

**Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille**

République Française

**Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale**

**RAPPORT SUR
LA PSYCHIATRIE AU GROUPE HOSPITALIER DE
L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE.**

Présenté par :
Mme Catherine Dartiguenave
Dr Bernard Durand
Mme Carole Festa
M. Pierre Juhan
M. Raymond Lepoutre
Dr Gérard Massé
M. Laurent Tesson

Février 2005

1. Le contexte sanitaire de la région Nord-Pas-de-Calais.....	4
1.1 Les éléments généraux.....	4
1.2 Le volet psychiatrique du SROS	5
2. Le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL).....	7
2.1 La présentation générale de l'établissement.....	7
2.2 L'activité de la psychiatrie au sein du GHICL.....	7
2.3 La psychiatrie du GHICL dans le cadre du SROS 2.....	8
3. La psychiatrie générale du GHICL.....	14
3.1 La psychiatrie générale à Saint Philibert.....	14
3.2 La psychiatrie générale au Centre de Psychothérapie.....	16
3.3 La psychiatrie générale à Saint Vincent : l'unité d'accueil médico-psychologique.....	16
3.4 L'environnement psychiatrique Lillois du GHICL.	18
3.4.1 L'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise.....	18
3.4.2 Le centre d'accueil permanent « ILOT-PSY ».....	20
3.4.3 L'activité du Groupe Lille-Sud en santé mentale.....	21
4. La psychiatrie infanto-juvénile au GHICL.....	23
4.1 Son histoire récente.....	23
4.2 L'activité de psychiatrie infanto-juvénile au GHICL.....	24
4.2.1 Le pôle Adolescents.....	24
4.2.2 La psychiatrie de liaison.	25
4.2.3 La consultation.....	25
4.2.4 Les urgences.....	26
4.3 La psychiatrie au CHU.....	26
4.3.1 Le CITD.....	26
4.3.2 La psychiatrie infanto-juvénile du CHU.....	27
5. Les orientations contenues dans le pré-projet médical.....	29
6. Nos propositions.....	30
6.1 Le recentrage de l'activité de psychiatrie générale.....	30
6.1.1 L'avenir du centre de psychothérapie.....	30
6.1.2 Les lits de crise à Saint-Vincent.....	30
6.1.3 Le développement de la psychiatrie de liaison.....	31
6.1.4 Le réajustement du dispositif de prise en charge aux urgences.	31
6.1.5 L'hospitalisation complète.....	31
6.2 La recherche d'une meilleure articulation entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile.....	32
6.3 Le développement de la psychiatrie infanto-juvénile.....	32
6.4 La prise en charge des urgences au sein de l'agglomération lilloise.....	33
6.5 Le renforcement de la politique de soins.....	33
6.6 La définition d'une politique de santé mentale pour l'agglomération lilloise.....	34

La psychiatrie au Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

La saisine de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

La Direction du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille a initié la demande d'intervention de la MNASM auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du Nord Pas de Calais, pour qu'un avis soit donné sur les modalités de sortie du conflit interne à la discipline et sur les orientations du projet médical de la discipline psychiatrique.

La demande, formulée à la MNASM par l'ARH, est intervenue dans le contexte où les décisions prises dans le cadre de l'avenant au Contrat d'Objectifs et de Moyens n'étaient pas mise en œuvre en totalité, notamment l'absence de création du département de psychiatrie et la non autonomisation du service par rapport à la neurologie.

Par ailleurs, les relations internes à la psychiatrie s'étaient dégradées depuis plusieurs mois. L'éviction du poste de chef de service de la pédopsychiatrie du Professeur Convain avait créé un climat relationnel difficile malgré des évolutions positives liées à l'arrivée du Docteur Doubriez, comme chef de service. D'abord concentrés sur la pédopsychiatrie, les conflits se sont ensuite élargis à la psychiatrie adulte et ont nuit à l'émergence d'un projet médical cohérent dans le cadre des nouvelles orientations stratégiques données par la Direction.

Un programme de visite a été élaboré avec la direction du GHICL. Les visites et rencontres sur site se sont déroulées les 1^{er} et 2 juin puis les 29 et 30 septembre 2004. Certaines d'entre elles ont concerné les partenaires du GHICL au sein de l'agglomération lilloise. Comme elle le fait pour chacune de ses interventions, la MNASM a constitué un groupe de professionnels, composé ici d'un praticien hospitalier en psychiatrie générale et d'un praticien hospitalier en psychiatrie infanto-juvénile, d'un médecin de santé publique du bureau de la santé mentale de la DGS, d'un directeur des soins, et d'une permanente de la Mission, directrice d'hôpital. Un autre directeur d'hôpital, nouvellement recruté comme permanent à la Mission, et le responsable de la communication de la MNASM ont également participé à cette mission.

1. Le contexte sanitaire de la région Nord-Pas-de-Calais.

1.1 Les éléments généraux.

La région regroupe deux départements (le Nord et le Pas de Calais) et compte près de 4 millions de personnes la plaçant au quatrième rang des régions françaises (6.8% de la population française). Le département du Nord regroupe 2.555.000 habitants. Les caractéristiques de la population résident dans la forte densité (444 habitants au km² dans le département du Nord), notamment dans les zones urbaines, la forte proportion de jeunes, et une population précaire beaucoup plus importante que la moyenne française. Très fortement atteinte par les conséquences des chocs pétroliers et par la crise économique qui s'en est suivie, la région enregistre encore un des plus forts taux de chômage du pays, et le marché de l'emploi reste marqué par une main d'œuvre peu qualifiée et précaire.

Le Nord Pas de Calais enregistre l'espérance de vie la plus faible de France, même si la diminution du taux de mortalité est soutenue. Pour les hommes, l'espérance de vie est de 71 ans (74 en moyenne nationale), de 80 ans pour les femmes (81.9 ans en moyenne en France). La surmortalité, toutes causes confondues est de 21.5 %.

Les suicides qui constituent la première cause de mortalité des 15/34 ans, dépassent la mortalité due aux accidents de la route tous âges et sexe confondus. L'alcool est une des premières causes de mortalité tant pour les hommes que les femmes.

Sur le plan sanitaire, la région dispose d'une dotation régionale des dépenses de santé pour 2003 de plus de 492 M euros (4^e rang national) en progression de plus de 5% (progression supérieure à la moyenne nationale).

Les principaux indicateurs sur l'offre de soins en 2002 (« Offre de soins : les chiffres clés 2002 de la région Nord Pas de Calais », juin 2004) font état de :

- de 30 000 lits et places dont 11% pour la psychiatrie. Toutes spécialités confondues, le bassin de Lille métropole concentre 39% des capacités.
- d'une densité médicale qui est très nettement inférieure à la moyenne nationale.

La région se caractérise par une bonne dynamique de coopération entre les différents établissements (GCS réseau, SIH, convention, communauté d'établissement, ou de disciplines), qui permet, notamment, d'améliorer les collaborations entre les établissements publics et privés.

Par ailleurs, l'URCAM a recensé 25 réseaux de santé, sans compter les réseaux de télé santé dont le développement intègre, de plus en plus, la médecine de ville.

1.2 Le volet psychiatrique du SROS .

La région sanitaire est découpée en quatre bassins de vie, dont celui de Lille et la métropole Lilloise qui compte plus de 1 277 000 habitants, soit plus de 30% de la population régionale.

L'insuffisance de l'offre de soins par rapport aux besoins avait conduit l'ARH à définir le SROS de psychiatrie de deuxième génération autour de 15 priorités dont la réalisation s'accompagnait de mesures spécifiques.

Les données épidémiologiques recueillies ont permis de mettre en évidence l'importance des prises en charge liées:

- *Au suicide,*
- *A la dépression (la demande de prise en charge ne concernerait dans la région qu'à peine 54% des cas en 1999),*
- *Aux personnes âgées,*
- *Aux pathologies psychiatriques de l'enfant,*
- *Au rôle de la médecine de ville,*
- *A la pathologie somatique associée à la pathologie psychiatrique,*
- *Aux conduites addictives.*

L'offre de soins disponible dans la région se caractérisait à l'époque de l'élaboration de ce SROS par :

- *Une insuffisance de praticiens (toutes catégories confondues, on comptait dans la région 45 % de psychiatres de moins qu'en moyenne en France.), et une forte hétérogénéité entre les différents secteurs.*
- *Une forte concentration des lits d'hospitalisation autour de la métropole lilloise.*
- *Une moyenne régionale de 30% de patients « inadéquats » quant à leur structure d'accueil.*
- *Une insuffisance des prises en charge ambulatoires*
- *Une faiblesse des dispositifs de prise en charge du suicide*
- *Une faiblesse des moyens dédiés à la pédopsychiatrie.*

Les priorités définies dans le SROS, pour mieux adapter l'offre de soins, étaient articulées autour des axes suivants :

1. *Le renforcement du rôle du CMP au sein des secteurs par la densification de leur implantation et l'accroissement des moyens humains qui leur sont dédiés, l'objectif étant de permettre une augmentation de la file active.*
2. *Le rapprochement des lieux d'hospitalisation du domicile et l'amélioration des conditions d'hébergement.* Le SROS insiste, notamment, sur la nécessité d'accroître les possibilités d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile, en les intégrant dans une gamme complète de prises en charges.
3. *Le développement des modes alternatifs de prise en charge à temps complet.*
4. *Le développement des prises en charge à temps partiel.*

5. *L'adaptation permanente des structures.*
6. *La mise en œuvre d'un projet thérapeutique élaboré par une équipe pluridisciplinaire.*
7. *Le développement des actions de psychiatrie de liaison et de prévention, tant à l'hôpital général, qu'en direction des maisons de retraite ou d'autres institutions médico-sociales.*
8. *Le renforcement de la participation des équipes psychiatriques aux urgences.*
9. *L'amélioration de la prise en charge des suicides aux urgences, notamment en organisant un temps de réveil psychologique.*
10. *L'amélioration de la prise en charge de la dépression dans les services d'hospitalisation, en améliorant aussi la formation des généralistes.*
11. *la prise en charge des patients inadéquats par le développement d'unités de post-cure afin de favoriser l'élaboration d'un projet de vie et la recherche de solution vers d'autres types de prises en charge.*
12. *la prise en compte des malades dangereux dans l'organisation des soins.*
13. *la prise en charge des troubles de santé mentale des détenus.*
14. *le respect des droits des patients et de leur famille.*

Plusieurs actions d'accompagnement concernent la médecine de ville (*renforcement des compétences et améliorations des relations avec les équipes de secteurs, de la place du secteur privé dans l'offre de soins*)

Alors que la place du secteur privé est faible, le SROS envisage un *développement important de l'offre privée pour compléter la réponse des secteurs publics de psychiatrie.*

Le SROS rappelle, en outre, que : « Même si les structures privées ne sont pas soumises aux règles de la sectorisation, il est souhaitable pour la population, que les deux secteurs évoluent de manière coordonnée. Le SROS considère que le développement de projets privés doit répondre à une quadruple exigence : s'inscrire dans les grandes priorités du volet psychiatrique du SROS, apporter une alternative de soins accessible quel que soit le niveau de ressource de la population, développer un réel partenariat avec le secteur public, prendre en compte le surcoût induit pour l'assurance maladie. »

La création d'une structure d'animation de la recherche en santé mentale dans la région doit permettre le développement « d'une politique ambitieuse de recherche ».

L'amélioration de la démographie médicale, la mise en place des modes de gestion innovants pour la psychiatrie figurent parmi les actions, comme la réduction des inégalités de moyens entre les secteurs.

De 1997 à 2004, la psychiatrie a bénéficié de 51.8 M euros pour la mise en œuvre des orientations du volet psychiatrique du SROS. L'ARH a pu s'appuyer sur les conseils départementaux qui ont été très actifs dans cette région.

Durant la période, 600 lits de psychiatrie ont été fermés et 350 délocalisés.

Alors que des efforts considérables ont été accomplis, la question de la ressource médicale demeure aujourd'hui le problème majeur, le département.

L'ARH estime que le découpage actuel en camembert qui ne tient pas compte des zones de proximité de l'agglomération Lilloise doit être revu.

2. Le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL).

2.1 La présentation générale de l'établissement.

Le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) est intégré à l'Institut Catholique de Lille qui comprend, également, la seule faculté libre de médecine de France.

Les hôpitaux constituant le GHICL qui ont la qualité d'hôpitaux universitaires privés participent au service public hospitalier depuis 1977.

Constitués jusqu'en 2002, de quatre établissements (l'hôpital Saint Antoine, la maison médicale Sainte-Camille, l'hôpital Saint-Vincent, l'hôpital Saint-Philibert) le Groupe a engagé une mutation importante autour des deux sites : Saint-Vincent de Paul et Saint-Philibert qui sont situés dans le bassin de vie de Lille Métropole.

L'hôpital Saint-Vincent de Paul a gardé la vocation d'hôpital général de l'ancien hôpital Saint-Vincent, et par transfert de la maternité de Saint-Philibert et des services pédiatriques de Saint-Antoine, a constitué un pôle de soins mère-enfant. Il est implanté, à Lille Moulins au sein des quartiers défavorisés de la ville et offre une capacité de 317 lits.

L'hôpital Saint-Philibert situé à Lomme développe ses activités autour de spécialités d'adulte.

Les cinq principaux pôles d'activité en médecine sont développés autour du pôle digestif, de la cardiologie, la neurologie, la pneumologie et l'obstétrique.

L'hôpital Saint-Philibert compte, actuellement, 334 lits dont 15 lits de psychiatrie adulte.

2.2 L'activité de la psychiatrie au sein du GHICL.

La psychiatrie du GHICL n'est pas sectorisée. Les services de psychiatrie générale et infanto-juvénile, sont universitaires. Leur zone d'attraction dépasse le bassin de vie qu'ils desservent car ils ont acquis une notoriété régionale pour la prise en charge de certaines pathologies, notamment la dépression de l'enfant et de l'adolescent, les troubles de la conduite alimentaire, les dépressions résistantes de l'adulte.

Le Directeur du Groupe, Monsieur Grateau, a souhaité actualiser les orientations du projet d'établissement.

Lors de l'analyse stratégique réalisée sur les différents segments d'activités médicales du GHICL, un certain nombre d'éléments ont été dégagés :

Pour la psychiatrie générale

1. *La présence de la psychiatrie est un point fort dans la formation des étudiants*
2. *L'accueil des urgences psychiatriques pose la question de leur gestion en aval, ainsi que la prise en charge somatique des tentatives de suicides*
3. *La prise en charge de pathologies très spécifiques rend difficile la prise en charge de toutes les demandes des urgences, et la gestion de l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.*
4. *Les synergies avec les autres secteurs doivent être recherchées, notamment la géronto-psychiatrie, la neurologie (consultation mémoire), l'activité de psychiatrie de liaison pour laquelle il est apparu indispensable d'augmenter les protocoles de prise en charge.*

Plus particulièrement, pour les dépressions, *la nécessité de travailler avec les structures d'aval autour d'un projet de sortie* est apparue comme un enjeu important.

Pour ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, *les délais d'accueil, la diversification des prises en charge, la diversification vers les troubles de la femme adulte jeune, et le nécessaire développement avec le CITD, et avec les cliniques privées de la région* ont figuré parmi les axes de réflexion.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile.

L'analyse du segment relatif à la prise en charge de l'adolescent fait apparaître la spécificité de la structure du GHICL. Le renforcement de la qualité de la prise en charge passe, d'abord, *par une plus grande synergie avec les équipes pédiatriques, de pédopsychiatrie, et de gynécologie, puis par une meilleure maîtrise des filières d'amont et d'aval.*

Pour ce qui concerne la psychiatrie de l'enfant « hors adolescents », l'analyse stratégique réalisée a mis en évidence 5 axes d'évolution :

- *Une fonction de bilan et d'orientation,*
- *La prise en charge de la dépression de l'enfant, y compris en urgence, et y compris l'hospitalisation lorsqu'elle s'avère nécessaire,*
- *La prise en charge des troubles de développement de la personnalité,*
- *la prise en charge des troubles du sommeil,*
- *et celle des urgences.*

Les « facteurs clés de réussite » reposent, notamment, *sur la nécessaire cohérence et qualité de l'équipe médicale et soignante, l'intégration au sein d'un hôpital général doit favoriser les synergies avec les différents activités participant à la prise en charge des enfants et des adolescents du service. La dimension hospitalo-universitaire doit favoriser des partenariats interdisciplinaires.*

2.3 La psychiatrie du GHICL dans le cadre du SROS 2.

A la suite de l'adoption du volet psychiatrie du SROS 2, le contrat d'objectifs et de moyens que le GHICL a signé en mai 2000 a fait l'objet **d'un avenant** en juillet 2001.

La volonté affichée a été, d'une part de permettre à la psychiatrie générale d'avoir ses propres moyens, de lui donner une existence propre et autonome par rapport à la neurologie, et d'autre part de renforcer le pôle de pédopsychiatrie en y intégrant l'unité d'adolescents.

L'avenant a prévu :

- *la création d'un département de psychiatrie réunissant les deux services pour développer une politique de Santé Mentale au sein du groupe,*
- *l'autonomisation de l'équipe soignante non médicale du service de psychiatrie adulte. A ce titre, le GHICL a bénéficié d'une enveloppe de 405 514 euros pour l'autonomisation des lits de psychiatrie adulte, les travaux nécessaires évalués à 3Mf devaient faire l'objet d'une demande de subvention auprès du FIMHO .*
- *Le développement de la psychiatrie adulte dans les différents services.*

L'annexe précise que cette activité passe par la création d'une unité de liaison intégrée dans le département, qui concerne l'ensemble des sites du GHICL. Un budget de 142 844 euros sur 3 exercices a été dégagé.

- *L'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques tant à Saint-Philibert (SAU) qu' à Saint-Vincent (UPATOU) et la consolidation du partenariat engagé avec l'EPSM à Saint André et à Lille avec Îlot –Psy.*

L'ARH a prévu 348.346 euros sur trois exercices pour la financer, l'annexe de l'avenant ayant fixé les modalités de prise en charge des urgences de Saint-Vincent qui relève du dispositif de garde de l'E.P.S.M. de l'agglomération lilloise. La nuit, les jours fériés et les week-end, l'annexe de l'avenant, précise que les patients sont pris en charge par des équipes infirmières du GHICL, avec une garde médicale conjointe l'E.P.S.M. de l'agglomération lilloise, C.A.P Ilot psy et GHICL.

- *Le renforcement des équipes de psychiatrie infanto-juvénile pour développer l'activité de liaison et une participation accrue aux urgences. L'avenant a accordé 381.122 euros pour renforcer les moyens dédiés aux 10 lits et 5 places installés à l'hôpital Saint Antoine*
- *La participation au centre fédératif de recherche régionale en Psychiatrie et le suivi des actions de recherche au sein de la faculté libre de médecine*

Alors que l'annexe de l'avenant a désigné le Professeur Henniaux en qualité de coordinateur, l'ARH a souhaité, ainsi, afficher son souhait que le projet médical de la psychiatrie au GHICL soit coordonné par un référent unique.

Au total, l'avenant au COM prévoyait plus de 2 M euros sur 4 ans destinés à la psychiatrie du GHICL.

Années	2000	2001	2002	2003	2004	Total
montant	36 642	271 511	669 098	774 441	343 010	2 094 703

Les moyens de la psychiatrie au GHICL :

Les capacités en lits

Psy adulte	15 lits	Saint Philibert
Psy infanto-juvénile	10 lits	Saint Vincent
Psy infanto-juvénile	5 lits non installés	Saint Vincent

Les moyens en personnel médical de psychiatrie et pédopsychiatrie au 31 décembre :

2001:	2002:	2003	2004
Saint Vincent 2,27 ETP	2,27 ETP	2,27 ETP	2,27 ETP en psy et 2,45 ETP en pédopsy
Saint Antoine 2,18 ETP	2,82 ETP	2,45 ETP	0
Saint Philibert 2,73 ETP	2,73 ETP	2,73 ETP	2,05 ETP

* au 31/07/2004

L'activité :

Données	Année	St Vincent Pédo-Psychiatrie	St Philibert Psychiatrie Adultes
Entrée Directes	2002	585	199
	2003	579	220
	2004	357	173
<i>Sous-Total</i>		<i>1 521</i>	<i>592</i>
Entrées via les Urgences	2002	296	8
	2003	240	2
	2004	178	0
<i>Sous-Total</i>		<i>714</i>	<i>10</i>
Journées	2002	2 662	4 787
	2003	3 041	4 601
	2004	1 858	3 147
<i>Sous-Total</i>		<i>7 561</i>	<i>12 535</i>
<i>N.B: Les données 2004 sont celles à fin août 2004</i>			
Consultations et Soins Externes			
		Psy. St Vincent	Psy. St Philibert
	2002	3 996	2 883
	2003	3 708	3 846

Le suivi des effectifs dans le cadre du COM Psychiatrie :

PSYCHIATRIE ADULTE

Com financé par ARH	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Psychologue		0,50	0,50			1,00
Psychologue SATU (hors COM)			1,00			1,00
Psychomotricien						
Orthophoniste						
Assistante Sociale					1,00	1,00
Secrétaire				0,50	0,50	1,00
IDE/Puér./Cadre		4,00	4,25	2,25	3,75	14,25
ASH						
Educateur						
Qualif / a déterminer						
Sous-Total PNM		4,50	5,75	2,75	5,25	18,25
PH		0,80	0,20	0,20		1,20
Internes						
Sous-Total PM		0,80	0,20	0,20		1,20
Total Personnel		5,30	5,95	2,95	5,25	19,45

RECRUTEMENT	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Psychologue dt poste SATU		0,50	1,50			2,00
Psychomotricien						
Orthophoniste						
Assistante Sociale						
Secrétaire				0,50		0,50
IDE/Puér./Cadre		1,00	3,00	8,00		12,00
ASH						
Educateur						
Qualif / a déterminer						
Sous-Total PNM		1,50	4,50	8,50		14,50
PH		0,80	0,20	0,20		1,20
Internes						
Sous-Total PM		0,80	0,20	0,20		1,20
Total Personnel		2,30	4,70	8,70		15,70

PEDOPSYCHIATRIE

Com financé par ARH	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Psychologue	0,25		1,75			2,00
Psychomotricien	0,50					0,50
Orthophoniste	0,20					0,20
Assistante Sociale		0,50				0,50
Secrétaire		1,00				1,00
IDE/Puér.				5,00		5,00
ASH				0,50		0,50
Educateur				0,50		0,50
Qualif / a déterminer			3,00	3,00	4,00	10,00
Sous-Total PNM	0,95	1,50	4,75	9,00	4,00	20,20
PH		1,00	1,00	1,00		3,00
Internes				2,00		2,00
Sous-Total PM		1,00	1,00	3,00		5,00
Total Personnel	0,95	2,50	5,75	12,00	4,00	25,20

RECRUTEMENT	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Psychologue	0,25		1,77	0,50		2,52
Psychomotricien	0,50					0,50
Orthophoniste	0,20					0,20
Assistante Sociale			0,50			0,50
Secrétaire		1,00				1,00
IDE/Puér.				3,00		3,00
ASH						
Educateur						
Qualif / a déterminer			0,50			0,50
Sous-Total PNM	0,95	1,00	2,77	3,50		8,22
PH		1,00	1,00	0,50		2,50
Internes				1,00		1,00
Sous-Total PM		1,00	1,00	1,50		3,50
Total Personnel	0,95	2,00	3,77	5,00		11,72

L'origine géographique des patients :

72,25 % des patients proviennent du département du Nord et un peu plus de 22% du Pas de Calais.

3. La psychiatrie générale du GHICL.

3.1 La psychiatrie générale à Saint Philibert.

L'équipe de la MNASM a rencontré le Professeur Henniaux, les Docteurs Dodin et Patel en juin 2004. Dans un second temps, une rencontre avec les personnels, et une visite rapide des locaux ont été organisées en septembre 2004.

Le Professeur Henniaux qui a succédé au précédent chef de service à la suite du décès accidentel de celui-ci en 1985 est responsable de l'enseignement de la psychiatrie générale à l'Institut catholique de Lille. A cette époque, le centre de psychothérapie existait déjà, ainsi que l'hôpital Saint-Philibert ouvert fin 1978, alors que la pédopsychiatrie était installée à l'hôpital Saint-Antoine. Le service de psychiatrie adulte demeurait rattaché au service de neurologie, alors que la séparation des deux disciplines est intervenue en 1968.

L'autonomisation du service de psychiatrie adulte date de la signature de l'avenant psychiatrique du Contrat d'Objectif et de Moyens en 2001. Mais le maintien de l'activité dans les mêmes locaux que ceux du service de neurologie n'a pas permis de scinder totalement les deux activités. La neurologie et la psychiatrie continuent à cohabiter sans avoir su développer ensemble de réponses coordonnées pour les pathologies mixtes, les difficultés de diagnostic, qui font si souvent défaut.

L'activité du service de neurologie de Saint-Philibert s'inscrit dans un avenir dominé par deux axes principaux d'activité : la prise en charge des scléroses en plaques et celle des accidents vasculaires cérébraux. L'activité de scléroses en plaque bénéficie d'une reconnaissance au plan national, fruit d'une expérience développée depuis 1927 en collaboration forte avec le CHU. Le développement de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux s'intègre dans le cadre de partenariats à développer avec les établissements de la Flandre intérieure. L'hôpital prévoit la création d'une unité neuro-vasculaire aiguë de 4 lits, qui s'ajoutera aux deux autres situées au sein du CHU et de l'hôpital de Roubaix-Tourcoing.

La neurologie du GHICL réalise une activité de liaison à Saint-Philibert, ainsi qu'à Saint-Vincent-de-Paul, dans des lits de médecine polyvalente ou en hôpital de jour (troubles cognitifs).

Le service d'hospitalisation est situé au 5^{ème} étage de l'hôpital Saint Philibert au sein d'une aile d'hospitalisation médicale classique (un long couloir et des chambres), il comporte 15 lits (répartis en 5 chambres seules et 5 à deux lits, sans sanitaires.) placés sous la responsabilité du Dr Dodin. Sa gestion est encore assurée par le cadre supérieur infirmier du service de neurologie. Le personnel soignant du service de neurologie a la charge du service de psychiatrie en partie. Cinq ETP d'infirmières sont affectés en propre aux lits de psychiatrie adultes, elles assurent essentiellement l'animation des ateliers thérapeutiques organisés dans le service. Les postes fléchés uniquement « psychiatrie » permettent la présence de 2 infirmières le matin et 2 l'après-midi. Nous n'avons pas rencontré ces infirmières dont la spécificité de travail est présentée comme étant l'animation d'ateliers d'esthétique, de modelage, de dessin/peinture. Un groupe parole, et des repas thérapeutiques sont également organisés.

Le service est reconnu pour ses prises en charge des troubles alimentaires et des syndromes anxio-dépressifs principalement au bénéfice des post-adolescents et d'adultes jeunes.

La prise en charge des troubles alimentaires occupe généralement 5 à 7 lits alors que la DMS globale est de 15 à 20 jours. L'insertion dans le dispositif somatique permet une prise en charge complète des patients atteints de troubles alimentaires sur le plan psychique et somatique. Des groupes de psychothérapies familiales ont été mis en place.

La liste d'attente pour l'admission dans cette unité peut être longue, les patients adressés par les médecins habituellement correspondants du service étant prioritaires. Les premières demandes sont évaluées par téléphone en première intention.

Les troubles alimentaires sont également pris en charge par le CITD géré par le CHU, avec lequel un projet d'accueil commun est en cours d'étude avec le service de pédopsychiatrie. En effet, le service participe au projet commun avec le service du Dr Jean Vignau du CHR concernant les troubles de conduite alimentaire et notamment la mise en place au CITD d'une structure d'accueil et d'orientation des premières demandes.

Les collaborations avec les différentes structures privées de la Région : Maison Fleurie à Lille, Escrebieux à Douai, Ste-Catherine à Arras, Le Bocage à Maubeuge demandent à être développées.

Le service qui assure des sismothérapies (activité assumée également par le CHU) n'accueille pas de patient dans le cadre de soins obligatoires, et ne dispose pas de chambres d'isolement.

A Saint-Philibert, le service des urgences, qui est autonome depuis 1977, accueille actuellement 20 000 passages. Le pourcentage des hospitalisations est important (30%), les tentatives de suicide impliquant la réanimation sont fréquentes. La participation sociale aux demandes apparaît faible.

La présence du psychiatre praticien hospitalier et d'une psychologue chargés des urgences et de la liaison répondait aux besoins (ils avaient quitté l'hôpital lors de notre deuxième venue).

L'activité de recherche est axée sur la gestion de la crise suicidaire et les conduites addictives dont les troubles alimentaires. Le Docteur Dodin participe à un diplôme universitaire franco-qubécois sur les conduites de dépendance, assure des enseignements à l'université catholique, ainsi qu'un enseignement post universitaire pour les médecins généralistes. Il est par ailleurs le seul psychiatre membre de la CME.

La réflexion induite par le Comité de Direction quant à un transfert de l'unité d'hospitalisation complète de Saint-Philibert à Saint-Vincent-de-Paul a abouti à une réactualisation interne du projet médical de la psychiatrie générale du GHICL.

3.2 La psychiatrie générale au Centre de Psychothérapie.

La psychiatrie du GHICL dispose, dans une maison léguée à l'Institut Catholique de Lille, d'un Centre de Psychothérapie où sont réalisées des psychothérapies systémiques, cognitives, et psychodynamiques. Seuls, les médecins et les psychologues interviennent dans ce Centre.

Situé au 40, rue de la Bassée, à proximité d'un quartier étudiant, le Centre reçoit des patients jeunes (la très grande majorité a moins de 30 ans) avec une prédominance de personnes souffrant de troubles alimentaires. Les patients sont suivis en psychothérapie au long cours et sont engagés dans un contrat de soins.

L'équipe, que nous avons rencontrée, estime que la localisation de ce centre éloigné de tout environnement rappelant l'hôpital, est un facteur déterminant alors que les locaux sont situés dans un bâtiment de trois niveaux d'accès peu aisé.

Cette structure semble plutôt méconnue des partenaires extérieurs, et sa justification, accès sur la volonté d'une démarche psychothérapique, ne nous paraît pas suffisante.

3.3 La psychiatrie générale à Saint Vincent : l'unité d'accueil médico-psychologique.

L'Unité d'Accueil Médico-Psychologique (UAMP) est placée sous la responsabilité du Docteur J. Ovadia, psychiatre et de Madame R. Taccoen, cadre de santé.

Rattachée au service de psychiatrie générale de Saint-Philibert, elle se présente comme une équipe mobile dans un hôpital général.

Elle assure l'accueil des urgences psychiatriques et la prise en charge psychologique des patients hospitalisés dans quelques services de l'établissement.

Cette équipe dispose de deux bureaux, un poste infirmier et un secrétariat, dans un étage en mezzanine situé au dessus du hall d'entrée.

Le service des urgences qui est situé au rez-de-chaussée du bâtiment. Les accès pour les visiteurs, et celui pour les véhicules de secours bénéficient d'une très bonne signalisation, et ne souffrent d'aucun encombrement.

Un psychiatre, le Docteur Costisella, partage son activité entre cette unité et Saint-Philibert. L'équipe bénéficie également de 3 vacations de psychiatres, de deux mi-temps de psychologue, d'une secrétaire, d'un cadre et de 7 ETP infirmiers.

Le service des urgences est placé sous la responsabilité du Docteur Bouquillon, il enregistre environ 20 000 passages annuels.

La part des hospitalisations est de 15%. La population suivie est plus défavorisée qu'à Saint-Philibert du fait de la localisation de l'établissement. La part des prises en charge de l'alcoolodépendance et de la toxicomanie est plus importante que sur le site de Saint Philibert.

La fonction d'accueil est assurée par « des infirmières d'accueil et d'orientation » du service des urgences, qui sollicitent les infirmières de l'UAMP en fonction des besoins repérés à l'accueil. L'infirmière de l'UAMP participe également aux réunions de transmissions chaque matin.

Les patients sont vus par un binôme (psychologue/infirmière, psychiatre / infirmière ou psychiatre /psychologue), l'équipe de l'UAMP assurant le suivi du patient jusqu'à sa sortie ou son orientation vers une structure ambulatoire ou, le cas échéant, une hospitalisation (le plus souvent dans un autre établissement). La qualité de l'accueil est renforcée par la possibilité qui est laissée à l'équipe de l'UAMP d'utiliser, pour les patients arrivés par les urgences et le nécessitant, les lits de très court séjour des urgences (7 à 8), installés dans le prolongement des locaux d'accueil et d'examen.

L'augmentation des admissions dans ces lits d'urgences (+ 20% par an environ) et les incertitudes sur l'avenir du CAP « îlot –psy » ont conduit l'équipe à demander la création de 4 lits de court séjour au sein des lits de médecine de Saint-Vincent. Cette demande doit, selon le responsable médical de l'UAMP, répondre à la nécessité de bénéficier d'un lieu d'accueil de crise de 48 à 72 heures.

Que ce soit au niveau de l'accueil ou au sein de l'UHCD, les équipes de l'UAMP et des Urgences travaillent en étroite collaboration. Les relations avec la pédopsychiatrie aux urgences semblent inexistantes, même si le protocole actuel des urgences prévoit, qu'en garde et avant 21H, si l'IDE de l'UAMP est disponible, elle peut être sollicitée aux urgences de pédiatrie.

L'intervention de l'équipe mobile des urgences de psychiatrie à Saint Vincent est limitée à la journée. Pour la garde, et dans l'attente du dispositif de garde conjointe avec « Ilôt Psy », jusqu'à 21H l'accueil infirmier est assuré (l'avis du psychiatre peut être sollicité auprès du psychiatre de garde de « Ilôt Psy »), à partir de 21H, les patients nécessitant un avis psychiatrique sont transférés, en ambulance, jusqu' à « Ilôt Psy ».

Un nouveau protocole doit permettre de mutualiser les moyens entre les deux structures et d'assurer un accueil unique pour les patients, puisque la garde commune sera installée à Saint-Vincent à compter de novembre 2004.

Indépendamment de la question de la participation de la totalité des psychiatres de l'hôpital à cette garde (qui est refusée par les pédo-psychiatres), ce dispositif commun est jugé très satisfaisant par les équipes du GHICL, ce qui n'est pas le cas de l'équipe de « Ilôt Psy ».

La psychiatrie de liaison est assurée auprès de quelques services de l'hôpital Saint Vincent. Elle est encadrée dans une procédure différenciée selon les services : soit à la demande, soit par un passage régulier et systématique dans quelques services demandeurs comme la gynécologie ou l'hémato-oncologie.

La MNASM, n'a pas eu l'occasion de rencontrer le responsable du service d'hématologie, service avec lequel l'activité de liaison a été la plus développée, et formalisée, tant vis-à-vis des patients que dans l'encadrement et le soutien de l'équipe. Cette activité requiert à elle seule 3 demi-journées de temps médical, ainsi qu'un mi temps de psychologue.

Les services rendus par cette entité autonome au profit des urgences et des services de Saint-Vincent n'est pas contestable : les clefs de son efficacité ne sont pas prioritairement une question de moyens, elles résident dans son aptitude à organiser des partenariats avec l'environnement sanitaire, avec les autres acteurs institutionnels de la région à commencer par l'agglomération Lilloise, notamment pour la gestion de l'urgence et de l'hospitalisation lorsque cette dernière apparaît indispensable.

3.4 L'environnement psychiatrique Lillois du GHICL.

3.4.1 L'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise.

Il a été créé en 1998 par la fusion de Lommelet sectorisé sur Lomme et Roubaix et Ulysse Trélat sectorisé sur Lille (le secteur du Pas de Calais a été transféré sur Liévin).

Il s'agit d'un établissement important regroupant :

- 9 secteurs de psychiatrie générale avec un pôle lillois : 5 secteurs, et un pôle roubaisien constitué autour de 4 secteurs,
- 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile avec un pôle Lillois de 2 secteurs et un pôle roubaisien de deux secteurs également.
- 1 département de psychoréhabilitation (service intersectoriel de 90 lits),
- 1 intersecteur de toxicomanie.

Alors que l'établissement a ouvert une Maison d'Accueil Spécialisé, son activité extrahospitalière s'est développée sur 70 structures extrahospitalières pour un total de 262 places. L'E.P.S.M. de l'agglomération lilloise d'un budget de 82 638 930 euros (budget 2004) avec une file active 2003 de 21884 patients.

En 1992, le Centre de soins Ulysse-Trélat a créé, avec le soutien de la DDASS du Nord, un Centre d'Accueil Permanent (CAP) baptisé Ilôt Psy, ouvert 24h sur 24 tous les jours de l'année afin d'assurer l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques ambulatoires sur Lille.

Une première convention de coopération a été signée avec le GHICL en novembre 2000 pour favoriser la complémentarité de l'accueil et du traitement des urgences au sein du CAP Ilôt-Psy. Cette convention prévoyait que le GHICL mette à disposition du CAP son département de psychiatrie : service d'hospitalisation, dispositif de liaison psychiatrique de Saint-Philibert, le centre de psychothérapie, ses services d'urgence pour le traitement des troubles somatiques. Il était également prévu des réunions de formation communes et une évaluation des diverses actions.

Cette convention prévoyait également une complémentarité dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile (secteur 59 I 04), la lutte contre la toxicomanie, la complémentarité entre le service de psychiatrie de Saint-Philibert et le secteur de psychiatrie générale 59 G 20 (Lomme, Lambersart, Saint-André, Lompret, Verlinghem).

Une convention du 17 mai 2002 a défini les modalités de l'intervention du Professeur Lucidarme, hépatologue, à destination des patients toxicomanes au Centre Boris Vian « le mercredi de 10h30 à 12h ».

Puis, une convention a déterminé pour six mois du 1^{er} novembre 2004 au 30 avril 2005, la permanence médicale des soins psychiatriques concernant, de façon conjointe, le service des urgences de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul et le centre d'accueil permanent Ilôt-Psy (cf infra). Le dispositif comprenait un système de garde médicale psychiatrique effectuée sur place toutes les nuits, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. La garde médicale y est depuis assurée par des psychiatres des hôpitaux de l'EPSM de l'agglomération lilloise, ainsi que par d'autres praticiens hospitaliers ou psychiatres d'exercice libéral sur la base du volontariat.

La MNASM a rencontré la Direction, les chefs de service et les cadres de santé.

Les chefs des secteurs de l'EPSM de l'agglomération lilloise concernés par le CAP Ilôt Psy se retrouvent sur plusieurs analyses communes :

- le GHICL dans la continuité d'une longue histoire, née dès la distinction en deux sections de la Charité, sélectionne ses patients hospitalisés en psychiatrie générale sur quelques thèmes cliniques.
- l'attribution de postes infirmiers pour cette garde commune demeure mal vécue alors que chaque secteur de l'EPSM a détaché 5 postes infirmiers. Il a été avancé qu'un tiers de l'activité concerne l'agglomération lilloise au-delà des trois secteurs actuellement concernés. Les relations entre les secteurs et la psychiatrie du GHICL ont été présentées comme ponctuelles. Le centre psychothérapeutique de la rue de la Basset ne semble pas être connu.

Le Docteur Michel LIBERT nous a présenté la situation de la psychiatrie infanto-juvénile de l'agglomération lilloise dans sa perspective historique. Selon lui, le secteur du CHU sort actuellement d'une période de crise. Ses lits ont été amenés à répondre à des demandes multiples dominées souvent par des problématiques sociales ou des conflits institutionnels des structures pourvoyeuses. Dans le même temps, le secteur rattaché à Armentières a été amené à se centrer sur ses missions sectorielles. Quant à la psychiatrie infanto-juvénile du GHICL, très liée à la pédiatrie de Saint-Vincent-de-Paul, elle centre ses efforts sur des décompensations délirantes sans troubles du comportement, les victimes d'abus sexuels, de maltraitance, les épisodes dépressifs avec ou sans tentatives de suicide. Le secteur rattaché à l'EPSM de l'agglomération lilloise doit mettre en place une unité de 10 lits pour adolescents (Roubaix, Lille, Villeneuve d'Ascq). Une telle évolution des réponses d'hospitalisation complète côtoie des problèmes persistants concernant l'amont et l'aval mais aussi une excellente collaboration entre les divers services de psychiatrie infanto-juvénile pour certaines prises en charge, à commencer par les bébés et les petits.

La psychiatrie infanto-juvénile se dit « ligotée par le redéploiement de la psychiatrie adulte », et la dotation d'une vingtaine de postes pour la pédopsychiatrie du GHICL lui paraît disproportionnée.

3.4.2 Le centre d'accueil permanent « ILOT-PSY ».

Géré par l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise (EPSM), le centre d'accueil permanent dit « Ilot-Psy » a été ouvert en 1992, dans le quartier Wazemmes.

Ilot-Psy fonctionne, depuis 12 ans, comme une unité d'accueil, d'écoute et de soins ambulatoires. Il est ouvert de manière continue 24 heures sur 24. Avant 1992, les dispositifs d'accueil d'urgences psychiatrique sur Lille, étaient situés à l'hôpital d'Armentières (devenu EPSM Lille Métropole) et au CHU (Clinique Fontan). L'Ilot-psy, structure intersectorielle, a permis de répondre aux besoins des trois secteurs lillois intramuros, gérés par Ulysse Trélat ainsi que du secteur de Denain. Initialement trois lits permettaient un accueil de court séjour.

A sa création, le dispositif comprenait une garde médicale psychiatrique effectuée sur place les nuits, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. La garde médicale sur place y est assurée par des psychiatres de l'EPSM de l'agglomération lilloise, ainsi que par d'autres praticiens hospitaliers ou psychiatres d'exercice libéral sur la base du volontariat (soit un pool de 38 psychiatres).

Le CAP accueille actuellement le tout venant de Lille et du « Grand Lille » dont les patients vus aux urgences de Saint Vincent après 18 heures 30 et le week-end (ce qui représente environ une dizaine de patients par semaine).

L'ouverture du pôle urgences de Saint-Vincent a modifié son fonctionnement, ce qui inquiète son équipe.

L'extension de la garde médicale du « CAP Ilôt Psy » sur le service des urgences de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul voisin, doit permettre le renforcement du dispositif existant sur le GHICL avec la mise en place d'une garde de psychiatrie assurée par des psychiatres du GHICL et de l'EPSM de l'agglomération lilloise.

Son principe a été arrêté dans le cadre du SROS dès 1998, et les Contrats d'Objectifs et de Moyens des deux établissements ont intégré le principe d'une telle coopération.

Le siège de la garde commune se situe dans les locaux du service des urgences de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, où une chambre est prévue pour le psychiatre de garde.

La convention précise enfin que le psychiatre de permanence disposera d'un véhicule de service mis à disposition par le GHICL à proximité du service des urgences de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul pour effectuer les déplacements entre les deux structures.

Le psychiatre de garde pourra être amené à intervenir sur la demande d'un médecin senior du service des urgences de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul pour assurer auprès de lui une action de consultation et d'orientation des situations psychiatriques ayant un caractère d'urgence, de même que sur le CAP Ilôt Psy sur l'appel de ses infirmiers.

L'équipe infirmière mise en place au service des urgences de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul dispose de locaux pour l'accueil et l'orientation des situations psychiatriques, où le psychiatre de permanence pourra tenir ses entretiens.

En cas de nécessité, et en l'absence d'indication d'orientation immédiate vers un service d'hospitalisation de psychiatrie, les patients pourront être accueillis, pour une période n'excédant pas 72 heures à Saint-Vincent-de-Paul qui en assure la logistique et la sécurité.

La coordination est assurée par l'EPSM de l'agglomération lilloise qui rémunère l'ensemble des praticiens de garde.

Situé dans des locaux agréables, l'« Îlot-Psy » a une place reconnue à Lille auprès des médecins généralistes, des travailleurs sociaux, ainsi qu'auprès des patients eux-mêmes qui viennent volontiers directement. Les patients accueillis sont des personnes en souffrance, même si ce ne sont pas des urgences à proprement parler. A la différence des CMP où il faut attendre un rendez-vous avec des horaires parfois inadaptés, des libéraux inaccessibles pour certains patients ; dans cette structure, on est reçu immédiatement par un soignant. On y accueille des problèmes très variés : crises existentielles (deuil, ruptures), grands adolescents, mais aussi des problèmes d'ordre psychotique ignorés jusque là. De nombreuses consultations sont de fait des consultations d'attente de CMP. Le centre a une activité importante d'écoute téléphonique (de l'ordre de 20 appels par jour : 7221 appels en 2003). L'activité de consultation est en expansion avec le développement de thérapies brèves. La gestion des lits sur place a été abandonnée depuis quelques temps.

La réorganisation du dispositif de garde psychiatrique est vécue par l'équipe d'Îlot-Psy comme une menace de disparition de son fonctionnement dans la mesure où la présence médicale va être déplacée sur Saint-Vincent. Le médecin chef du secteur responsable de cet outil a quitté l'EPSM pour Armentières et l'équipe craint une fermeture, en raison de son coût. Malgré l'ancienneté de ce projet validé par l'ARH, l'équipe rencontre des difficultés importantes pour ajuster son fonctionnement et ses finalités à la mise en place de la garde conjointe à Saint-Vincent. L'absence de projet de fonctionnement pour cette structure au moment de la réorganisation de la garde risque d'amplifier les conflits et les tensions que nous avons perçus, au détriment d'une collaboration coordonnée entre les secteurs, le GHICL et le CAP.

3.4.3 L'activité du Groupe Lille-Sud en santé mentale.

Les sites que nous avons visités appartiennent à un groupe privé : Lille - Sud actuellement en expansion et regroupant une activité MCO et psychiatrie qui se déploie sur les sites du Parc Monceau (Lille) et de la Clinique Maison Fleurie (Fashes-Thumesnil) en proche banlieue.

Les deux sites sont de création récente soit par rachat avec modification des locaux (Parc Monceau), soit par extension de capacité (Fashes-Thumesnil). La Direction envisage d'accroître la capacité actuelle du Parc Monceau (20 lits). A Fashes-Thumesnil la capacité est de 52 lits et places (respectivement 37 lits et 20 places d'hôpital de jour).

La vocation de cette structure est de recevoir des patients atteints de troubles dépressifs en hôpital de jour ou en hospitalisation complète.

Le Docteur Toeuf, praticien, travaillant à Fashes-Thumesnil indique ne pas travailler avec le GHICL, « chacun gérant sa file active de malades ». Il se dit intéressé notamment, par une possibilité de travail avec la pédopsychiatrie.

Les mécanismes de fonctionnement de cet établissement semblent auto-centrés alors que le sentiment exprimé est qu'il y a « des manques énormes » par exemple pour la prise en charge cohérente des addictions.

4. La psychiatrie infanto-juvénile au GHICL.

4.1 Son histoire récente.

Le service de psychiatrie infanto-juvénile du GHICL, dont le médecin-chef est le Docteur Patrice DOUBLIEZ, est implanté sur le site de Saint Vincent, sur lequel ont été transférées les unités de pédiatrie de l'ancien hôpital Saint Antoine pour constituer un pôle mère-enfant dans lequel il s'est inscrit.

Le Docteur Doubliez qui assure les fonctions de chef de service depuis 2002, est détaché de l'hôpital d'Armentières où il exerçait jusqu'alors. Très engagé au moment de son recrutement, il a estimé que les problèmes relationnels qui avaient conduit au recrutement d'un PH extérieur au GHICL pour assumer la chefferie de service de pédopsychiatrie n'étaient pas insurmontables au regard de l'intérêt des projets.

La place occupée par le Professeur Convain, actuellement en charge du pôle « consultation et recherche » au sein du service de pédopsychiatrie à Saint-Vincent, et responsable universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la faculté libre de médecine de Lille, témoigne de son souci d'assurer les missions qui lui ont été confiées.

Le Professeur Convain a été à l'origine de la création du service de pédopsychiatrie en 97/98 et du transfert de la pédopsychiatrie de Saint-Antoine à Saint-Vincent. C'est sur la base des orientations qui avaient été fixées, à cette époque, que l'avenant au COM a été signé en 2000.

A sa nomination comme enseignant, le Docteur Convain devait assurer la chefferie du service de la pédopsychiatrie. Il a été nommé responsable de l'enseignement de pédopsychiatrie à la faculté, après avoir rencontré des difficultés dans le management de l'équipe de pédopsychiatrie.

Aujourd'hui, après avoir modifié son projet médical, le Docteur Doubliez estime ne pas disposer des moyens nécessaires à sa mise en oeuvre. Les orientations de son projet s'articulent autour de 4 pôles :

- Le pôle enfant en articulation avec le projet pédiatrique (3 lits au sein de la pédiatrie)
- Le pôle adolescent (7 lits) (responsable : Dr Tomolillo)
- Le pôle consultation externe et coordination universitaire (responsable : Pr Convain)
- Le pôle Urgences et psychiatrie de liaison

L'Hôpital de jour (5 places) n'a pas encore pu être ouvert, faute de moyens en personnel médical. Le défaut de ressources médicales n'a pas permis, outre l'hôpital de jour, de développer l'articulation avec la maternité, et la néonatalogie.

4.2 L'activité de psychiatrie infanto-juvénile au GHICL.

Ses particularités se résument en trois points :

- Son intégration réelle dans le pôle mère-enfant de l'hôpital avec, notamment, une cogestion de l'unité d'adolescents sur laquelle nous reviendrons.
- L'absence de sectorisation
- Une valence universitaire du service par la présence du Professeur Lionel CONVAIN.

Le service de pédo-psychiatrie dessert la population de la métropole lilloise et plus particulièrement celle des quartiers défavorisés au sein desquels est implanté le centre hospitalier Saint-Vincent. Il a pour vocation d'être articulé avec deux autres services de la métropole lilloise :

- Celui du Professeur Pierre DELION implanté sur le CHU.
- Le service du Dr Michel LIBERT, rattaché à l'E.P.S.M. de l'agglomération lilloise.

Le service est organisé dans une synergie avec la pédiatrie et comprend donc

- Un pôle adolescents.
- Un pôle périnatalité
- Un pôle enfants (de 1 an à 12 ans).

4.2.1 Le pôle Adolescents.

L'unité de santé de l'adolescent (USA) dispose de 15 lits dont l'objectif est la prise en charge globale des problèmes de santé de l'adolescent. Cette unité, placée sous la responsabilité du Dr Pascale GRONNIER pédiatre, offre une structure d'une réelle qualité. La cohabitation avec la pédiatrie générale génère une collaboration dont l'ensemble du personnel rencontré se dit satisfait. Dans les faits, le fonctionnement s'apparente à une cogestion de l'unité avec la participation du Dr TOMOLILLO. Les 15 lits, partagés entre la pédiatrie proprement dite (8 lits) et la psychiatrie infanto-juvénile (7 lits), sont installés dans des locaux fonctionnels qui offrent une bonne qualité hôtelière. Cette répartition paraît assez arbitraire et peut varier en fonction des demandes, alors qu'un certain nombre de problèmes somatiques demandent l'intervention de la psychiatrie infanto-juvénile et inversement.

L'équipe soignante, fortement motivée par la clinique de l'adolescent, bénéficie de trois réunions hebdomadaires de synthèse et de régulation qui concernent l'ensemble des patients.

Les pathologies de type troubles alimentaires sont gérées en commun sur le plan médical. Les troubles d'ordre psychopathologique apparaissent variés et des jeunes présentant des bouffées délirantes sont parfois accueillis. Néanmoins, une des questions centrales est celle de la capacité d'accueil de l'unité et de ses limites, même si cette question ne doit pas être abordée seulement en termes d'aménagements architecturaux mais, aussi, en terme de capacité de contenance de l'équipe soignante.

La question demeure posée en particulier pour des jeunes adressés par les établissements sociaux ou médico-sociaux, avec l'interpellation classique de la psychiatrie pour des manifestations de violence. Ces jeunes sont actuellement hospitalisés essentiellement au CHU dans une unité de 15 lits qui reçoit des situations extrêmement contrastées en âge et en pathologies.

Un projet d'hôpital de jour a été élaboré (il fonctionnerait quelques jours par semaine en alternance avec une structure de jour pour des plus petits), mais ne peut être mis en œuvre, pour l'instant, du fait de l'absence d'un PH en attente de recrutement.

En dehors de l'unité de médecine de l'adolescent, le travail de l'équipe du service de pédopsychiatrie est centré essentiellement sur un travail de psychiatrie de liaison.

4.2.2 La psychiatrie de liaison.

L'équipe intervient sur les différents pôles du service de pédiatrie à commencer par la néonatalogie où une psychologue est présente et participe régulièrement au staff hebdomadaire du service. Une psychomotricienne intervient, systématiquement, auprès des prématurés. Il existe un souhait de développer ce travail de liaison avec la réanimation, l'unité de nourrissons, 1/4 ans. L'insuffisance des temps médicaux n'a pas permis au service de développer cet axe.

Différents projets spécifiques à cette immersion dans la pédiatrie, et notamment la mise en place d'un groupe de parole pour des parents ou l'apport d'un étayage à certaines fratries attendent d'être mis en œuvre.

En dehors des liens directs entre soignants, une fiche de demande d'intervention psychiatrique a été mise en place récemment qui reprend l'histoire de l'enfant et explicite la demande d'intervention. Une réponse écrite est assurée à la suite de l'intervention. Une évaluation de celle-ci est prévue. Le service rencontre, comme le service de psychiatrie générale, des difficultés importantes pour disposer d'outils permettant la mise en œuvre de démarche d'évaluation (l'activité est encore relevée de manière manuelle avec, sûrement, des biais ne permettant pas une réelle analyse du travail effectué).

4.2.3 La consultation.

Elle constitue d'une part, l'interface du service avec l'extérieur (médecins généralistes, secteur scolaire, PMI, ASE, CMPP), et d'autre part la suite de certaines hospitalisations et répond aux demandes des pédiatres. Des adolescents qui ont été hospitalisés dans l'unité d'adolescents y sont reçus, mais aussi des enfants et adolescents en vue d'une évaluation clinique.

60 % des primo-consultants ont été suivis en CMP ou en CMPP, mais en l'absence de moyens pour suivre ces enfants, ceux-ci sont ré-adressés vers l'adresseur, après quelques consultations.

L'équipe qui intervient dans cette consultation est réduite : elle comprend les médecins du service et deux psychologues qui travaillent également dans d'autres unités. Le professeur CONVAIN consacre la totalité de son temps hospitalier à cette consultation dont il assume la responsabilité.

Il n'existe pas de travail à dimension institutionnelle ce qui fait ressembler cette consultation à un cabinet de groupe. De ce fait, l'évaluation du travail réalisé paraît assez sommaire.

4.2.4 Les urgences.

Les urgences pédiatriques accueillent les enfants jusqu'à 15 ans 3 mois. Il existe une interface pour les jeunes de 16/18 ans. La réponse apportée à un besoin d'hospitalisation pour un adolescent entré par les urgences est organisée au niveau de l'UHCD. Cette hospitalisation « porte » n'est pas gérée conjointement par une infirmière du service de psychiatrie générale et de pédo-psychiatrie. La prise en charge est assurée par l'équipe de l'UHCD qui interpelle la pédopsychiatrie lors de besoin.

4.3 La psychiatrie au CHU.

4.3.1 Le CITD.

Nous avons rencontré le Docteur Jean Vignau et visité les locaux du CITD Boulevard de Metz à Lille.

Le CITD s'inscrit dans une longue histoire marquée par plusieurs étapes : la dispensation de la méthadone en 1996, l'adaptation au concept de troubles addictifs élargissant les champs cliniques rencontrés avec un abord croissant des troubles des conduites alimentaires et une adaptation de l'offre de soins, à commencer par l'unité d'hospitalisation, mais aussi les consultations.

Actuellement, la file active annuelle est constituée de 1000 patients alcoolodépendants (dans une filiation initiée par le Professeur Fontan qui demeure perceptible dans l'unité toute proche d'hospitalisation complète en alcoologie), 700 à 800 personnes toxicomanes, 250 personnes souffrant de troubles alimentaires dans le cadre d'un accueil non programmé.

L'unité d'hospitalisation du CITD qui dispose de 9 lits accueille deux fois sur trois, une situation clinique dominée par un trouble des conduites alimentaires (on relève 2 lits mère-enfant). Dans ce contexte, ce centre est devenu un lieu important d'évaluation et d'orientation des troubles addictifs incluant, pour une partie importante, les troubles des conduites alimentaires.

Un tel ensemble offre des conditions de formation reconnues, puisque 8 internes (psychiatrie, médecine interne, médecine du travail) y sont affectés. Le Centre s'inscrit dans un réseau sanitaire associant médecins généralistes et psychiatres, structures dédiées aux toxicomanes et les services MCO du CHU.

Des complémentarités se sont constituées avec plusieurs disciplines du CHU : endocrinologie, gynécologie, rhumatologie (problèmes, entre autre, d'ostéoporose), médecine physique et de réadaptation, dans la prise en charge de ces troubles des conduites alimentaires.

Des liens existent avec les établissements hors CHU, notamment avec l'unité d'adolescents de Saint-Vincent-de-Paul et le service de psychiatrie générale de Saint-Philibert, le Centre Hospitalier de Béthune (Dr A-M. Lefèvre) et des cliniques privées (Maison Fleurie et Les Sabliers).

Actuellement, le CITD recrute au-delà de la région Nord-Pas-de-Calais (Haute Normandie, Picardie, Ardennes) et les relais de prise en charge impliquent en proximité un certain nombre de gynécologues mais peu de psychiatres libéraux.

Pour le Docteur Jean Vignau, il existe à l'évidence un besoin de coordination et de lisibilité, pour que l'accueil des patients et de leurs proches se fasse à partir d'indications précisées, complémentaires et coordonnées.

Actuellement, l'organisation informelle semble être articulée de la manière suivante :

- L'orientation est prise en charge par le CITD,
- La prise en charge des anorexies âgées de moins de 15 ans par Saint-Vincent-de-Paul,
- Les anorexies « simples » par l'hôpital Saint-Philibert,
- Les anorexies « compliquées » par le CITD.

Alors que les demandes apparaissent en augmentation notable, une réflexion entre les différentes structures, portant sur l'organisation de l'entrée dans le dispositif, et la conception du soin, la définition du rôle des diverses équipes et des objectifs des unités d'hospitalisation complète, paraît indispensable. Il convient d'y associer le projet de la Clinique Santé de la Fondation de France située à Villeneuve d'Ascq (25 lits et 25 places d'hôpital de jour).

4.3.2 La psychiatrie infanto-juvénile du CHU.

Nommé récemment au CHRU de Lille, le Professeur Delion s'est donné pour objectif de favoriser des complémentarités entre les différents partenaires de la région, en fonction des compétences et des moyens de chacun, à commencer par les pathologies pédopsychiatriques classiques.

Historiquement, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile du CHU a été présenté comme une structure régionale, constamment disponible et largement ouverte, ce qui n'a pas favorisé

une organisation de l'hospitalisation complète par indications, coordonnée, permettant des orientations successives en fonction des situations cliniques.

Actuellement, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile du CHU est chargé de répondre aux besoins de Lille-Sud et de Seclin. Sur le site du CHU, l'unité d'hospitalisation doit être prochainement installée dans un nouveau bâtiment, l'hôpital Michel Fontan (les locaux actuels en USN sont depuis longtemps très inadaptés).

Le service compte trois Centres Médico-Psychologiques, dont celui de Lille-Sud qui doit bientôt bénéficier de locaux neufs (« Montebello » proche du CITD) dans lesquels, outre le CMP, seront implantés un hôpital de jour pour adolescents, un centre autisme, et un hôpital de jour pour autistes.

Le service pense devoir être inclus dans les champs cliniques régionaux de la pédopsychiatrie (addictologie et anorexies avant 16 ans). Pour Lille-Sud, des complémentarités thérapeutiques existent avec Saint-Vincent-de-Paul, au cas par cas (service fermé au CHU, ouvert à Saint-Vincent-de-Paul), et dominées par les troubles du comportement.

Les pédopsychiatres de la région se réunissent par bassin de vie, département ou de façon régionale (notamment pour ce qui concerne les bébés et les adolescents) alors que des « zones blanches » en terme de temps médicaux persistent en périphérie. Un certain nombre de réseaux se développent notamment pour la périnatalité qui fait appel à la pédopsychiatrie, mais aussi la neuropédiatrie avec laquelle les liens existent depuis une dizaine d'années, et l'autisme.

Alors que deux DU ont été mis en place (permettant de favoriser des liens en se formant ensemble) : autisme, adolescents difficiles, un projet concerne la psychopathologie du bébé et du jeune enfant.

5. Les orientations contenues dans le pré-projet médical.

Le GHICL souhaite renforcer son offre de soins sur quelques axes prioritaires parmi lesquels : la création d'une filière gériatrique interdisciplinaire, en réseau avec des structures extérieures, la structuration du pôle cancérologie dans le cadre du réseau régional, la prise en charge des AVC en articulation avec les établissements de la Flandre intérieure.

Pour ce qui concerne la pédiatrie, le GHICL souhaite développer son engagement dans les réseaux de prise en charge des bronchiolites, et des gastro-entérites, l'activité ambulatoire autour de l'obésité. Cette mutation de l'activité doit s'accompagner « d'une diminution du nombre de lits et d'une adaptation des structures ». Par ailleurs, l'établissement envisage une augmentation importante de l'activité de la maternité.

Le regroupement sur le seul site de Saint-Vincent de la psychiatrie a été envisagé par le comité de direction élargi et soumis à l'étude de la communauté médicale. Aux bénéfices fonctionnels de ce regroupement de la discipline pour favoriser les coordinations entre les deux services, s'ajoutent l'avantage de disposer de locaux plus confortables et plus vastes (il est envisagé un doublement de la surface totale), et l'opportunité d'ouvrir 4 lits de crise à Saint-Vincent. Il a été envisagé que l'activité de liaison serait maintenue sur les deux sites. La direction précise que le regroupement de la psychiatrie adulte sur Saint Vincent de Paul permettra de définir clairement le partage des effectifs entre la neurologie et la psychiatrie.

6. Nos propositions.

6.1 Le recentrage de l'activité de psychiatrie générale.

Très auto-centré sur les hospitalisations, le service de psychiatrie générale nous semble devoir s'intégrer, dans le cadre des orientations discutées dans le prochain SROS, dans une problématique plus large de prises en charge coordonnées avec les différents partenaires intervenants sur l'agglomération lilloise.

6.1.1 L'avenir du centre de psychothérapie.

L'externalisation des consultations d'un service de psychiatrie non sectorisé ne nous semble pas devoir être confortée en l'absence d'un positionnement clairement interinstitutionnel. D'autant que les 2 sites hospitaliers du GHICL sont installés en zone urbaine et donc faciles d'accès, permettent un abord banalisé et non stigmatisant des soins en consultation.

6.1.2 Les lits de crise à Saint-Vincent.

La MNASM soutient le projet de création de lits de 48 à 72 heures pour la prise en charge des urgences et/ou situation de crise. L'objectif de ce type de structure sert au bénéfice des patients, des familles et du réseau de première ligne car elle est demandée en priorité, elle est plus facilement acceptée, et permet de pouvoir bénéficier de la proximité du plateau technique somatique, de la moindre stigmatisation et d'une contrainte temporaire dont la réversibilité est davantage et plus rapidement garantie. Elle permet également d'interposer un système tampon dans le temps et dans l'espace entre une réponse ambulatoire trop précoce et risquée, non suffisamment préparée et une réponse hospitalière spécialisée, non encore inévitable.

La localisation de ces lits à proximité des urgences, nous paraît bien sûr préférable à une installation dans les futurs locaux de la psychiatrie générale. Cependant, outre les obstacles architecturaux qui pourraient se présenter, il ne paraît pas incohérent, dans le cas d'un transfert des lits de psychiatrie générale sur le site de Saint-Vincent d'ajuster, à cette occasion, la capacité en lits de ce service aux moyens en personnel, en préférant une unité de 18 à 20 lits au lieu des 15, historiquement installés.

6.1.3 Le développement de la psychiatrie de liaison.

La psychiatrie de liaison a pour objectifs de répondre aux besoins des services MCO du GHICL qu'elle soit spécifique ou non. Les activités de liaison définies comme spécifiques doivent s'inscrire pleinement dans le projet d'établissement alors que les besoins sont considérables et impliquent une réelle coordination avec les secteurs de référence concernés par la zone d'attraction du GHICL.

6.1.4 Le réajustement du dispositif de prise en charge aux urgences.

La perspective d'un regroupement de l'ensemble du pôle psychiatrique sur Saint Vincent permettra d'élaborer un projet d'ensemble avec les lits d'hospitalisation qui seront installées pour la psychiatrie générale dans l'hôpital Saint Vincent. L'activité de liaison et d'accueil des urgences à Saint Philibert nécessite, comme aujourd'hui à Saint Vincent, une activité mobile d'urgence et de liaison.

Nous reprenons à notre compte ce qui concerne les urgences à Saint-Philibert, dans le projet médical : *« L'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'Hôpital Saint-Philibert nécessiterait à terme une organisation équivalente à celle de Saint-Vincent-de-Paul. En conséquence, la prise en charge des urgences psychiatriques sur ce site devra se faire par l'association des moyens mis en œuvre sur le versant Lille Ouest (Flandre intérieure) qui inclurait dans son dispositif les structures psychiatriques de Bailleul et d'Armentières ».*

Dans l'attente d'un renforcement par des infirmiers mis à disposition par les secteurs concernés par la zone d'attraction de Saint-Philibert, les postes de PH et de psychologue, pourvus par des recrutements nouveaux, représentent une réponse adaptée.

Le réseau alcool initié par le groupe LAMA, mérite d'être développé avec un objectif de réseau ville-hôpital en coordination avec les secteurs concernés tout comme la prévention dans les lycées.

6.1.5 L'hospitalisation complète.

L'implantation de l'hospitalisation complète sur le site de Saint-Vincent-de-Paul doit s'inscrire dans le cadre de l'organisation des prises en charge des syndromes dépressifs et des troubles psychopathologiques des grands adolescents et des adultes jeune au sein de l'agglomération lilloise, et pour les troubles des conduites alimentaires dans le cadre régional.

Il nous semble en effet primordial d'inscrire cette unité dans un ensemble défini et cohérent susceptible de favoriser des complémentarités contractualisées et donc de répondre à des besoins identifiés. Une telle exigence doit être d'autant plus affirmée que le projet médical

réactualisé évoque « des pathologies dépressives ne relevant pas de l'hôpital psychiatrique » ou une « psychopathologie des grands adolescents et adultes jeunes à l'hôpital général avant la chronicisation de leurs troubles ».

Une spécialisation pour de telles pathologies ciblées implique la mise en place et l'intégration dans un réseau notamment pour les troubles du comportement alimentaire en s'inspirant par exemple du réseau sur les troubles du comportement alimentaire d'Île-de-France (cf supra) et en définissant un cahier des charges précis.

6.2 La recherche d'une meilleure articulation entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile.

La création d'un département devrait favoriser le développement de réelles articulations, notamment dans la prise en charge de troubles alimentaires, des adolescents et des urgences, que le regroupement sur un seul site favorisera. Cependant, la réactivation de ce projet risque, paradoxalement de placer la question de la désignation du coordonnateur au centre des discussions au détriment de la recherche d'axes de complémentarité forts et, surtout, en cohérence avec les axes de collaboration avec les partenaires extérieurs. Cette question ne nous apparaît donc pas première, sauf à ce que le cahier des charges assigné au coordonnateur comporte, clairement, la nécessité de développer les collaborations avec les partenaires extérieurs à l'hôpital, et d'articuler les prises en charge autour de protocoles clairement identifiés et partagés au sein de l'agglomération.

Il existe, à l'évidence un besoin de coordination et de lisibilité, pour que l'accueil des patients et de leurs proches se fasse à partir d'indications précisées, complémentaires et coordonnées.

6.3 Le développement de la psychiatrie infanto-juvénile.

Le docteur Doubliez recruté pour appliquer un projet médical qu'il ne peut toujours pas mettre en œuvre en totalité, nourrit de vives inquiétudes, ne se sent pas soutenu dans l'action qu'il tente de conduire malgré l'insuffisance évidente de ses moyens en temps médicaux.

Le service de psychiatrie infanto-juvénile nous semble devoir être soutenu compte tenu de la place qu'il occupe dans le dispositif tant interne qu'externe.

Aujourd'hui ce service bénéficie d'un très bel outil (locaux dans un hôpital neuf très bien desservi et implanté), d'un environnement favorable à la mise en place de projets ouverts et structurants que ce soit en interne avec les services de l'hôpital Saint-Vincent de Paul qu'en externe, sur l'agglomération lilloise.

Le recrutement d'un temps plein supplémentaire comme initialement prévu dans le cadre du COM s'avère indispensable à la poursuite et au développement de l'activité.

Le projet de la pédopsychiatrie doit être reprecisé notamment pour ce qui concerne l'orientation de l'hôpital de jour (exclusivement ou non pédo-psy). Le fonctionnement de la consultation devra être évalué et mis en cohérence avec les autres composantes du dispositif. La pérennité de l'arrangement entre le chef de service et le Professeur Convain, nous paraît périlleuse pour le développement de l'activité du service, notamment dans le cadre d'un regroupement de l'ensemble de la discipline psychiatrique sur le site de Saint Vincent.

Alors qu'une politique départementale consacrée aux adolescents paraît indispensable, le projet du GHICL devra s'inscrire dans le cadre de ce dispositif coordonné.

En psychiatrie infanto-juvénile, le processus d'intégration au dispositif de soins Lillois est de par la volonté des acteurs (G.H.I.C.L - C.H.U - C.H.S) en voie de s'ouvrir.

La mise en réseau des moyens pour l'adolescence des trois services de psychiatrie avec l'implication des autres partenaires est en cours. L'idée d'une maison de l'adolescent a, également, été évoquée (elle est souhaitée par le Conseil Général), mais les acteurs s'orientent davantage sur l'idée d'une maison virtuelle par la mise en réseau des moyens, en lien avec un point jeune géré par « La Sauvegarde ».

6.4 La prise en charge des urgences au sein de l'agglomération lilloise.

Compte tenu de sa localisation, la place du GHICL dans la prise en charge des urgences doit être renforcée en partenariat avec les deux autres établissements sectorisés. L'accueil des urgences mais aussi l'hospitalisation et la prise en charge des HDT devraient pouvoir faire l'objet d'une étude conjointe sous l'égide de l'ARH. Des modalités de coopération entre les structures publiques et privées de l'agglomération doivent à terme pouvoir rendre le maillage du dispositif plus lisible et efficient.

La réorganisation des urgences psychiatriques sur Saint-Vincent va également concerner la pédopsychiatrie dans la mesure où elle risque d'entraîner une augmentation du nombre d'adolescents reçus, alors qu'aujourd'hui, la majorité de ces derniers est reçue aux urgences du CHU. L'évolution de la demande, sans mise à niveau des moyens, risque d'accroître les difficultés du service de psychiatrie infanto-juvénile.

6.5 Le renforcement de la politique de soins.

Trois axes forts nous paraissent devoir être pris particulièrement en compte :

- Donner des moyens infirmiers et aides - soignants suffisants pour permettre aux personnels de s'engager dans le soin au delà des soins de base.

- Prioriser dans le plan de formation des années à venir des actions spécifiques, afin de donner les outils de travail aux I. D. E (ex: thérapie familiale , relation d' aide etc...)
- Favoriser l'intégration des personnels non médicaux dans de nouveaux champs d'intervention (psychiatrie de liaison, urgence, entretiens d'accueil, consultation infirmière).

6.6 La définition d'une politique de santé mentale pour l'agglomération lilloise.

Outre le GHICL, trois autres établissements, importants, sont concernés :

- le CHU (1 secteur),
- l'E.P.S.M. de l'agglomération lilloise (5 secteurs),
- l'E.P.S.M. Lille Métropole d'Armentières (2 secteurs).

Deux territoires peuvent être définis en fonction des zones d'attractions des 2 SAU :

- Saint-Vincent-de-Paul / CAP Ilôt Psy : sont concernés outre le GHICL, les secteurs G22, G24 mais aussi G20 de l'E.P.S.M. de l'agglomération lilloise, et le G19.
- CAC du CHU : sont concernés le secteur du CHU, le secteur G11 (Villeneuve d'Ascq et environs) rattaché à l'EPSM de l'agglomération lilloise, deux secteurs de l'EPSM de Lille Métropole dont le secteur G21 qui dit avoir pour objectif de délocaliser son hospitalisation sur le site actuel du CITD, voire le G23.

Ces deux pôles devront, pour chaque territoire, s'organiser pour les prises en charge suivantes :

- l'urgence (avec participation des pédopsychiatres),
- le dispositif ambulatoire (selon des modalités intersectorielles de très grand intérêt pour certaines unités en mégapole),
- les unités d'hospitalisation complète.

Il s'agit d'un enjeu majeur.

Les mutations démographiques des grandes métropoles régionales constituent un phénomène majeur de la période. Une ou deux concentrations urbaines d'un département ou d'une région regroupent désormais la majorité de la population de l'aire géographique concernée.

Tel est le cas de l'agglomération Lilloise. Le critère de 70 000 habitants qui correspondait à la géo-démographie de la France de 1960, encore semi-rurale et permettait une distribution homogène des soins, perd de sa signification dans les grandes agglomérations. Les découpages sectoriels qui conduisent les habitants d'une même ville à relever de secteurs différents et de pratiques de soins diverses, limitent la déclinaison d'une politique de santé mentale au niveau de la ville.

Si la logique sectorielle, base de l'accessibilité et de la continuité des soins, ne saurait être remise en cause, il convient de poser la question de la taille discriminante (superficie et géo-démographie) pour appréhender les besoins en santé mentale, mettre en cohérence la santé mentale avec le MCO et, de façon plus globale, assurer l'adéquation avec les diverses politiques sociales (de la ville, de l'habitat, de lutte contre l'exclusion).

La circulaire DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de troisième génération a rappelé la notion de territoire de santé, pertinents pour l'organisation des soins et permettant d'envisager des regroupements de secteurs à géométrie variable en fonction des réponses graduées apportées dans les soins, dans le cadre d'un projet médical de territoire.

L'expérience montre que les diverses fonctions de la psychiatrie ne peuvent être assurées avec un outil à taille unique : ainsi les discussions avec le secteur social se font elles au niveau urbain ou départemental alors que la maille sectorielle prévaut pour l'extra-hospitalier.

Cette notion de territoire permet par ailleurs d'unifier la desserte entre psychiatrie générale et infanto-juvénile améliorant la lisibilité d'un dispositif où les interlocuteurs et les clientèles (adolescents, femmes isolées avec enfants, familles marginales et/ou pathogènes) sont souvent communs. Dans ce contexte, les coopérations entre secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, et structures non sectorisées peuvent être envisagées.

Si la planification ne peut se limiter à une répartition égalitaire des moyens, fonction d'un nombre équivalent de Km² ou d'habitants et doit intégrer une logique de projets, il n'en reste pas moins qu'une certaine égalité s'avère nécessaire pour, avant de développer certains objectifs particuliers, assurer les soins de base.

La psychiatrie est amenée à redéfinir ses prises en charge. L'option généraliste ne peut prétendre répondre à toutes les problématiques de la discipline et négliger l'apport des prises en charge spécialisées. L'abord spécifique ne peut, lui non plus, sauf à perdre sa richesse clinique, faire l'impasse sur la dimension territoriale. Le projet médical de territoire promu dans la circulaire de mars 2004 concilie approche territoriale et personnalisation des soins dans le cadre d'une organisation différenciée des capacités et structures au sein d'un bassin géo-démographique pertinent. Son élaboration pour l'agglomération lilloise paraît aujourd'hui incontournable.

Nous tenons à remercier la direction du GHICL, ainsi que toutes les personnes rencontrées au cours de cette mission dont nous avons apprécié l'esprit d'ouverture. La qualité des échanges nous ont permis, dans un esprit de collaboration, d'aborder avec les professionnels, tour à tour, les actions engagées, les difficultés rencontrées et les perspectives attendues. Nos propositions ne visent pas à nous substituer aux différents acteurs, seuls habilités à décider des suites éventuelles à donner à ce rapport. Par son travail d'écoute et d'analyse, ses commentaires, la mission, composée de professionnels de terrain, a souhaité apporter sa part dans les réflexions engagées.

Cette mission technique n'a donc, en aucune façon, le but de représenter une élaboration univoque d'analyses et de solutions, ni de se substituer à la nécessaire appropriation, par les acteurs eux-mêmes, des différentes propositions. Son objectif est d'ajouter un regard complémentaire d'ordre professionnel. Elle a pour seule ambition, par la médiation d'observateurs extérieurs, de proposer les grandes lignes d'un processus, source d'aide pour éclairer certaines idées-forces, pour mettre en évidence des fils conducteurs susceptibles de faire progresser certains points d'une situation rencontrée, à un moment donné de l'histoire de ce département.

Il reviendra à l'ensemble des acteurs de se servir de ce document, de l'enrichir et de l'approfondir. Il apparaît nécessaire d'ajouter que le débat qui s'engagera, concernera non seulement les différentes disciplines du GHICL, mais pourra également intéresser toutes les composantes de la santé mentale de l'agglomération lilloise.