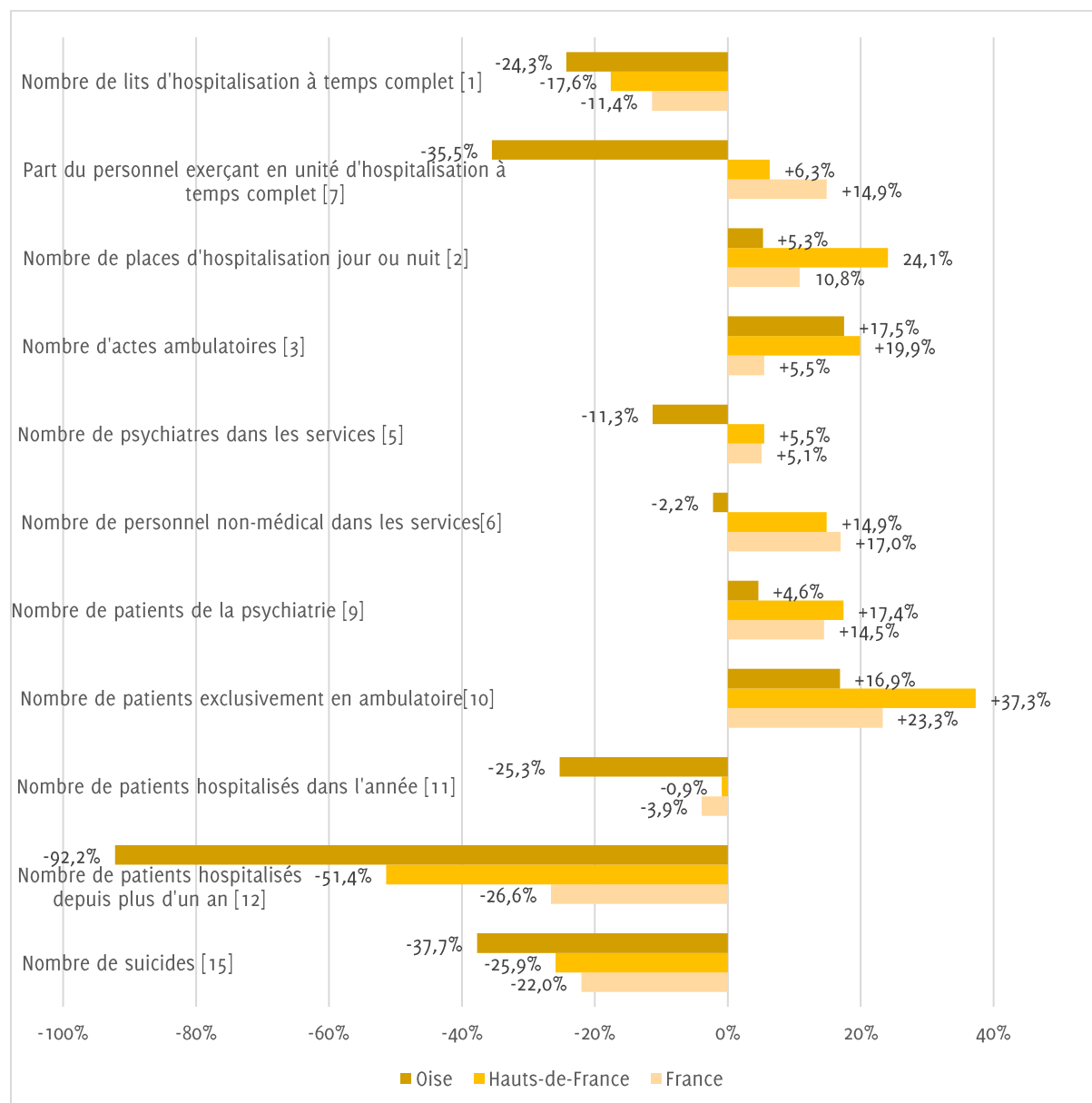
Nord

Figure 31. Évolutions relatives des indicateurs. France, Hauts-de-France et le Nord.



Source : SAE et CépiDc. Traitement : F2RSM Psy. Pour la définition des indicateurs, voir Tableau 2, p 57.

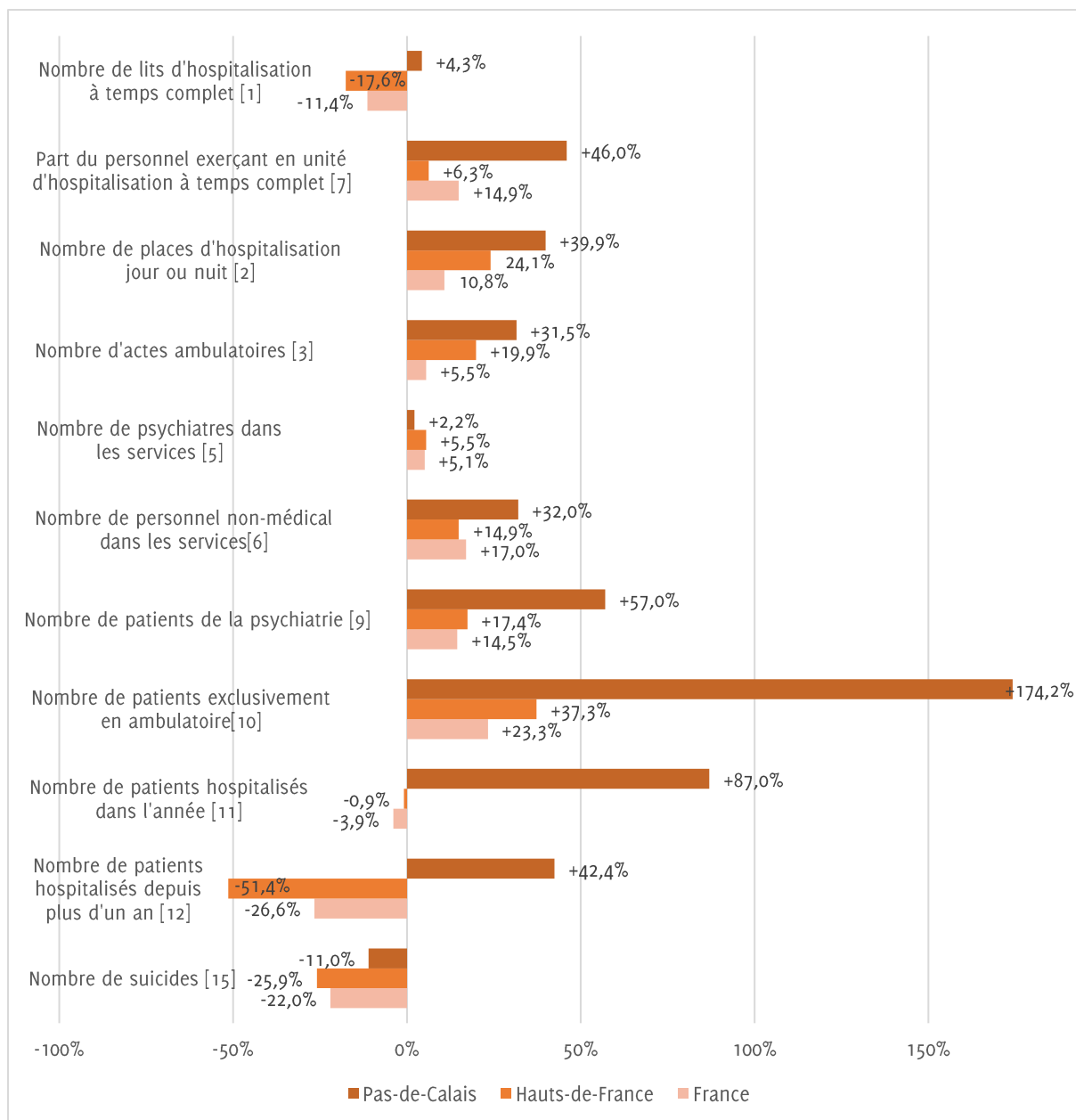
Figure 32. Évolutions relatives des indicateurs. France, Hauts-de-France et l'Oise.



Source : SAE et CépiDc. Traitement : F2RSM Psy. Pour la définition des indicateurs, voir Tableau 2, p 57.

Pas-de-Calais

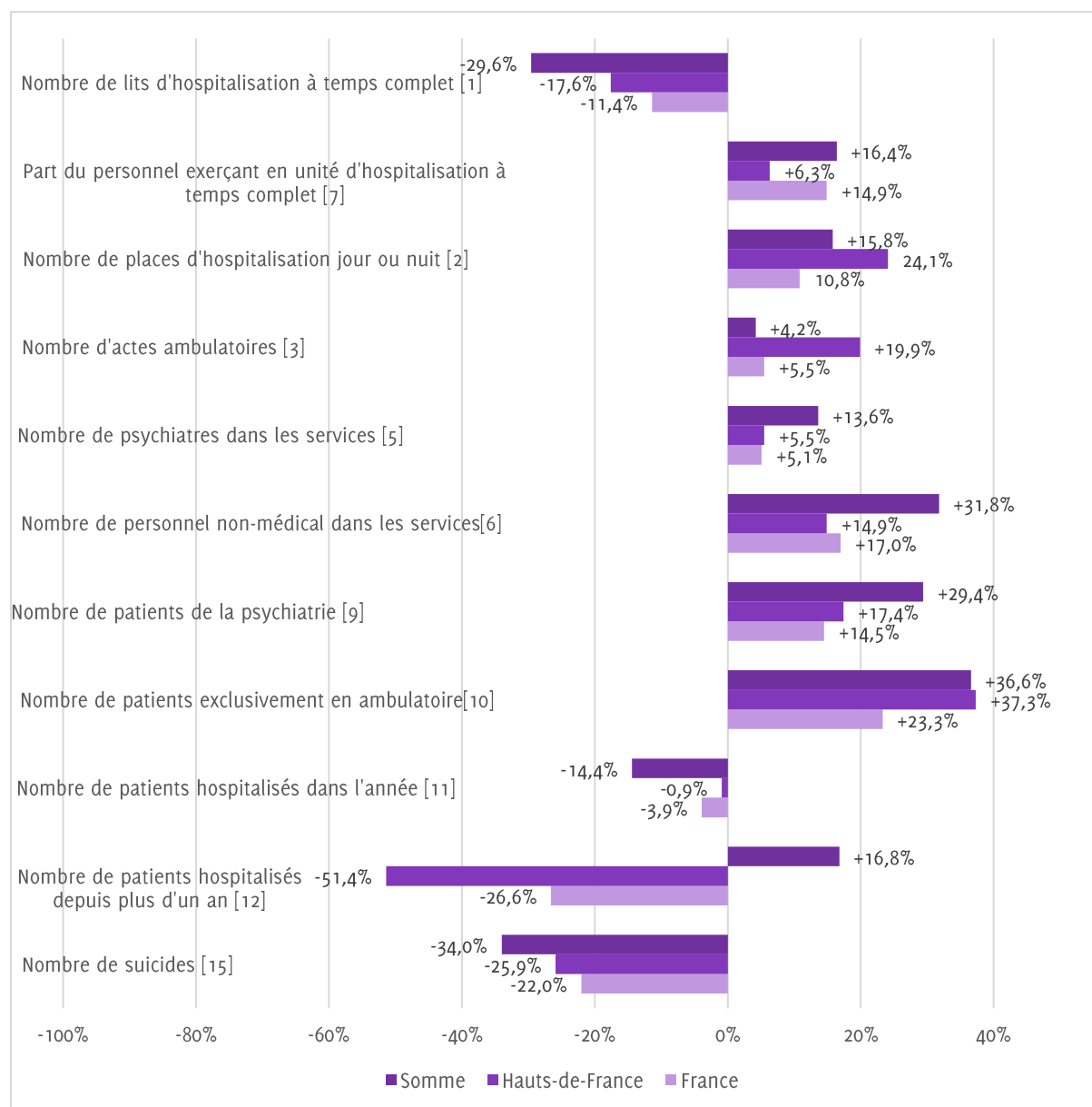
Figure 33. Évolutions relatives des indicateurs. France, Hauts-de-France et le Pas-de-Calais.



Source : SAE et CépiDc. Traitement : F2RSM Psy. Pour la définition des indicateurs, voir Tableau 2, p 57.

Somme

Figure 34. Évolutions relatives des indicateurs. France, Hauts-de-France et la Somme.



Source : SAE et CépiDc. Traitement : F2RSM Psy. Pour la définition des indicateurs, voir Tableau 2, p 57.

Annexes

Établissements de santé autorisés en psychiatrie dans les Hauts-de-France

Établissement	Localisation	Dép	Statut	Gestionnaire*
CH Saint-Quentin	Saint-Quentin	02	CH	
CH Cambrai	Cambrai	59	CH	
CH Denain	Denain	59	CH	
CH Douai	Douai	59	CH	
CH Fourmies	Fourmies	59	CH	
CH Saint-Amand-les-Eaux	Saint-Amand-les-Eaux	59	CH	
CH Sambre-Avesnois	Maubeuge	59	CH	
CH Somain	Somain	59	CH	
CH Valenciennes	Valenciennes	59	CH	
CHU Lille	Lille	59	CH	
CH Arras	Arras	62	CH	Groupe hospitalier Artois-Ternois
CH arrond. Montreuil	Rang-du-Fliers	62	CH	
CH Bapaume	Bapaume	62	CH	Groupe hospitalier Artois-Ternois
CH Boulogne-sur-Mer	Boulogne-sur-Mer	62	CH	
CH Calais	Calais	62	CH	
CH Hénin-Beaumont	Hénin-Beaumont	62	CH	
CH Lens	Lens	62	CH	
CH Abbeville	Abbeville	80	CH	
CH Montdidier	Montdidier	80	CH	CH intercommunal de Montdidier-Roye
CH Péronne	Péronne	80	CH	
Clinique Roseraie	Soissons	02	Clinique privée	Ramsay Santé
Clinique de l'Epinoy	Cambrai	59	Clinique privée	SAS Clinique de l'Epinoy/Clinipsy
Clinique de l'Escrebieux	Esquerchin	59	Clinique privée	Ramsay Santé
Clinique des Hauts-de-France	Louvroil	59	Clinique privée	Orpea/Clinéa
Clinique Lautréamont	Loos	59	Clinique privée	Orpea/Clinéa
Clinique Parc Monceau/Maison fleurie	Faches-Thumesnil	59	Clinique privée	Ramsay Santé
Clinique Schuman	Berlaimont	59	Clinique privée	Clinéa
Clinique Marie Savoie	Le Cateau-Cambrésis	59	Clinique privée	Orpea/Clinéa
Clinique Eugénie	Pierrefonds	60	Clinique privée	Ramsay Santé
Clinique des Oyats	Rang-du-Fliers	62	Clinique privée	SAS Clinique des Oyats/Clinipsy
Clinique du Littoral	Rang-du-Fliers	62	Clinique privée	SAS Clinique du Littoral/Clinipsy
Clinique du Virval	Calais	62	Clinique privée	SAS Clinique du Virval/Clinipsy
Clinique du Campus	Amiens	80	Clinique privée	SAS Clinique du Campus/Clinipsy
EPSM départementale de l'Aisne	Prémontré	02	EPSM	
EPSM de l'Agglomération lilloise	Saint-André-lez-Lille	59	EPSM	
EPSM Lille-Métropole	Armentières	59	EPSM	
EPSM de l'Oise	Clermont	60	EPSM	
EPSM Calmette	Camiers	62	EPSM	
EPSM des Flandres	Bailleul	62	EPSM	
EPSM du Val de Lys - Artois	Saint-Venant	62	EPSM	
CH Pinel	Dury	80	EPSM	
Clinique Sainte-Monique - Sainte-Marie	Saint-Quentin	02	Espic	Temps de vie
Clinique 4 cantons	Villeneuve d'Ascq	59	Espic	Fondation santé des étudiants de France
Hôpital Saint-Vincent de Paul	Lille	59	Espic	GHICL
Hôpital de jour Château Maintenant	Maubeuge	59	Espic	Afeji
Hôpital jour MGEN	Lille	59	Espic	MGEN
Nouvelle Forge	Montataire	60	Espic	
Centre Espoir et vie	Arras	62	Espic	Arev
Centre Saint-Exupéry	Vendin-le-Vieil	62	Espic	Ugecam
Clinique du Ryonval	Sainte-Catherine-les-Arras	62	Espic	Ugecam
Centre de psychothérapie Les Marronniers	Bully-les-Mines	62	Espic	Ahnac

** si distinct de l'établissement

Liste des sigles et acronymes

Ahnac	Association hospitalière Nord-Artois Clinique
ALD	Affection de longue durée
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CepiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
DAF	Dotation annuelle de financement
EPSM	Établissement public de santé mentale
Espic	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
HTP	Hospitalisation à temps plein
HP	Hospitalisation à temps partiel
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation nationale
Odam	Objectif de dépenses d'assurance-maladie
ONS	Observatoire national des suicides
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PNM	Personnels non-médicaux
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
Sros	Schéma régional d'organisation des soins
Ugecam	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance-maladie
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
Ugecam	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance-maladie
USP	Unité de soins psychiatriques

Bibliographie

- [1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Bureau des établissements de santé. Statistique annuelle des établissements de santé SAE 2017 - Aide au remplissage : définitions et consignes 2017. <https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr>.
- [2] Eurostat. Lits d'hôpital en soins psychiatriques n.d. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=fr&pcode=tps00047&plu gin=1>.
- [3] Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 2017:8.
- [4] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011.
- [5] Masson E. Ordonnance de placement provisoire et obligation de soin en psychiatrie de l'adolescent. EM-Consulte n.d. <https://www.em-consulte.com/article/257631> (accessed May 28, 2019).
- [6] ATIH. Les chiffres clés de la psychiatrie - France 2018. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2017.pdf (accessed June 6, 2019).
- [7] Plancke L, Amariei A. Les hospitalisations longues en psychiatrie. Rev Epidemiol Sante Publique 2017;65:9-16. doi:10.1016/j.respe.2016.10.058.
- [8] Eurostat. Mental health: how many psychiatrists in the EU? n.d. <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1>.
- [9] Plancke L, Bavdek R. Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie. La situation du Nord - Pas-de-Calais en France métropolitaine. Lille: F2RSM; 2013.
- [10] Assurance-maladie. Les affections de longue durée (ALD) n.d. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>.
- [11] Sécurité sociale. Les chiffres clés de la sécurité sociale 2017 2018. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_dss_2017_edition_2018_web.pdf (accessed June 24, 2019).
- [12] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bul Epidemiol Hebd 2011:497-500.
- [13] World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272448/WHO-MSD-MER-17.5-fre.pdf?ua=1> (accessed July 19, 2019).
- [14] CepiDc. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, 2016.
- [15] Desprat D. Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité. Actes du séminaire de recherche de la Drees et de la Dares. Drees; 2019.

Liens vers questionnaires, nomenclatures et sites employés

Site de diffusion de la base SAE

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

Questionnaire SAE 2012

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0082.pdf

Site de diffusion des bases produite par le CépiDc

<https://www.cepidc.inserm.fr/>

Site de diffusion des bases de prévalence des ALD de l'Assurance Maladie

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Aurélie Thève, je suis étudiante en deuxième année de master de sociologie des réseaux sociaux et du numérique à Lille¹. Durant mon stage de fin d'étude, je réalise une étude à la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale, sur l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale dans les Hauts-de-France depuis 2000.

Principales questions

Diriez-vous que la psychiatrie et la santé mentale des habitants de la région ont évolué depuis 2000 ?
Si oui, sur quels plans ? Conceptuel ? Organisationnel ? ...

Comment qualifiez-vous l'état de la santé mentale des habitants de notre région ? Avez-vous vu une évolution dans les pathologies dont sont atteints les patients d'aujourd'hui ?

Connaissez-vous des politiques publiques (nationales ou locales) qui régissent la prise en charge des patients en psychiatrie ? Quel est votre avis sur cela ?

Modalités de prise en charge, coopérations, parcours de soins

Qu'espérez-vous de la psychiatrie de demain ? Quels sont les changements que vous espérez voir dans l'avenir ?

Les ressources de la psychiatrie : matérielles (lits, places, capacités ...), humaines (personnel), financières

Finir l'entretien par des questions qui traitent du parcours de l'interviewé

Avez-vous des éléments à ajouter sur le sujet dont vous voudriez me parler davantage ?

Connaissez-vous des personnes qui pourraient être susceptibles d'apporter leur expertise sur ce sujet ?
Pouvez-vous me donner leurs coordonnées ?

Indicateurs supplémentaires

Une forte hausse des prises en charge à temps complet alternatives à l'hospitalisation à temps plein dans le privé

Définition de l'indicateur

Nombre de places à temps complet, alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. « Cet indicateur regroupe plusieurs modes de prise en charge à temps complet : placement familial thérapeutique, accueil en appartement thérapeutique, accueil en centre de postcure, accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences et hospitalisation à domicile.

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits. » [1]

Les autres formes de prise en charge à temps complet (familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de post cure, centre de crise et structure d'accueil des urgences et hospitalisation à domicile, cf. définition ci-dessous) se déroulent hors des services hospitaliers. La France possède 6 943 places à temps complet alternatives à l'HTP en 2017 ; ce nombre a diminué de 16,5% entre 2008 et 2017. La région des Hauts-de-France voit son nombre augmenter de 9 places entre 2008 et 2017.

Le secteur de la psychiatrie générale de la région connaît une stabilité du nombre de ses places à temps complet alternatives à l'HTP entre 2008 et 2017 (-0,6%, cf. Figure 35). En 2017, plus de 90% de ce type de places dans la région relèvent d'un établissement public. En 10 ans, on observe une diminution de 7% du nombre de lits dans le secteur public et une forte augmentation dans le secteur privé (+184,8%).

La psychiatrie infanto-juvénile connaît, au niveau régional, une augmentation du nombre de ses places à temps complet alternatives à l'HTP de +14,7% de 2008 à 2017. Le nombre de places pour les enfants et adolescents dans le secteur public diminue de 17,2% en 9 ans, tandis que le secteur privé voit son nombre de places rester faible et inchangé (15).

Entre 2008 et 2017, la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) connaît une diminution globale de son effectif de places à temps complet (hors HTP) que ce soit au niveau national (soit -12,8%) ou régional (soit -4,9%). La Somme connaît une forte diminution de son nombre de places à temps complet, avec une évolution de -38,9% (cf. Figure 36). Le Pas-de-Calais et l'Oise sont aussi sujets à une réduction de leur effectif à hauteur respectivement de 17,9% et 0,5%. L'Aisne et le Nord ont, quant à eux, ouvert 9 et 18 places supplémentaires dans ce laps de temps.

Le secteur privé connaît une augmentation globale de son effectif de lits d'hospitalisation à temps complet, au niveau national (soit 36,0%), mais surtout au niveau régional (soit 127,1%) et nous pouvons observer de fortes disparités départementales. Le Pas-de-Calais connaît une forte augmentation du nombre de lits alternatifs à l'HTP en psychiatrie privée, avec une évolution de +181,8% entre 2008 et 2017. Les autres départements de la région restent relativement stables durant ce laps de temps.

Entre 2008 et 2017, on constate dans le département de la Somme une forte diminution du nombre de lits alternative à l'HTP en psychiatrie, passant de 131 à 81 lits : bien que la psychiatrie générale voie son nombre de lits réduit de moitié, le secteur infanto-juvénile crée 10 lits dans le département. L'Oise reste stable durant ces 10 dernières années, son secteur général ne perd qu'un seul lit. L'Aisne gagne 4% de lits, avec la création de 10 lits supplémentaires dans la psychiatrie générale. Le département du Nord connaît une augmentation de 5,3%, avec l'apparition de 17 places supplémentaires en 9 ans.

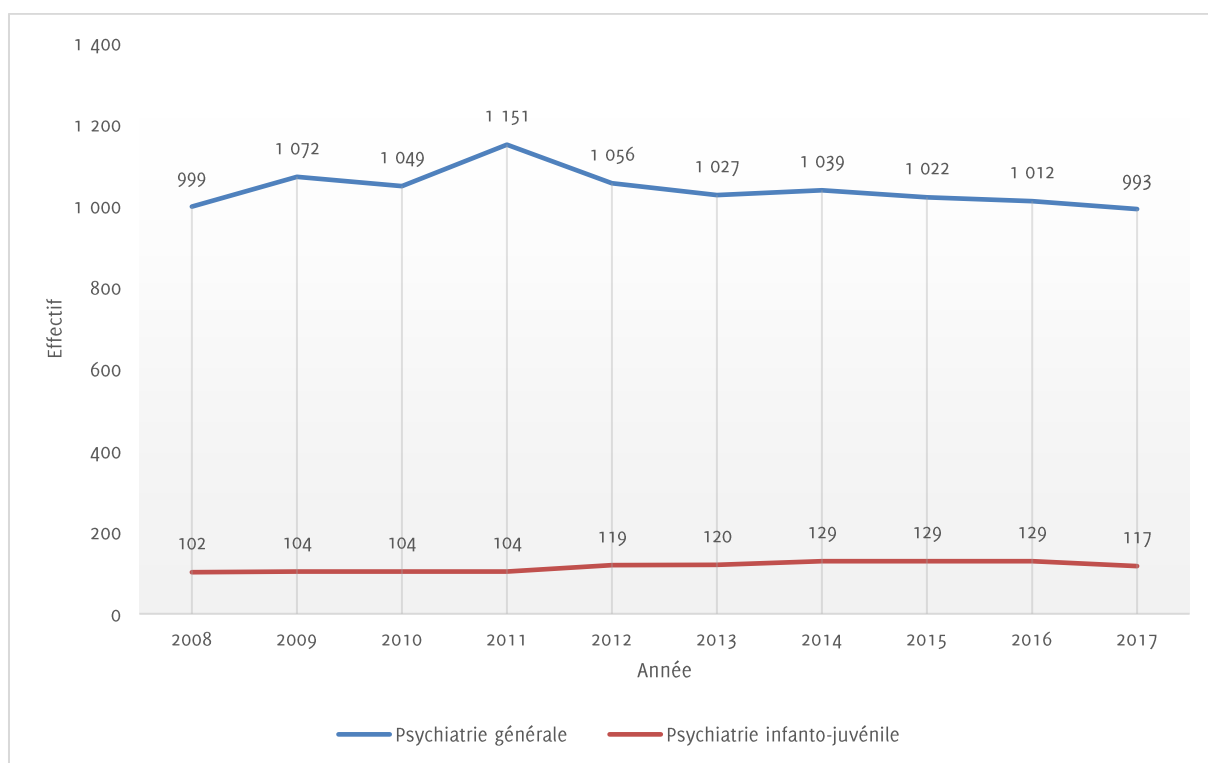
En 2017, on observe que le département du Nord est le plus doté en nombre de lits d'hospitalisation à temps complet alternative à l'HTP ; il possède, à lui seul, 32,3% des lits de la région.

Dans le même temps, la région connaît une diminution de 11% du nombre de journées d'hospitalisation à temps complet alternative à l'HTP réalisées en psychiatrie générale. Les établissements de santé psychiatriques privés connaissent une forte augmentation de 121,5% du nombre de journées d'hospitalisation alternative à l'hospitalisation à temps plein, tandis qu'on observe une diminution de

15,7% dans le secteur public. Ce nombre de journées diminue de 48,9% dans les services de psychiatrie générale de la Somme de 2008 à 2017, de 21,9% dans l'Oise, de 20,6% dans le Nord et de 6,2% pour l'Aisne. On observe une augmentation de l'effectif seulement dans le département du Pas-de-Calais, avec 10,9% de journées à temps complet alternatives à l'HTP supplémentaires en psychiatrie générale.

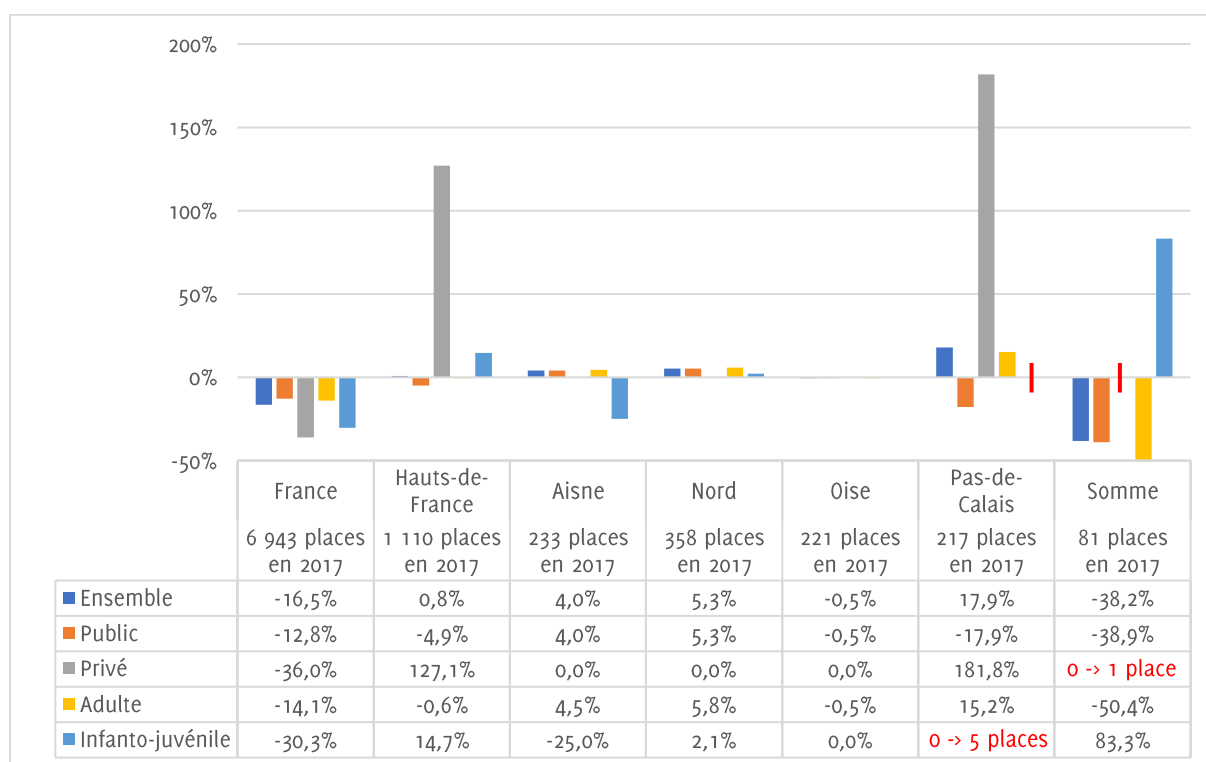
En parallèle, il y a une diminution de 26,4% du nombre de ces journées réalisées en psychiatrie infanto-juvénile de 2008 à 2017, avec une diminution de 69% dans le secteur privé et une diminution de 14,6% dans le secteur public. Dans le même temps, seul le département de la Somme voit son nombre de journées d'hospitalisation à temps complet augmenter de 141,7%, en réalisant 3 025 journées supplémentaires en psychiatrie infanto-juvénile. Tous les autres départements des Hauts-de-France voient ce nombre de journées diminuer : -28,9% pour l'Aisne, -26% pour le Nord, -53,2% pour l'Oise et -57,6% pour le Pas-de-Calais.

Figure 35. Évolution du nombre de places à temps complet alternatives à l'hospitalisation à temps plein en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 36. Évolutions relatives du nombre de places à temps complet alternatives à l'hospitalisation à temps plein en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Définition de l'indicateur

Nombre d'équivalents temps plein (ETP) des médecins (hors psychiatres) travaillant en service de psychiatrie. « Ce personnel peut être salarié (quel que soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. » [1]

La France compte 948,3 ETP médecins non-psychiatres dans ses services de psychiatrie en 2017. Entre 2008 et 2017, ce nombre a diminué de 19,6%. Cette baisse concerne également les Hauts-de-France : en 2017, ils ne représentent plus que 84,6 ETP.

Le secteur régional de la psychiatrie générale connaît une diminution de 26,6% du nombre d'ETP de médecins entre 2008 et 2017 (cf. Figure 37). Bien que le secteur public de la psychiatrie suive cette tendance, les établissements privés généraux de la région ont augmenté leurs ressources en termes de médecins (hors psychiatres) dans leurs services, à hauteur de 306,2% en 9 ans.

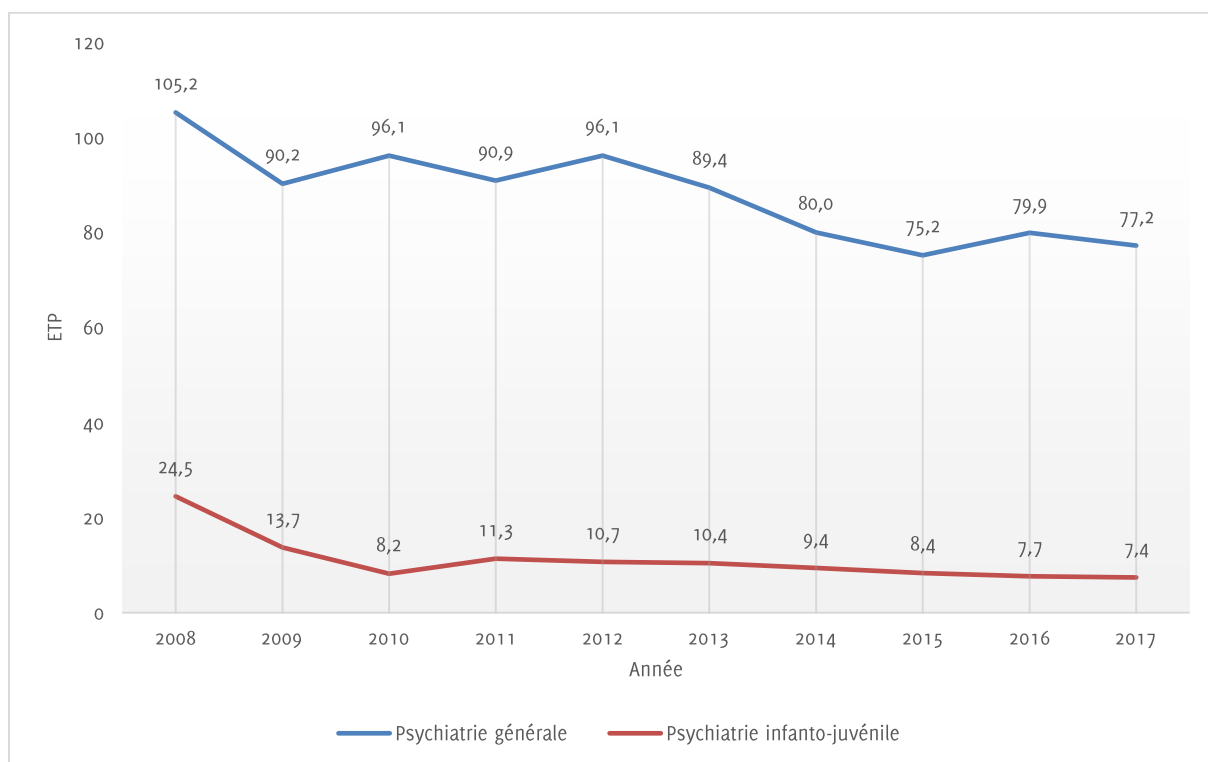
La psychiatrie infanto-juvénile voit aussi ses ressources diminuer, au total elles passent de 24,5 à 7,4 ETP entre 2008 et 2017. Le secteur public dans ce domaine diminue fortement (-74%) ; en 2017, les établissements publics s'occupant d'enfants ou d'adolescents ne disposent que de 6,21 ETP médecins (hors psychiatres). Ce nombre augmente dans les établissements du secteur privé, ce qui est lié à la création de plusieurs cliniques psychiatriques entre 2008 et 2017.

Entre 2008 et 2017, le secteur public de la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) a réduit son nombre d'ETP médecins dans ses services, que ce soit au niveau national (-21,2%) mais aussi au niveau régional (-39,4%). Les départements de la Somme, du Nord et du Pas-de-Calais ont diminué leur nombre de médecins dans leurs services de psychiatrie (cf. Figure 38). En 9 ans, les établissements publics de la Somme sont passés de 10,5 à 2,5 ETP de médecins (hors médecins psychiatres). L'Oise élargit ses ressources médicales de 63,2%.

Les ressources médicales de la psychiatrie diminuent de 4% dans le secteur privé au niveau national, tandis que la région des Hauts-de-France augmente son secteur privé de 273,2% entre 2008 et 2017. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais vivent une forte augmentation de leur effectif médical, avec une hausse respective de 457,1% et de 400% du nombre d'ETP médecins (hors psychiatres) dans leurs établissements de santé privés en 9 ans. Les départements de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne n'ont pas ou très peu d'ETP médical dans le secteur privé.

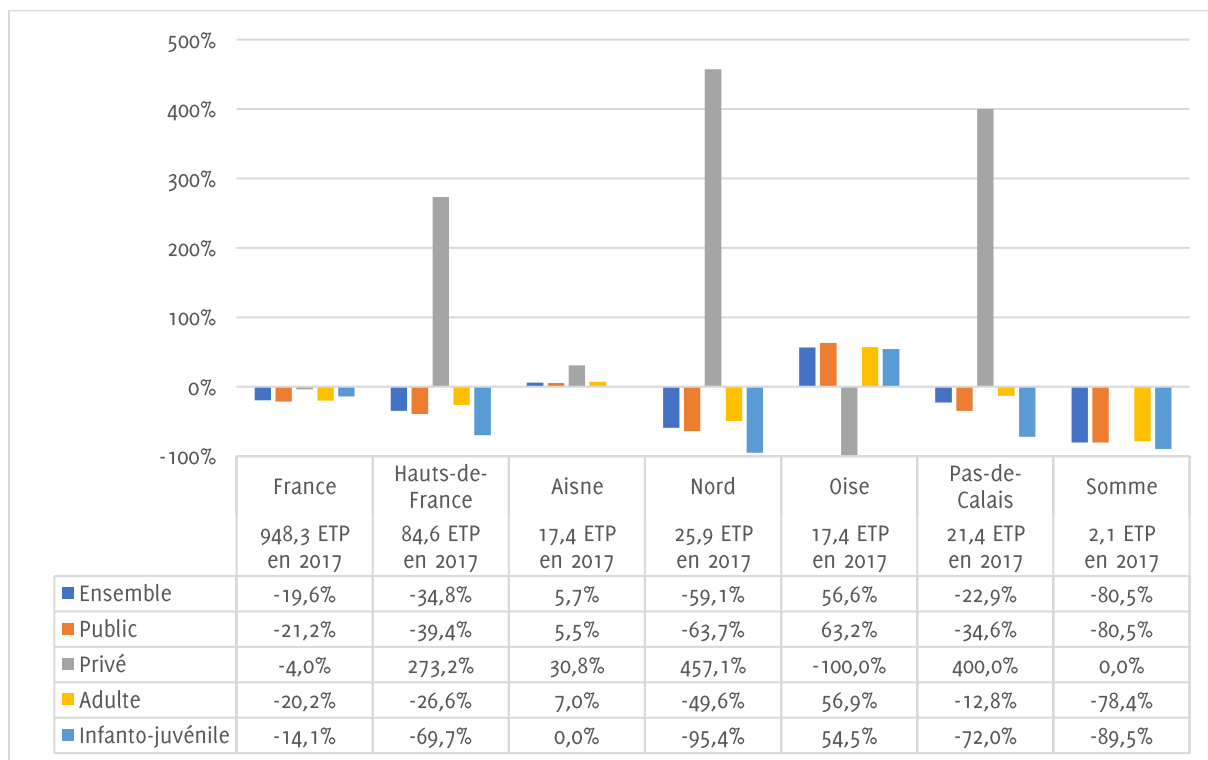
Entre 2008 et 2017, le département de l'Oise voit son effectif de médecins (hors psychiatres) augmenter de 56,9% dans ses services de psychiatrie générale et de 54,5% dans ceux d'infanto-juvénile ; c'est le seul département de la région qui développe ses ressources humaines en termes de médecins dans ses services pour enfants ou adolescents. Les départements de la Somme, du Nord et du Pas-de-Calais ont diminué leur nombre de médecins dans leurs services de psychiatrie générale, mais aussi de psychiatrie infanto-juvénile. De 2008 à 2017, le département du Nord est passé de 13,2 à 0,6 ETP de médecins dans ses services de santé mentale à destination des enfants ou adolescents.

Figure 37. Évolution du nombre de médecins (hors psychiatres) travaillant en service de psychiatrie. Hauts-de-France. 2008-2017. En équivalents temps plein.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Figure 38. Évolutions relatives du nombre de médecins (hors psychiatres) travaillant en service de psychiatrie. France, Hauts-de-France et ses départements. 2008-2017.



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

Citation recommandée : Thève A., Plancke L., Amariei A., Danel T., La psychiatrie dans les Hauts-de-France. Évolutions depuis 2000, Saint-André-lez-Lille, F2RSM Psy, septembre 2019, 76 p.

Dans le cadre de sa fonction d'observation de la psychiatrie et de la santé mentale, la F2RSM Psy Hauts-de-France a souhaité présenter les grands indicateurs disponibles (volume et forme d'activité des services, capacités des établissements, ressources humaines et financières ...) dans une perspective évolutive depuis le début du 21^e siècle. Pas moins de 18 indicateurs sont présentés dans ce rapport ; leur évolution est décrite à l'échelon régional et à l'échelon départemental ; des comparaisons avec la situation nationale sont proposées. Le point de vue de 10 experts (médecins, psychiatres ou d'autres spécialités, sociologue et directrice hospitalière) a par ailleurs été recueilli sur les évolutions qu'ils percevaient quant aux besoins de la population, à leur prise en charge et à la pensée du soin en psychiatrie.

Poursuivant son virage ambulatoire, la psychiatrie publique voit le nombre de ses lits à temps complet continuer à diminuer ; simultanément, la part de la population soignée, ainsi que le nombre de psychiatres augmentent. Le secteur privé lucratif, particulièrement peu représenté dans les Hauts-de-France au siècle dernier, totalise désormais 700 lits, après l'ouverture de 7 nouvelles cliniques psychiatriques, mais la densité régionale de lits privés reste cependant près de 2 fois inférieure à la moyenne nationale.

Les soins sans consentement ont fortement augmenté entre 2008 et 2013 ; leur nombre s'est désormais stabilisé (environ 8000 par an) mais, parmi eux, les Soins psychiatriques pour péril imminent sont en hausse constante depuis leur création, en 2012. Le nombre de suicides diminue régulièrement durant la période d'étude, grâce aux actions et programmes de prévention ; les taux régional et départemental de décès pour cette cause restent cependant plus élevés qu'en France.

Les psychiatres sont désormais près d'un millier dans les Hauts-de-France ; cet effectif est en hausse régulière, mais cette hausse ne concerne que les salariés. Les psychiatres libéraux ne sont que 152 en 2019, leur répartition est très mauvaise et leur densité particulièrement faible. Enfin, les ressources financières des services de psychiatrie (environ 830 millions d'euros dans les Hauts-de-France) restent stables durant la dernière décennie.

Du point de vue des experts, la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux devra associer toujours plus les aidants naturels et les acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux de première ligne.



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France



211, rue du Général Leclerc
59350 Saint-André-lez-Lille (France)



03 20 44 10 34



contact@f2rsmpsy.fr



F2RSMPsy



www.f2rsmpsy.fr