

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

9 au 13 décembre 2019 -1^{ère} visite

EPSM de Lille-Métropole

(Lille et Armentières, *Nord*)



Maquette du site d'Armentières réalisée par des patients

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont visité l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, sur ses sites d'Armentières et de Lille, entre le 9 et le 13 décembre 2019.

Un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, au directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Lille ainsi qu'au directeur de cabinet du préfet du Nord. Seule la directrice de l'EPSM a fait valoir ses observations intégrées au présent rapport.

L'EPSM Lille-Métropole assure les soins de psychiatrie sur neuf secteurs de psychiatrie générale (649 880 hab. dont 506 934 adultes) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (273 069 hab. dont 70 829 de moins de 18 ans). Les secteurs couvrent des populations qui vont de 64 700 habitants pour le secteur G10 à 118 755 habitants (secteurs G16-17 réunis). Les unités d'hospitalisation complète de l'EPSM sont réparties sur quatre sites : Armentières, qui est le siège de l'établissement (quatre-vingt-trois lits), Tourcoing (quarante-quatre lits), Seclin (trente et un lits) et la Clinique Jérôme Bosch de Lille (dix lits).

Les contrôleurs ont visité les cinq unités du site d'Armentières correspondant aux secteurs G07, G18, G19, G20, ainsi que l'unité intersectorielle de psychiatrie infanto-juvénile Nicolas de Staël et, à Lille, la clinique Jérôme Bosch du secteur G21, la structure de coordination ambulatoire de même que les services d'urgence.

Porté par son médecin chef, le secteur G21 s'est inscrit depuis plus de trente ans dans un modèle de psychiatrie citoyenne. Il s'agit d'une approche de soins en santé mentale communautaire, alternative à l'hospitalisation et respectueuse de la dignité et des droits des patients. L'organisation des soins est conçue en partenariat avec les médecins généralistes, les familles et les acteurs du champ social. L'isolement et la contention ne sont que rarement pratiqués au sein de ce secteur.

Au travers du projet médical de l'établissement, toutes les structures de l'EPSM Lille-Métropole ont redéfini leurs orientations privilégiant de nombreuses alternatives ambulatoires et l'intégration des patients dans la communauté. En conséquence, l'activité d'hospitalisation complète adulte est en baisse constante et les patients en soins sans consentement sont suivis, dans leur majorité, en milieu extra hospitalier.

Cependant si les filières de prise en charge somatique et psychiatrique répondent aux besoins de soins et respectent globalement les droits de patients, toutes les unités d'hospitalisation d'Armentières sont fermées réduisant la liberté d'aller et venir, y compris pour ceux des patients admis en soins libres. Ces derniers, ne serait-ce que pour sortir dans le parc de l'établissement, doivent bien souvent attendre l'accord verbal de l'équipe paramédicale, voire d'un médecin. Pour les patients en soins consentement, les sorties dans le parc sont même considérées comme des sorties extérieures : elles nécessitent une décision formelle (du préfet ou du psychiatre, selon leur statut). Par ailleurs, les chambres de certaines unités sont également inaccessibles durant la journée. Les préoccupations sécuritaires piment donc sur le droit à la liberté de circulation et sont en contradiction avec les concepts d'autonomie et de liberté des patients exprimés tant dans le projet médical qu'au sein des différentes instances. Par ailleurs, hors le secteur G21, l'isolement et la contention sont encore régulièrement pratiqués, à une fréquence certes moindre que dans la plupart des établissements psychiatriques visités par le CGLPL, mais pour des durées souvent trop longues. A ce titre, des différences importantes ont été constatées entre

les secteurs (durées moyennes de l'isolement allant d'une journée et demie à cinq jours selon les unités). Il en va de même pour la contention : dans deux unités, une majorité d'entre elles dépassent les vingt-quatre heures et les durées maximales relevées sont préoccupantes (trente-trois jours). Une analyse plus fine des pratiques en équipe pluridisciplinaire pourrait contribuer à les modifier. Il convient de préciser que l'établissement a tenu compte d'une partie des recommandations émises par les contrôleurs dès réception du rapport provisoire et a engagé une réflexion institutionnelle au sein des instances de gouvernance ainsi qu'au travers de groupes de travail. Les mesures d'ores et déjà mises en œuvre sont mentionnées dans le présent rapport.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 44

La spécialisation d'un groupe d'avocats du barreau de Lille dans le contentieux relatif à l'admission en soins psychiatriques sans consentement est de nature à favoriser les droits fondamentaux des patients admis sous ce statut.

BONNE PRATIQUE 2 45

La juriste de l'hôpital assure une veille juridique et une diffusion de toutes les informations et évolutions issues des lois et recommandations relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et à la contention, de sorte que l'encadrement et la communauté médicale sont sensibilisés au développement rapide du droit en la matière.

BONNE PRATIQUE 3 58

Les médecins généralistes de ville sont totalement intégrés à la prise en charge des patients par un ensemble de liens entre eux et le pôle de psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 4 71

La gestion des activités thérapeutiques, bien insérée dans le suivi médical des patients, est favorisée par le dynamisme des équipes et une formation spécifique dès le recrutement des agents.

BONNE PRATIQUE 5 71

Les patients placés en chambre d'isolement sont examinés chaque jour par les médecins somaticiens.

BONNE PRATIQUE 6 80

Dans certaines unités, un entretien formel est effectué avec le patient à l'issue de la mesure d'isolement qu'il a subi, centré sur son ressenti. Ce dispositif, qui participe d'une meilleure analyse des pratiques, va être prochainement généralisé à l'ensemble des unités disposant d'une chambre d'isolement ; il mériterait d'être étendu à d'autres hôpitaux psychiatriques.

BONNE PRATIQUE 7 87

La création d'une structure spécifique a permis de prendre en charge, en respectant leur dignité et leurs besoins particuliers, les patients hospitalisés au long cours pour lesquels n'existait aucune perspective de placement extérieur.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 18

Le modèle de prise en charge dans le secteur G21, par son caractère spécifique et son respect majeur des droits fondamentaux des usagers, doit faire l'objet d'une analyse médico économique afin d'en déterminer l'efficacité et la reproductibilité.

RECOMMANDATION 2 33

L'établissement doit étendre et faciliter dans tous les secteurs une participation active des associations de patients et familles de patients à l'instar de ce qui est fait dans le secteur G21.

RECOMMANDATION 3 36

Face à l'importante augmentation des violences commises par les patients, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions dérivatives et limiter encore plus les passages à l'acte hétéro-agressifs.

RECOMMANDATION 4 38

Si le rôle de la personne de confiance et le processus de désignation sont explicités, son implication dans la prise en charge du patient doit être rendue effective.

RECOMMANDATION 5 41

Il est impératif de mettre en place une procédure visant à garantir l'anonymat de l'hospitalisation des patients qui doivent être informés de cette possibilité lors de l'entretien d'admission.

RECOMMANDATION 6 46

Les demandes d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de douze heures ne doivent pas être effectuées pour une sortie dans le parc de l'établissement ou pour se rendre à des activités ou rendez-vous à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

RECOMMANDATION 7 50

Les restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes en soins libres n'ont aucune base légale. Il est urgent de remédier à cette situation afin de respecter les droits des patients.

RECOMMANDATION 8 51

Une réflexion collective doit être menée sur la sexualité pour unifier les approches et favoriser la discussion avec les patients.

RECOMMANDATION 9 63

Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.

RECOMMANDATION 10 63

Le placement sous contention des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doit être décidé par un médecin psychiatre.

RECOMMANDATION 11 63

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

RECOMMANDATION 12 78

L'architecture et la configuration des chambres d'isolement doivent être revues pour respecter l'intimité et la dignité des patients.

RECOMMANDATION 13 85

Une décision d'isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de douze heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée.

RECOMMANDATION 14 89

La contention d'un patient de psychiatrie sur un brancard doit être décidée par un psychiatre au regard des considérations individuelles et cliniques.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 22

La formation de professionnalisation mérite d'être renforcée dans ses aspects portant sur les dispositions des lois de 2011 et 2016 relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et la contention, et rendue obligatoire pour tous les soignants des unités d'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 2 28

La copie de tout document inhérent à l'admission en soins sans consentement doit être remise au patient tout au long de son hospitalisation y compris celle des certificats médicaux.

RECO PRISE EN COMPTE 3 30

Lorsque le manquement professionnel d'un agent est rapporté au travers de la réclamation d'un patient ou de l'un de ses proches, la direction de la relation avec les usagers doit recueillir des explications auprès de l'équipe concernée mais également en aviser parallèlement la direction des ressources humaines.

RECO PRISE EN COMPTE 4 37

Les sorties sans autorisation des patients en soins sans consentement et les « disparitions inquiétantes » des patients en soins libres ne doivent pas être compatibles ensemble. Plus généralement, la mesure des sorties sans autorisation, aujourd'hui assez aléatoire, doit

être affinée avant d'en tirer toute conséquence sur le quotidien des patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 5..... 68

Un comité d'éthique doit être rapidement installé.

RECO PRISE EN COMPTE 6..... 74

Les prescriptions « si besoin », dans la prise en charge des situations de crise, doivent être prohibées.

RECO PRISE EN COMPTE 7..... 83

La réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention, dans les unités et au niveau institutionnel, doit être encore développée, basée sur des données statistiques exploitables, et communiquées non pas de façon brute mais analytique. Elle doit conduire à une harmonisation des processus et à une réduction des mesures d'isolement et de contention et de leur durée.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'EPSM Lille-Métropole est un acteur majeur de la psychiatrie dans les Hauts-de-France	13
2.2 Les unités d'hospitalisation complète de l'EPSM sont réparties sur quatre sites	15
2.3 Dans un contexte d'équilibre, l'exploitation de l'établissement est principalement dirigée vers la prise en charge ambulatoire	16
2.4 Les effectifs en personnel sont désormais stabilisés et les formations prennent en compte les spécificités des patients admis en psychiatrie	18
2.5 L'établissement a mis en place une formation d'adaptation à l'emploi et un tutorat pour les nouveaux soignants.....	21
2.6 Les patients en soins sans consentement, très majoritairement admis sur demande de tiers, constituent 27 % de la file active des personnes hospitalisées	23
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	27
3.1 L'information est donnée aux patients sans consentement de manière sérieuse	27
3.2 Les réclamations des patients et de leurs proches sont prises en compte au niveau individuel comme au niveau institutionnel.....	28
3.3 Les incidents sont correctement mesurés et signalés, permettant d'objectiver une nette augmentation des violences	33
3.4 La désignation d'une personne de confiance est encouragée mais sa participation à la prise en charge du patient n'est pas organisée	38
3.5 Les patients sont informés de leur droit de voter et mis en mesure de l'exercer	39
3.6 Les patients ont facilement accès à un culte et peuvent bénéficier d'activités et de sorties organisées par les aumôniers	39

3.7	Les mandataires judiciaires sont bien associés à la prise en charge des patients, qu'ils soient de l'établissement, associatifs ou privés	39
3.8	La confidentialité de l'hospitalisation des patients n'est pas effective	40
4.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	42
4.1	La commission départementale des soins psychiatriques visite chaque année deux unités de l'établissement.....	42
4.2	Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent dans des locaux adaptés et fonctionnels, mais les patients sont peu présents.....	42
4.3	Les registres de la loi sont tenus et renseignés conformément à la loi	45
4.4	Les sorties autorisées sont nombreuses pour permettre rapidement une levée des mesures et les programmes de soins peu développés	46
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	49
5.1	Les restrictions d'aller et venir s'appliquent indifféremment aux patients en soins sans consentement et à ceux qui sont en soins libres.....	49
5.2	Les communications avec l'extérieur ne font pas l'objet de restrictions.....	50
5.3	Aucune réflexion d'ensemble n'est menée sur la sexualité.....	51
6.	LES CONDITIONS DE VIE	52
6.1	Les locaux de vie sont inégalement adaptés à la prise en charge des patients .	52
6.2	L'hygiène est respectée en tous lieux	54
6.3	Les patients peuvent conserver leurs biens s'ils sont en capacité de les gérer .	54
6.4	Un effort particulier est réalisé quant à la qualité des repas.....	54
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	56
7.1	Les urgences psychiatriques sont prises en charge au sein du milieu de vie.....	56
7.2	Les modalités d'accès aux soins psychiatriques respectent les droits des patients	64
7.3	L'accès aux soins somatiques est garanti	71
7.4	L'accès aux autres soins spécialisés est assuré.....	72
7.5	L'accès aux traitements respecte la confidentialité et la sécurité.....	72
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	75
8.1	Les chambres d'isolement ne sont pas aux normes et ne respectent pas toujours la dignité et l'intimité des patients.....	75

8.2	Si les pratiques d'isolement et de contention sont disparates et insuffisamment analysées, le suivi des patients est correctement assuré	78
8.3	L'analyse du registre d'isolement et de contention permet de constater que le nombre de décisions est globalement mesuré mais que leur durée est parfois excessive	83
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	86
9.1	L'espace de soins plurisectoriel (ESPS) permet de trouver des placements à l'extérieur de l'hôpital pour des patients jusque-là sans perspectives d'évolution	86
9.2	Le nombre d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie et la durée moyenne de leur séjour ont beaucoup baissé depuis le virage ambulatoire	87
9.3	Les personnes détenues sont prises en charge par défaut de l'UHSA	88
10.	CONCLUSION	90

Rapport

Contrôleurs :

- Chantal Baysse, cheffe de mission ;
- Alexandre Bouquet, contrôleur ;
- Luc Chouchkaieff, contrôleur ;
- Agathe Logeart, contrôleure ;
- Jacques Martial, contrôleur ;
- Annick Morel, contrôleure ;
- Danielle Piquion, contrôleure.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au siège de l'établissement, situé à Armentières, le 9 décembre 2019 à 15h. Ils l'ont quitté le 13 décembre 2019 à 10h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant trente-trois auditeurs dont le vice-président de la commission médicale d'établissement (CME), les directeurs adjoints, les chefs de pôle, les assistants de pôle, les cadres supérieurs et les cadres de santé ainsi que la juriste de l'établissement.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du département du Nord, ainsi qu'avec le secrétariat du procureur de la République et les contrôleurs se sont entretenus téléphoniquement avec le président du tribunal judiciaire (TJ) de Lille et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France. Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) à l'établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise à Saint-André-lez-Lille.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs ; deux d'entre elles ont souhaité avoir un contact téléphonique avec les contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des ceux-ci une salle de travail équipée de plusieurs ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

Des affichettes, signalant la visite du CGLPL, ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. A cet égard, il convient de souligner la qualité de l'accueil réservé aux contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 13 décembre 2019 en présence du directeur, de ses adjoints et des membres présents lors de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire a été adressé à la directrice de l'EPSM Lille-métropole, à la délégation de l'agence régionale de santé du département du Nord, aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Lille ainsi qu'à la préfecture du Nord. Seule la directrice de l'EPSM a fait valoir ses observations reçues le 13 octobre 2020 et intégrées en italique au présent rapport. Outre ses observations, la directrice de l'établissement a fait parvenir à la Contrôleure générale le plan d'action élaboré depuis la visite ainsi que les justificatifs des modifications mises en œuvre pour répondre aux recommandations émises.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'EPSM LILLE-METROPOLE EST UN ACTEUR MAJEUR DE LA PSYCHIATRIE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

2.1.1 De l'asile au groupement hospitalier de territoire

L'histoire de l'EPSM d'Armentières pourrait illustrer, en partie, celle de la psychiatrie en France.

L'hôpital d'Armentières est d'abord, sur un premier site en 1615, « La maison des Bons Fils » du nom de la congrégation de son fondateur Henri Pringuel qui dispense un enseignement pour garçons avant d'héberger au XVIII^{ème} siècle des pensionnaires détenus pour démence.

Sa vocation d'accueil des aliénés, incurables ou agités, selon les époques, traverse la révolution et les vicissitudes de changements de sa gestion qui devient publique à partir de 1815. Conformément aux lois le régissant, il est hôpital psychiatrique en 1937, centre hospitalier spécialisé en 1972, établissement public de santé mentale en 1992. En 350 ans, l'établissement connaît trois reconstructions : une première en 1872 sur le site actuel au 104 rue du général Leclerc ; une seconde en 1921 après sa destruction pendant la première guerre mondiale, période à laquelle on doit l'architecture flamande de l'ensemble ; une dernière à partir de 1951 pour réparer les dégâts du second conflit mondial. Ces reconstructions permettent d'accueillir un nombre croissant de patients : 1 294 avant la guerre de 1914, 2 480 en 1931, 2 020 en 1954 et 2 384 en 1960. Les décennies suivantes, qui voient la création des secteurs, sont marquées par une diminution progressive des capacités hospitalières sur le site (en 2000, l'établissement comptait encore 681 lits), la construction de plusieurs unités d'hospitalisation « déconcentrées » dans les secteurs de vie des patients, parallèlement à la création de nombreuses structures ambulatoires.

Le rapprochement de l'établissement avec l'EPSM des Flandres conduit en 2013 à l'instauration d'une direction commune entre les deux institutions et à la mise en place d'un projet d'établissement et médical partagé.

Un nouveau pas dans les regroupements est franchi en 2017 avec la constitution pour dix ans d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) Nord-Pas-de-Calais, formé de quatre établissements psychiatriques de la région (EPSM Lille-Métropole, des Flandres, Val-de-Lys-Artois et de l'Agglomération lilloise). L'EPSM Lille-Métropole en est l'établissement support. Ce GHT assure la prise en charge en santé mentale sur trente secteurs de psychiatrie adulte et neuf secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, couvrant 895 communes pour 1 987 159 habitants (soit un tiers de la population des Hauts-de-France). Le projet d'établissement commun aux quatre structures de psychiatrie est en cours d'élaboration et abordera cinq thématiques prioritaires : les adolescents et 16-25 ans, la psychogériatrie, la précarité avec un focus sur les migrants et demandeurs d'asile, la réhabilitation psychosociale notamment en favorisant l'accompagnement et le rétablissement du patient dans la cité, l'articulation entre psychiatrie et secteur médico-social.

2.1.2 Le projet d'établissement et le projet médical

Le projet d'établissement des EPSM Lille-Métropole et des Flandres 2018-2022 propose des axes de convergence dans leur prise en charge. Les deux EPSM couvrent un vaste territoire, comprenant plusieurs bassins de vie, des zones diversement peuplées, accessibles et confrontées à des problématiques spécifiques. Le Nord Pas-de-Calais est sous-doté de manière générale avec douze à treize psychiatres pour 1000 000 habitants.

En raison de ces besoins de soins différents, la construction du projet médical des établissements est restée propre à chaque EPSM, voire à chaque pôle, et les éléments partagés se concentrent autour de thématiques de prise en charge transversales. Le projet médical commun assemble ces différents projets des pôles et le travail avec les partenaires y constitue un élément important de la prise en charge, favorisant le repérage et l'orientation vers le soin de patients non connus des EPSM, et le développement d'un accompagnement du patient en lien avec les institutions sociales et médico-sociales.

Le projet médical rappelle entre autres quelques priorités comme la prise en charge pensée en terme de filière principalement ambulatoire, la poursuite des liens avec les partenaires libéraux grâce aux réunions annuelles avec les médecins de ville, l'accompagnement des usagers dans le parcours de soins somatiques, le développement des équipes mobiles de soins intensifs, de réhabilitation psychosociale et de psychogériatrie, la permanence téléphonique, la coordination entre les secteurs de psychiatrie adulte et le secteur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la création d'une équipe « diagnostique » autisme de proximité (EDAP).

La prévention des situations de violence est évoquée à travers l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge (projet de rapprochement des lits des secteurs de psychiatrie générale G19 et G20 à Saint-André-lez-Lille à proximité du CH Saint-Philibert dans des locaux plus adaptés), la formation des professionnels à la prévention des violences, le développement des espaces d'apaisement tout en diminuant le recours à l'isolement et la contention.

Des actions sont prévues à destination des parents de patients : groupe de parole pour les familles ou pour l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile I03, des soins à médiation (cf. *infra* 7.2.7) ou des activités événementielles avec la participation des parents.

Le projet prévoit aussi de compléter la prise en charge par l'intermédiaire de thérapies spécifiques, diversifiées ou innovantes : thérapies comportementales et cognitives, thérapies systémiques brèves, thérapies familiales et de couple, thérapie de groupe, hypnose, consultations des entendeurs de voix, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, méditation pleine conscience, luminothérapie, psychothérapie transculturelle, thérapie à médiation corporelle (psychomotricité, balnéothérapie, activité thérapeutique (cf. *infra* § 7.2.2), développement de la pair-aidance¹.

¹ Entraide entre personnes souffrant de la même maladie

2.1.3 Les pratiques innovantes de l'EPSM au travers du secteur G21

Depuis plus de trente ans, un des secteurs psychiatriques de ce qui était alors « l'hôpital d'Armentières » – le secteur G21 – s'est inscrit dans un modèle de de psychiatrie citoyenne. Portée par son médecin chef de l'époque, il s'agit d'une approche de soins en santé mentale communautaire, alternative à l'hospitalisation et respectueuse de la dignité et des droits des patients. L'organisation des soins est conçue en partenariat avec les médecins généralistes, les familles et les acteurs du champ social. L'isolement et la contention ne sont pas pratiqués au sein de « La Clinique » qui dispose de dix lits d'hospitalisation. (cf. *infra* § 7.2).

Reconnu comme promoteur de ce modèle, l'EPSM Lille-Métropole a été désigné au début des années 2000 comme centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (COMS) pour la recherche et la formation en santé mentale. Composé d'une équipe pluridisciplinaire (médecins psychiatres, médecins de santé publique, chercheurs en santé publique, psychologues), il œuvre notamment au soutien et au développement du programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits des personnes ayant un problème de santé mentale en France, à la participation des citoyens au développement de la qualité des soins et à la lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques.

Par ailleurs, l'EPSM Lille-Métropole adhère à la fédération régionale de recherche en santé mentale, est administrateur du groupement de coopération sanitaire pour la « recherche et la formation en santé mentale » au niveau national et vient en appui méthodologique aux conseils locaux de santé mentale (CLSM) au niveau national.

2.2 LES UNITES D'HOSPITALISATION COMPLETE DE L'EPSM SONT REPARTIES SUR QUATRE SITES

2.2.1 L'implantation des structures de soin

L'EPSM Lille-Métropole assure les soins de psychiatrie sur neuf secteurs de psychiatrie générale (649 880 hab. dont 506 934 adultes) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (273 069 hab. dont 70 829 de moins de 18 ans). Les secteurs couvrent des populations qui vont de 64 700 habitants pour le secteur 10 à 118 755 habitants (secteurs G16-17 réunis). Le secteur G21 (86 855 habitants) est avec le secteur G18 l'un des plus denses.

Il dispose pour cela de quatre sites hospitaliers : Armentières (quatre-vingt-trois lits), Tourcoing (quarante-quatre lits), Seclin (trente et un lits) et la Clinique Jérôme Bosch de Lille (dix lits).

Seuls les sites hospitaliers d'Armentières et Lille ont fait l'objet du présent contrôle. Sur le site d'Armentières, les unités relatives aux secteurs G07 (quinze lits à La Pléiade), G18 (vingt lits à La Clinique), G19 (quinze lits à Cap-Hornier) et G20 (quinze lits au pavillon Lasègue) ont ainsi été contrôlées de même que l'unité intersectorielle de psychiatrie infanto-juvénile Nicolas de Staël (sept lits I03). A Lille, les lits situés au sein de la clinique Jérôme Bosch du secteur G21 ont également été visités, de même que la structure de coordination ambulatoire étant donné que les personnes en soins sans consentement y sont majoritairement prises en charge.

Par ailleurs, les contrôleurs se sont également rendus à Armentières dans l'unité de séjour au long cours de neuf lits pour des patients « en hospitalisation inadéquate » dénommée espace de soins plurisectoriel (ESPS).

2.2.2 Les structures extra hospitalières

L'établissement a développé un dispositif ambulatoire particulièrement riche et innovant, qui trouve son aboutissement dans l'organisation de la prise en charge des patients par le secteur G21 (cf. *infra* § 7.1.1).

Pour tous les secteurs, des dispositifs et des structures extra hospitalières, en nombre important, permettent d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients, sans recours systématique à l'hospitalisation. On dénombre ainsi pour l'ensemble des secteurs, 14 centres médico-psychologiques (CMP), 13 antennes de consultation, 21 équipes mobiles, 4 centres de consultations spécialisées, 8 lits au centre intersectoriel d'accueil et de crise, 47 places en appartements thérapeutiques (AT), 10 lits en centre de post cure psychiatrique, 14 places d'accueil familial thérapeutique (AFT), 166 places d'hôpital de jour (réparties sur 10 structures), 13 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 2 ateliers thérapeutiques.

2.3 DANS UN CONTEXTE D'EQUILIBRE, L'EXPLOITATION DE L'ETABLISSEMENT EST PRINCIPALEMENT DIRIGEE VERS LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

2.3.1 Résultats d'exploitation et investissements

Dans un ensemble institutionnel qui comprend outre l'hôpital, une maison d'accueil spécialisée (MAS), un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) mais aussi la gestion d'un GHT, le budget hospitalier représente plus de 90 % des charges et produits de l'EPSM Lille-Métropole.

La dotation annuelle de financement (DAF) s'élevait à 88 M€ en 2018 sur un budget hospitalier total de 104,2 M€ (soit 84,5 % des ressources). Cette dotation fait l'objet d'un socle « reconductible » dans le budget prévisionnel mais connaît des aléas d'attribution en raison de « mises en réserve » prudentielles de la tutelle en début d'année.

Après deux exercices déficitaires en 2013 et 2014 et une diminution de la DAF jusqu'en 2015, l'hôpital connaît à partir de 2015 et jusqu'en 2018 des exercices excédentaires (122 K€ en 2015, 609 K€ en 2016, 359 K€ en 2017, 614 K€ en 2018) dans un contexte de croissance de l'activité. Deux éléments expliquent ce redressement :

- l'augmentation des produits reçus de la DAF (crédits reconductibles dégelés en fin d'exercice et crédits non reconductibles en 2018) ;
- une réduction des dépenses avec maîtrise des achats (moins 1,5 M€ de 2012 à 2016) et surtout baisse des dépenses de personnel (moins cinquante-cinq postes, principalement soignants de 2016 à 2018).

Dans ses observations, la directrice de l'EPSM souligne qu'il est important de contextualiser cette évolution en rappelant la diminution significative du nombre de lits sur la même période, à hauteur de 77 lits.

Les effets de ciseaux entre la stagnation de la DAF reconductible et la progression des charges de personnel continuent de maintenir en 2019 une pression sur la gestion de l'établissement.

Dans ce contexte d'exploitation contraint, l'hôpital reste en mesure de financer des investissements courants (4,9 M€ en 2019) mais aussi des opérations structurantes (2,4 M€ en 2019). Ainsi en 2019, ont été ouvert un restaurant thérapeutique (estaminet d'Halluin) dans le secteur G18 et installés des appartements thérapeutiques à Lambersart pour le secteur G20 et à Marquette pour le secteur G19.

2.3.2 Traduction financière du virage ambulatoire

La réduction des places d'hospitalisation complète « classique » de l'EPSM Lille-Métropole s'est accompagnée de la mise en place d'alternatives comme les appartements thérapeutiques, les placements familiaux ou les centres de crise. Elle s'est surtout appuyée sur le renforcement de dispositifs d'amont et d'aval dont le déploiement est variable selon les secteurs : mise en place d'équipes de liaison hospitalières, d'équipes mobiles dont certaines autorisent l'hospitalisation à domicile, plus grande ouverture et consultations d'urgence en CMP, hospitalisations de jour mais aussi maillage étroit avec les mairies, les associations et les médecins de ville, etc.

Après affectation des charges directes et indirectes de l'établissement à chacun des neuf secteurs de psychiatrie adulte et à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile², une comptabilité analytique, réalisée par l'établissement pour 2018, témoigne du changement de paradigme dans la prise en charge des patients en soins psychiatriques à l'EPSM de Lille-Métropole. Si l'hospitalisation complète consommait, en 2018, 51 % des moyens de l'établissement, certains secteurs affichaient des profils de prise en charge davantage ambulatoires. Hors le cas particulier de l'intersecteur de pédopsychiatrie (l'hospitalisation complète consomme 22 % de ses moyens), telle est la situation du secteur G21 (dix lits pour Jérôme Bosch + dix lits A. Breton et l'AFT soit vingt lits au total) où l'hospitalisation complète n'absorbe que 34 % des ressources sectorielles, du G09/10 (trente et un lits + dix lits AFT soit quarante et un lits ; 53 % des moyens) ou du G07 (dix-sept lits temps plein + dix lits L de Vinci soit vingt-sept lits ; 49 %). Les autres secteurs se situent dans une fourchette plus classique où l'hospitalisation complète concentre la majorité des moyens : 54 % pour les secteurs G18 (vingt lits + deux AFT + six AT), G19 (vingt-trois lits dont la préfiguration des AT) et G20 (quinze lits + huit préfiguration des AT) ; entre 70 et 73 % pour les secteurs G16 et 17 avec cinquante lits + dix AT et trois AFT. Les patients dont les parcours de soins sont principalement gérés par des prises en charge ambulatoires connaissent ainsi des hospitalisations limitées pour de courtes périodes de crise.

L'observation par l'établissement de la répartition des seules dépenses directes (personnel, dépenses médicales, charges hôtelières) par secteur confirme cette analyse. Si, en 2018, 49 % des ressources directes de l'établissement étaient affectées à l'hospitalisation complète, le secteur G21 affichait un ratio de 30,4 % et le G09/10 de 49 %, les autres secteurs se situant à des

² On parle ici de coût complet après répartition des moyens généraux à chacun des secteurs en fonction d'une clé de répartition et affectation des charges directes (personnel, produits médicaux, charges hôtelières) à chacun des secteurs.

niveaux supérieurs à 50 % (G17, G18, G19, G20). Il convient de remarquer que les ressources non médicales (extra et intra hospitalières) du secteur G21 étaient, en 2019, supérieures à celles des autres secteurs : 112,4 ETP comportant l'affectation de cinq « médiateurs pairs » spécifiques à G21, 99,72 ETP pour le G07 (+ 22,19 avec les effectifs de l'unité intersectorielle qui lui est rattachée), 92,6 ETP pour le G20, contre 75,88 pour le G09, 77,16 pour le G10, 72 et 79,09 pour les deux secteurs 16/17, 97,02 pour le G18, 91,79 pour le G19. Si les moyens humains sont rapportés aux populations sectorielles, cet écart s'inverse : G21, G09 et G10 apparaissent moins dotés que les autres.

Une demande de crédits pour la réalisation d'une étude médico-économique est déposée chaque année depuis cinq ans mais n'a toujours pas été acceptée. Ce modèle de prise en charge, rare en France, mériterait pourtant cette analyse afin d'en définir les coûts et les bénéfices par rapport aux autres prises en charge plus traditionnelles. Le coût patient avancé par le pôle est ici de 2 672 euros en 2018 (2 915 en 2017).

RECOMMANDATION 1

Le modèle de prise en charge dans le secteur G21, par son caractère spécifique et son respect majeur des droits fondamentaux des usagers, doit faire l'objet d'une analyse médico économique afin d'en déterminer l'efficacité et la reproductibilité.

Dans sa réponse au rapport provisoire la directrice indique que cette étude demandée à trois reprises auprès de l'INSERM n'a jusqu'alors pas été retenue. Une analyse médico-économique sera menée en comparaison avec les autres secteurs de l'EPSM.

2.4 LES EFFECTIFS EN PERSONNEL SONT DESORMAIS STABILISES ET LES FORMATIONS PRENNENT EN COMPTE LES SPECIFICITES DES PATIENTS ADMIS EN PSYCHIATRIE

2.4.1 Le personnel médical

Le personnel médical est en nombre suffisant pour assurer des soins de qualité et une présence réelle dans les unités ; l'absence de trois praticiens (qui ont quitté l'établissement) dans le secteur G21 au moment du contrôle impose cependant aux médecins restants un rythme de travail très soutenu et un investissement particulièrement éprouvant.

Selon les données fournies par la direction des ressources humaines, l'ensemble de l'EPSM affiche globalement, en intra et extra hospitalier, un total de 112 médecins, internes, spécialistes et pharmaciens, soit 102,90 ETP répartis sur les quatre sites de l'EPSM et dans toutes les structures en ville.

S'agissant des médecins psychiatres, au jour de la visite des contrôleurs, seuls quatre postes étaient non pourvus mais les deux services déficitaires bénéficiaient d'internes supplémentaires (G21 et IO3).

Pôles	Nombre de psychiatres		ETP	Internes	ETP non pourvu
	Praticien Hospitalier (PH) Psychiatre	Praticien Contractuel Psychiatre			
Pôle G07*	6	2	5,86	2	
Pôle G18	6		5,4	1	
Pôle G19	5	1	5	2	
Pôle G20	7		6,5	2	
Pôle G21	6	2	6	3	3
Pôle IO3	8	2	7,38	3	1
Total	38	7	36,14	13	4
	45				

*Pour rappel, le pôle G07 comporte deux unités à Armentières, une unité d'admission et l'ESPS pour les patients au long cours.

S'agissant de la présence de ces médecins psychiatres au sein des unités d'hospitalisation complète, les données chiffrées font état de dix-sept praticiens hospitaliers intervenant sur le site d'Armentières pour 7,3 en équivalents temps plein (ETP) et six praticiens hospitaliers intervenant à l'unité d'hospitalisation complète du secteur G21 à Lille, correspondant à 0,83 ETP. Chacune des unités bénéficie en outre de la présence d'internes.

Un renfort a été assuré auprès de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, partenaire du GHT, déficitaire en personnel médical. Une douzaine de praticiens hospitaliers des EPSM Lille-Métropole et des Flandres se sont déplacés en renfort sous forme de temps partiel partagé de 20 à 40 %.

Enfin, dans le cadre de la participation des psychiatres et du personnel soignant aux urgences des hôpitaux généraux des quatre sites de l'EPSM : centres hospitaliers d'Armentières, de Tourcoing, de Seclin et Saint-Philibert, des conventions sont en cours (cf. *infra* § 7.1).

2.4.2 Le personnel non médical

L'établissement dispose au total de 1 680 professionnels, soit 1 570,06 ETP.

Chacun des secteurs d'Armentières totalise en intra et extra hospitalier entre 71 (G09) et 122 ETP (G07) de personnel non médical.

En unités d'hospitalisation complète, le personnel est composé de 220 professionnels pour 213,68 ETP répartis dans l'ensemble des unités, ce qui assure à chacune une vingtaine d'ETP d'infirmiers. Le taux de féminisation avoisine 73 %.

Le cadre de fonctionnement prévoit la présence substantielle de quatre soignants le matin, quatre l'après-midi, deux de journée et deux de nuit, dont au minimum un infirmier. Selon les plannings fournis aux contrôleurs, les plages horaires sont couvertes en conformité avec ce cadre de fonctionnement hormis le week-end où il n'y a pas le soignant de journée. Dans certaines unités, un cinquième soignant intervient en renfort le matin. Le roulement des infirmiers et des aides-soignants dans chaque unité d'hospitalisation est identique : 6h-14h ; 13h30-21h30 ; 21h15-6h15. Les transmissions sont de quinze minutes matin et soir et de trente minutes à la mi-journée.

A leur arrivée au sein de l'établissement, les infirmiers sont affectés dans les unités d'hospitalisation afin d'acquérir une formation puis une politique de mobilité interne incite le personnel à changer de pôle ou d'unité ou à partir vers les dispositifs ambulatoires.

2.4.3 L'absentéisme

Le taux d'absentéisme, quoiqu'en diminution, s'inscrit à un niveau élevé, toutes catégories d'absence confondues. De 13,93 % en 2017, le taux d'absentéisme a baissé à 13,44 % en 2018 pour être à 12,12 % de janvier à novembre 2019.

Globalement, au travers des statistiques sur l'ensemble de l'établissement, les congés de longue maladie et de longue durée apparaissent comme étant relativement stables alors que les congés pour maladie ordinaire diminuent. Ce phénomène serait dû à la mise en place du jour de carence, à la prime de « présentéisme » de 150 euros pour les agents absents moins de huit jours par an et à une nouvelle organisation des remplacements. Un pool de remplacement dit unité de compensation et de suppléance de vingt-cinq professionnels compense les absences de moins d'un mois. Les absences prévisibles de plus de 30 jours sont compensées par une réaffectation d'un membre du pool de suppléance ou par un recrutement externe. En ce qui concerne les courtes absences dites « perlées », le cadre supérieur de santé recherche d'abord une solution en interne, y compris par le biais des heures supplémentaires effectuées par du personnel volontaire et, par défaut, il est fait appel au pool de remplacement spécifique.

S'agissant des unités d'hospitalisation d'Armentières et de l'unité Jérôme Bosch du secteur G21 de Lille visités par les contrôleurs, les données fournies pour les onze premiers mois de l'année 2019 (hors congés de longue maladie et de longue durée) présentent des variations de grande ampleur d'un secteur à l'autre : de 4,76 % pour le secteur G18 à 10,75 % pour le secteur G21. Les accidents de travail sont en baisse dans trois unités et en hausse au sein des unités des secteurs G18 et G21 et de l'unité intersectorielle de pédopsychiatrie.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que le réajustement du cadre de fonctionnement a en effet permis de dégager des moyens pour compenser l'absentéisme qui se différencie selon les pôles.

2.4.4 Les relations sociales

Les organisations représentatives du personnel à l'EPSM Lille-Métropole sont au nombre de quatre : la CGT a obtenu cinq sièges aux élections professionnelles, l'UNSA quatre sièges, Sud deux sièges et FO un siège. Chacun des syndicats travaille sur des sujets différents ; le compte-

rendu du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du 11 décembre 2019 permet de le constater : problèmes de violence, remplacement des médecins par un autre, suppression de l'intervention de la société privée de sécurité, non-respect du cadre de fonctionnement, procédures isolement et contention, etc. répartis entre eux.

Le dialogue social est présenté comme étant de bonne qualité et le CHSCT, dynamique. Deux des représentants syndicaux ont souhaité faire part de leurs remarques aux contrôleurs après la mission et ont participé à la réunion de restitution.

2.5 L'établissement a mis en place une formation d'adaptation à l'emploi et un tutorat pour les nouveaux soignants

2.5.1 La formation de professionnalisation

En amont de la formation continue, un socle de consolidation des savoirs et savoirs-être est obligatoire pour tous les agents nouvellement embauchés. A raison de dix-sept jours durant douze mois, chaque nouvel infirmier arrivant, intégré à un groupe de douze à quinze personnes, bénéficie d'une formation de professionnalisation. Tous les aspects tant organisationnels que techniques et cliniques de leurs nouvelles fonctions y sont abordés. Les droits des patients en soins sans consentement n'y sont cependant évoqués que lors d'une demi-journée consacrée aux enjeux et paramètres de la certification. Une formation OMEGA (gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité) est dispensée en outre durant quatre jours. En deuxième année, après la formation de base et une expérience dans les services est mis en place un tutorat individuel. Ce dispositif regroupe vingt tuteurs (deux soignants par secteur) qui, ayant cinq ans d'expérience au minimum, bénéficient eux-mêmes de trois à quatre jours de formation par an. Le tutorat, de 126 heures au total, se traduit par des temps de face à face pédagogique, des journées à thème et si nécessaire des formations complémentaires.

Les membres du personnel rencontrés par les contrôleurs qui assurent ces formations militent pour l'adjonction d'une année de spécialisation en psychiatrie aux études d'infirmier en institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

La directrice précise dans ses observations que cette demande est également portée au niveau institutionnel par l'EPSM et le GHT psychiatrie Nord-Pas-de-Calais.

2.5.2 La formation continue

Le développement professionnel continu reprend certaines des thématiques de base afin d'en assurer la mise à jour et s'attache notamment à la prévention et la gestion des moments de violence. Dans ce cadre, sont également formés les professionnels soignants intervenant dans le Groupe d'Intervention d'Urgence (GIU)³.

³ Le groupe d'intervention d'urgence est constitué de soignants volontaires qui, selon un planning prédéfini, interviennent lors des sollicitations de leurs collègues face à des difficultés de prise en charge des patients ; un infirmier le matin et un autre l'après-midi assurent la gestion d'intervention d'urgence (GIU).

En revanche, tous les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) n'ont pas été formés à la mise en œuvre des dispositions de loi du 5 juillet 2011⁴ sur les droits des personnes admises en soins sans consentement et aucun module obligatoire n'est prévu. Une formation étendue a eu lieu dès la promulgation de la loi en 2011 regroupant toutes les catégories de personnel mais n'a pas été réactivée depuis. Un guide à destination des usagers et de leur entourage avait alors été édité. Depuis lors, les professionnels doivent s'inscrire à la formation proposée au plan de formation. Facultative, sur les 1 600 professionnels que compte l'EPSM, seules 28 personnes (cadres, IDE et secrétaires) y ont participé en 2019. Les infirmiers du bureau de soins infirmiers qui procèdent au premier accueil et les agents administratifs de la direction des relations avec les usagers (DRU) ont été formés ce qui permet aux soignants de les consulter et aux médecins de bénéficier d'alertes pour l'établissement des certificats médicaux.

Les internes sont formés dès leur arrivée par le directeur des relations avec les usagers et ce de manière obligatoire ; les praticiens hospitaliers bénéficient d'informations complémentaires voire de rappels à chacune des réunions de la commission médicale d'établissement, à partir des décisions prises par le JLD lors des audiences précédentes. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ces dispositions ont été prises à la suite de nombreuses erreurs ou omissions dans la production des écrits ayant conduit les avocats à soulever des erreurs de procédure. En externe, l'un des médecins a participé à une formation à Paris portant sur « *optimiser et sécuriser les écrits professionnels dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement* ».

S'il convient de saluer la qualité de la formation d'adaptation à la prise en charge en psychiatrie ainsi que le tutorat mis en place au profit des nouveaux agents, il est regrettable que les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et celles relatives à l'isolement et la contention du 26 janvier 2016 n'y soient qu'affleurées.

RECO PRISE EN COMPTE 1

La formation de professionnalisation mérite d'être renforcée dans ses aspects portant sur les dispositions des lois de 2011 et 2016 relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et la contention, et rendue obligatoire pour tous les soignants des unités d'hospitalisation.

A la suite de la recommandation émise par les contrôleurs, des formations sur la loi de 2011 ont été dispensées de février à août 2020, signale la direction de l'EPSM. L'inscription dans le plan de formation prendra dorénavant un caractère obligatoire.

2.5.3 La supervision

Les agents ont la possibilité de s'inscrire à des séances de supervision financées par l'établissement par convention avec un organisme extérieur ; elles sont animées par des psychologues ayant une formation de cliniciens. Depuis 2017, cinq groupes ont pu en bénéficier associant des agents travaillant dans des structures diverses (pédopsychiatrie, unités

⁴ Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

d'hospitalisation, centre médico-psychologique, hôpitaux de jour, etc.). Dernièrement, le personnel du secteur G18 a bénéficié de cette possibilité lors de quatre séances.

2.6 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, TRES MAJORITAIREMENT ADMIS SUR DEMANDE DE TIERS, CONSTITUENT 27 % DE LA FILE ACTIVE DES PERSONNES HOSPITALISEES

2.6.1 L'activité

La file active globale de l'EPSM augmente régulièrement, de 21 162 patients en 2014, 22 378 en 2017 et 22 937 personnes en 2018, vues ou suivies en soins à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. L'activité d'hospitalisation complète adulte est en baisse constante et ne représente que 10,13 % de la file active en 2018 ; 2 324 patients ont été hospitalisés à temps plein et 20 613 ont bénéficié de soins sous forme ambulatoire.

7,9 % des patients de la file active de psychiatrie générale ne sont pas originaires des secteurs appartenant à l'EPSM Lille-Métropole.

Le taux d'occupation des unités d'Armentières est variable selon les secteurs de 47 % en pédopsychiatrie, 63 % au secteur G21 jusqu'à 84 % dans le secteur G07, la situation éventuelle de suroccupation d'une unité pouvant être jugulée par les secteurs voisins. La durée moyenne de séjour (DMS) dans les unités de l'EPSM à Armentières s'étage de 11 à 20 jours à l'exception du secteur G21 qui affiche une DMS de 6,5 jours.

Les patients admis en soins sans consentement représentaient 27 % de la totalité des admissions à temps plein en 2018. Parmi eux, une dizaine de personnes détenues transitent annuellement par l'EPSM dans l'attente d'une place à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (Nord) (cf. *infra* § 9.3).

Au 10 décembre 2019, sur les soixante-quatorze patients admis en unité de psychiatrie adulte (Armentières et Lille), vingt-six relevaient d'une mesure de soins sans consentement (soit 35,14 %) dont neuf à l'unité du secteur G20, cinq à l'unité du secteur G07, cinq à l'unité du secteur G18, quatre à l'unité du secteur G19, et trois à l'unité du secteur G21. Aucune personne détenue n'était présente. Au sein de l'unité intersectorielle de pédopsychiatrie aucun des sept mineurs présents n'avait été admis en soins sans consentement.

2.6.2 Les soins sans consentement

En 2019 – 1^{er} et 2^e trimestre –, les patients sans consentement constituent moins de 30 % des hospitalisés : ce rapport est stable depuis 2017 (en 2018, 27 %, en 2017, 28 %).

Parmi eux, la majorité est hospitalisée sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Environ un tiers de ces personnes entrent à l'hôpital sous le statut de péril imminent (SPI) : ce chiffre est croissant depuis trois ans (34 % en 2019, 31 % en 2018, 27 % en 2017).

15 % sont des patients sans consentement sur décision du représentant de l'Etat -SDRE- (13 % en 2018, 15 % en 2017). Parmi eux, l'hospitalisation des personnes détenues est stable (huit en 2019, dix en 2010, huit en 2017) avec des durées de séjours inférieurs à une semaine en 2019 (5 jours contre 7 en 2017).











Image 3



Image 4



Image 5



