



Rapport de visite
Etablissement public de santé
mentale des Flandres
(Nord)

7- 9 octobre 2008

Contrôleurs

Olivier Obrecht, chef de mission
Vincent Delbos
Jacques Gombert
Cédric de Torcy

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite à l'établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres, sis à Bailleul (Nord), du 7 au 9 octobre 2008. Le chef d'établissement avait été informé le mardi 30 septembre.

1 - Les conditions de la visite

Les quatre contrôleurs sont arrivés au centre le mardi 7 octobre à 10h00, et repartis le jeudi 9 octobre à 19h00.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition de l'équipe. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels exerçant sur le site, ainsi qu'avec les personnes suivantes, extérieures à l'établissement :

- le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP),
- la directrice de cabinet du préfet de la région Nord Pas-de-Calais.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec les autorités suivantes :

- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Nord Pas de Calais,
- la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Nord,
- le président du tribunal de grande instance (TGI) d'Hazebrouck,
- le procureur de la République près le TGI d'Hazebrouck.

Une réunion initiale s'est tenue avec le directeur de l'EPSM ; elle a été suivie d'une présentation de la mission à une quarantaine de membres de l'encadrement administratif, médical et soignant de l'établissement. A l'issue de la visite, l'équipe de contrôleurs a fait part de ses principaux constats au directeur, accompagné d'un représentant de la commission médicale d'établissement (CME), du directeur des soins et de la responsable de la cellule juridique.

L'équipe a pu visiter la quasi totalité des locaux recevant des malades hospitalisés sous contrainte, tant situés sur le site de Bailleul, que ceux implantés sur le littoral (Dunkerque et Capelle la Grande).

Le rapport de constat a été adressé le 10 novembre 2008 au directeur de l'établissement, qui a fait connaître ses observations en retour le 2 décembre.

Le présent rapport de visite en tient compte.

2 - Présentation générale de l'établissement

L'établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres à Bailleul (Nord) est situé sur un domaine de plusieurs dizaines d'hectares arborés, à la limite nord de la ville et à trois kilomètres de la frontière belge.

Entièrement détruit au cours de la Première Guerre mondiale, il a été reconstruit dans les années trente. Il subit à nouveau les dommages de la guerre dès 1940 et sera restauré progressivement dans les années cinquante.

Ancien asile des femmes aliénées de Bailleul-Armentières, l'hôpital a évolué une première fois dans les années soixante du fait de la sectorisation psychiatrique et de la mixité: il a été sectorisé sur les Flandres intérieure (Bailleul, Hazebrouck) et maritime (le littoral dunkerquois), soit l'arrondissement de Dunkerque.

La nécessité d'adapter l'offre de soins a conduit l'EPSM des Flandres à offrir aux populations du littoral des lieux de soins ambulatoires puis des lits d'hospitalisation relocalisés dans les bassins de vie.

Bailleul, au bord de l'autoroute gratuite Lille-Dunkerque, se trouve à environ 40 min de Dunkerque et à 10 min d'Armentières, à moins d'une demi-heure de Lille. La gare SNCF est à 3 km environ. Il n'existe pas de transport en commun desservant l'établissement.

L'EPSM des Flandres a en charge une population d'environ 380 000 habitants, grâce à six secteurs de psychiatrie générale dont quatre pour le littoral dunkerquois et deux pour la Flandre intérieure, et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont un pour la Flandre intérieure et l'autre pour le littoral. L'EPSM assure une consultation à la maison d'arrêt de Dunkerque.

Au moment de la visite, l'EPSM dispose d'une capacité sanitaire de 261 lits de psychiatrie générale répartis en unités dont deux extra-muros accueillant des malades hospitalisés sous contrainte en hospitalisation d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT): le Nombre d'Or à Capelle la Grande, et l'unité des Tonnelles à Dunkerque (dans l'enceinte du centre hospitalier général). Deux structures alternatives d'accueil spécialisé (SAAS), unités intersectorielles destinées à recevoir des malades hospitalisés au long cours sont implantées sur le site.

L'hôpital a mis en place à Bailleul une unité d'accueil et d'orientation (UAO) dotée d'une capacité de 8 lits, et destinée à procéder à l'admission des patients.

La durée moyenne de séjour de l'établissement est voisine de 25 jours.

En 2007 l'établissement a reçu 29 HO et 513 HDT (sur un total de 2 928 entrées en hospitalisation). A la date de la visite en 2008, il a reçu 27 HO et 293 HDT.

L'EPSM a également ouvert des appartements thérapeutiques intra-muros (ATIM) à Bailleul pour un total de 21 places.

Il dispose d'un centre équestre intra-muros et d'un espace agricole, orientés vers le soin.

Un centre socioculturel complète ce dispositif en animant un foyer et en organisant certaines manifestations récréatives.

Outre les capacités psychiatriques, l'EPSM gère également sur son site de Bailleul des places de maison d'accueil spécialisée (MAS), de foyer d'accueil médicalisé (FAM, ex-FDT), et le centre médical des Monts de Flandres en partenariat avec le CHU de Lille.

3 - Constats

Au cours sa mission, l'équipe de contrôleurs s'est essentiellement intéressée au cas des personnes hospitalisées sous contrainte ; à ce titre, elle a fait les constats suivants.

3.1 - Informations données aux malades et exercice des droits

Selon les secteurs, l'accueil est réalisé soit au niveau de l'UAO, soit directement au sein de l'unité du secteur de rattachement :

- le secteur de Bailleul (59G06) utilise systématiquement l'ensemble des services proposés par l'UAO, y compris les lits d'hospitalisation ;
- les secteurs du pôle de Dunkerque (59G01, G02, G03) admettent leurs malades directement au sein de leurs services aux jours et heures ouvrables ; en dehors de ces périodes (nuit, week-end et jours fériés), les malades sont d'abord admis et hospitalisés à l'UAO avant un transfert secondaire sur Dunkerque ;
- les deux derniers secteurs (59G04, G05) n'ont recours à l'UAO que pour la démarche d'admission, les patients étant directement hospitalisés ensuite dans les unités des secteurs.

Il existe ainsi une disparité dans les modalités d'accueil selon les services, les jours et les heures.

Selon les personnels rencontrés, le livret d'accueil de l'établissement est remis au malade à son arrivée dans son unité d'hospitalisation. Les patients qui sont d'abord hospitalisés à l'UAO y reçoivent le livret d'accueil.

Le patient est invité par l'équipe soignante de son unité d'hospitalisation, à signer un document présentant l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes à l'encontre de la décision d'hospitalisation. La première partie du document, rédigée en termes juridiques, lui est laissée ; elle n'est pas accompagnée d'une notice explicative. La seconde partie, portant la signature du patient ou à défaut l'identité des personnels ayant fait l'information, est retournée au service des admissions.

Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque les autorités, telles que la CDHP, annoncent leur venue dans l'établissement, l'information est portée à la connaissance des patients par affichage au niveau des services concernés. Les malades peuvent alors faire connaître leur souhait de les rencontrer. Il a été constaté lors de la visite du Contrôle général que cette procédure avait été appliquée également.

Le tableau de l'Ordre des avocats ne figure pas dans les services.

Au cours de son accueil par le personnel infirmier, le patient est invité à désigner une « personne de confiance », chargée, selon le code de la santé publique¹, d'aider le malade à

¹ Article L.1111-6

prendre des décisions voire à les prendre à sa place lorsqu'il n'est pas en état de le faire. Il ne résulte pas des entretiens conduits par la mission que cette notion de personne de confiance soit toujours intégrée par les équipes soignantes. Un formulaire spécifique est cependant disponible au sein des unités, destiné à être inséré dans le dossier des malades.

Les familles peuvent venir visiter les malades au sein des unités d'hospitalisation, quel que soit le régime d'hospitalisation (libre ou sous contrainte). Il n'existe pas de lieu spécifique affecté aux visites, qui se déroulent soit dans les chambres, soit dans l'espace commun destiné aux repas et qui sert également de salle de télévision.

Selon les informations recueillies, l'accès direct à son dossier médical par le patient est organisé selon les dispositions en vigueur. Toute demande est adressée à la cellule juridique de l'établissement, qui s'assure auprès des praticiens responsables du caractère directement communicable ou non du dossier. Dans l'affirmative, il est proposé au malade de venir consulter son dossier en présence d'un médecin de l'établissement. En cas de refus du malade, copie de son dossier lui est adressée, une fois retirés les éléments issus ou concernant des tiers, conformément au droit. Si le dossier s'avère non communicable, il est proposé au malade de venir le consulter en présence d'un médecin de son choix. Cette dernière procédure n'a été mise en œuvre que 3 fois depuis 2002. Aucun malade n'ayant à ce jour refusé la modalité proposée, le recours à l'avis de la CDHP n'a jamais été nécessaire.

Le courrier est totalement libre et non contrôlé à l'arrivée comme au départ.

Chaque unité d'hospitalisation est dotée d'un téléphone payant (point phone), à la disposition des malades. Il s'agit d'un poste disposé, selon le cas, dans un lieu de passage ou dans un local fermé. Les observations faites montrent qu'il s'agit souvent d'un couloir.

Le règlement intérieur de l'établissement prévoit l'interdiction pour les malades de se servir de leur téléphone portable durant le séjour. Cette règle est appliquée de façon différenciée selon les unités d'hospitalisation : utilisation libre (dans un service), remise du téléphone le temps d'une communication, ou strict respect du règlement intérieur.

Les registres de la loi sont au nombre de trois depuis l'installation en 2005 des secteurs d'hospitalisation en dehors du site principal de Bailleul.

Ils sont visés une fois par an par les autorités suivantes :

- le procureur de la République d'Hazebrouck (Bailleul) ou de Dunkerque (Capelle et Dunkerque),
- la CDHP.

Aucun autre visa n'y apparaît depuis 2006.

Depuis 2006, la CDHP a signalé à deux reprises le fait que les patients transférés à Capelle étaient enregistrés sur deux registres, celui de Bailleul lors de l'admission à l'UAO, et celui de

Capelle au moment du transfert, source de difficulté pour la transmission des certificats initiaux ou de leurs copies.

3.2 Conditions matérielles d'hospitalisation

La réhabilitation de l'établissement de Bailleul est en phase d'achèvement. Elle a notamment conduit à réduire le nombre de chambres collectives, au profit de chambres individuelles ou doubles. La mission a constaté que les locaux visités étaient propres et régulièrement entretenus.

Par ailleurs, l'unité « Le Nombre d'Or », mise en service en 2005 sur la base d'une construction neuve de 30 lits, ne comporte que des chambres individuelles, à l'exception de deux chambres.

Dans l'ensemble des unités de l'établissement, le régime d'hospitalisation ne tient pas compte du statut juridique du patient, qu'il soit libre ou sous contrainte.

Les fenêtres disposent toutes d'un dispositif de bridage permettant leur ouverture partielle. Elles ne sont pas barreaudées. En règle générale, les portes des chambres sont ouvertes, de jour comme de nuit, à l'exception des SAAS. A l'inverse, les accès aux services d'hospitalisation sont verrouillés. Seule une entité dite « Horizon » au sein de l'unité « Le Nombre d'Or » était ouverte lors de la mission. Dans le site du Nombre d'Or à Capelle la Grande, les chambres de l'unité fermée sont verrouillées à clé la nuit.

Dès lors, les malades en hospitalisation libre doivent obligatoirement demander à un personnel d'ouvrir la porte d'accès, afin de pouvoir accéder sans restriction aux parties communes de l'EPSM.

L'EPSM a fait le choix de supprimer toutes les chambres d'isolement, à l'exception de l'unité intersectorielle de La Tonnelle qui en a conservé une. Il existe cependant des chambres dites d'apaisement, dont la fonction est d'accueillir des malades pendant de courtes périodes de crise, selon les déclarations des chefs de service rencontrés. Ces chambres sont individuelles, fermées à clé, et les objets estimés dangereux peuvent être retirés. Deux formes de chambres de ce type coexistent au sein de l'EPSM : soit la chambre du malade, convertie en « apaisement », soit des chambres dédiées à cet usage.

Seules la chambre d'isolement de « La Tonnelle » et les chambres dédiées exclusivement à « l'apaisement » disposent de lits scellés au sol.

Lors des entretiens qu'elle a eus, et des constats auxquels elle a pu procéder, la mission a constaté que les durées de passage dans ces chambres pouvaient s'étaler de quelques heures à plusieurs mois. Il n'existe pas de dispositif de traçabilité ni au niveau des secteurs ni au niveau

de l'ensemble de l'EPSM, permettant de connaître et suivre les motifs et les durées de passage dans ces lieux, en dehors des fiches individuelles de traçabilité de ces prescriptions, intégrées dans les dossiers des patients concernés.

Les chambres disposent de cabinets de toilette comportant dans les unités les plus récentes une cabine de douche. La plupart des services disposent de douches et de salles de bains communes dont l'accès est limité à certains créneaux horaires pour permettre l'accompagnement par les personnels soignants. En dehors de ces moments, les malades peuvent en demander l'usage librement, si leur état le permet.

Chaque malade dispose d'une armoire individuelle fermant au moyen d'une clé qu'il a la possibilité de conserver. Une unité dispose même de coffres dans les chambres, à la disposition des malades, dont la clé est conservée par l'équipe soignante, qui la remet au malade à sa demande.

Les chambres, en règle générale, ne disposent pas de système d'appel.

Les repas sont par principe pris dans des espaces collectifs, en commun. Seuls les malades maintenus en « apaisement » prennent leur repas dans leurs chambres. Les menus sont affichés. Des repas de fête existent au sein des unités pour certaines fêtes (Noël, Nouvel an, Pâques,...) mais il n'existe pas de repas thérapeutiques partagés avec le personnel, hormis dans les unités de long séjour.

La plupart des malades sont habillés pendant la journée, avec leurs effets personnels qu'ils conservent.

3.3 Vie collective et vie sociale

Chaque unité dispose d'un seul espace commun, servant aussi bien aux repas qu'aux activités de loisirs, y compris la télévision. Il n'existe pas de télévision dans les chambres, mais l'usage de poste de radio ou de chaînes hi-fi est possible.

Les malades souhaitant s'isoler volontairement ne peuvent le faire qu'en restant dans leurs chambres, en l'absence d'espace dédié. Ils peuvent également solliciter un médecin pour être « mis en apaisement », pour une durée limitée. Dans cette hypothèse, lorsqu'ils partagent leur chambre, celle-ci devient individuelle.

Lorsqu'un malade allègue de violences commises à son endroit par un autre malade, les différents protagonistes sont immédiatement vus par un cadre infirmier et par un médecin du service et un rappel à la règle de vie commune est fait. Au besoin, les malades sont changés de chambre. Exceptionnellement plainte est déposée.

Lorsque les faits impliquent un membre du personnel, la direction de l'établissement est prévenue et il est procédé à un signalement. Une procédure judiciaire est actuellement en cours à ce titre, impliquant un médecin de l'établissement.

L'interdiction de fumer s'applique dans l'ensemble des locaux. Des lieux sont cependant spécialement affectés, en extérieur, sans obliger les malades hospitalisés sous contrainte à sortir des unités pour leur permettre de fumer. Ces espaces sont accessibles durant des plages horaires affichées au sein de chaque unité, avec la présence constante d'un personnel soignant durant ces périodes.

Les malades hospitalisés sous contrainte peuvent sortir des unités d'hospitalisation, accompagnés par un personnel soignant. Ces sorties doivent avoir préalablement reçu l'aval des médecins et le visa de la direction des soins.

Sur le site de Bailleul, dans chaque service, des appareils portables permettent de déclencher un appel au niveau du poste de sécurité. Un groupe spécifique, le « groupe d'assistance et de sécurité » (GAS), assure une astreinte de trois infirmiers hommes susceptibles de quitter leur poste de travail normal afin de venir aider une équipe soignante en difficulté avec un malade agité. Selon les informations recueillies, de tels appels se produisent deux à trois fois par semaine. Chaque intervention fait l'objet d'un compte rendu écrit sur un imprimé ad hoc.

Sur le site de Dunkerque, le personnel soignant peut faire appel aux agents de sécurité du centre hospitalier général, situé sur le même site, en cas de difficulté. Ces agents ne sont cependant pas autorisés à toucher au malade, leur présence ayant essentiellement un rôle dissuasif.

A Capelle la Grande, il n'y a pas de dispositif d'intervention propre ; il est fait appel en cas de besoin à une société de service prestataire dont les agents ont été formés par le service.

Un centre social est implanté au sein de l'EPSM. Il propose différents produits d'usage courant (produits d'hygiène, friandises...), mais plus de journaux depuis deux ans. Seuls deux ou trois malades étaient présents le jour de la visite.

Une cafétéria est implantée dans la salle de spectacle, située dans le même bâtiment.

Un aumônier catholique peut être sollicité par les malades pour se rendre à leur chevet. Un office religieux est organisé le dimanche dans la chapelle de l'EPSM. Les malades hospitalisés sous contrainte peuvent demander à s'y rendre, sous réserve de la possibilité de les y accompagner. Ceci semble néanmoins peu fréquent, compte tenu des effectifs plus restreints de personnel les dimanches et jours fériés. L'établissement a précisé qu'un deuxième office religieux est organisé le jeudi matin dans la chapelle, pour permettre aux patients d'être plus aisément accompagnés par les soignants. Enfin, il a été indiqué que des déplacements dans les églises de Bailleul sont parfois organisés et que dans ce cas, l'équipe des bénévoles de l'aumônerie aide l'équipe para-médicale pour l'accompagnement des malades.

3.4 Projet thérapeutique

Tous les services ont déclaré organiser des réunions de synthèse périodique par malade, selon une fréquence variant d'hebdomadaire à mensuelle. Il existe un médecin référent par malade.

Chaque secteur dispose d'un praticien de médecine générale. En période de garde, il existe un médecin généraliste de garde, une garde d'interne de psychiatrie et une astreinte de psychiatre senior.

L'établissement dispose d'un cabinet dentaire.

Il n'y a pas de défibrillateur à poste fixe.

De nombreuses activités sont organisées à l'extérieur (piscine, cinéma, marché, rallyes). Elles sont accessibles aux malades hospitalisés sous contrainte, dans la mesure où du personnel soignant peut être mobilisé pour l'accompagnement. En règle générale, un malade en HDT est accompagné par un soignant, un malade en HO par deux.

Une activité d'équithérapie interne à l'établissement est ouverte aux malades hospitalisés sous contrainte.

Certains malades hospitalisés sous contrainte bénéficient de sorties d'essai, onze malades en HDT et cinq malades en HO au moment de la visite. Certaines de ces sorties durent depuis plusieurs années, faute semble-t-il de modalité juridique adaptée permettant une obligation de suivi ambulatoire. Ainsi par exemple, un malade en HO résidant dans un appartement thérapeutique intra-muros est en sortie d'essai depuis 2004 ; de surcroît toute sortie de l'établissement doit être préalablement autorisée et accompagnée.

Les services disposent d'assistantes sociales qui préparent les sorties des malades, en lien avec les structures extérieures, sanitaires ou sociales, selon les cas.

Les femmes en âge de procréer font l'objet d'une poursuite de leur moyen de contraception habituel au cours de leur hospitalisation. Pour les malades jeunes hospitalisées au long cours, une contraception retard sous forme injectable est le plus couramment utilisée. Il n'a pas été rapporté à la mission de cas où une réflexion visant à une stérilisation avait été mise en œuvre.

Il a été fait part de la situation de personnes hospitalisées à la demande d'un tiers (famille ou maison de retraite) pour cas de démence sénile, en général avec agitation. Après une thérapie de quelques jours, leur état de santé s'améliore suffisamment pour que le médecin déclare la levée de l'HDT. Il arrive alors fréquemment que personne ne soit disposé à prendre le malade en charge, ni la famille, ni la maison de retraite qui a affecté sa place à une autre personne. La direction de l'EPSM, consciente de ces difficultés, a déclaré s'être engagée dans la signature de conventions avec plusieurs maisons de retraite.

3.5 Recours à la contention

Les équipes soignantes ont régulièrement recours à des méthodes de contention.

Des protocoles de mise en œuvre d'une contention physique sont en place au niveau de l'établissement. Ils prévoient notamment des fiches individuelles de suivi médical et infirmier, conservées dans les dossiers médicaux.

Toute mise sous contention fait l'objet d'un signalement au PC sécurité, qui n'est toutefois pas systématiquement informé de la fin de la mesure.

Il n'existe pas de recueil d'information spécifique permettant d'avoir une évaluation d'ensemble quantitative et qualitative des mesures de contention à l'échelle de l'EPSM.

A la demande des contrôleurs, un service a pu établir une liste des malades ayant fait l'objet d'une mesure d'apaisement ou de contention parmi les malades hospitalisés à la date de la visite au sein de son unité fermée; il en ressort que 85% des malades ont été maintenus au moins une fois. Ce même service a mis en place depuis 2006 un groupe de travail thématique sur ce sujet, qui à ce jour n'a pas débouché sur des propositions concrètes.

Selon la direction, une recherche régionale doit être conduite sur le sujet au niveau de la presque totalité des établissements psychiatriques dans le cadre d'un GIP (fédération de recherche en santé mentale).

Un service a signalé une contention itérative appliquée à un malade en HDT depuis 25 ans à raison de 16 heures par jour. Il s'agit d'un patient très déficitaire qui s'automutile sévèrement.

Un malade a déclaré avoir été placé en contention pour subir une injection à laquelle il était initialement opposé.

3.6 Hospitalisation des détenus

Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'EPSM a reçu 12 malades en provenance des établissements pénitentiaires de la région (sur un total de 27 HO admises) ; aucun détenu n'était hospitalisé pendant la mission.

La politique de l'établissement qui consiste à ne pas opérer de distinction entre les différentes catégories juridiques de malades conduit à hospitaliser les détenus en HO avec les autres malades, sans les isoler, en tentant de les répartir dans les différents services. Le personnel soignant déclare toutefois faire preuve d'une vigilance particulière à leur égard.

Une note du préfet de région, en date du 6 mars 2008, adressée au directeur de l'EPSM, précise que « tout détenu hospitalisé d'office doit être placé dans une chambre sécurisée ». Selon la préfecture, cette note est née d'une série d'évasions survenues dans la région qui ont conduit à donner une importance accrue à la sécurité. Cette injonction est regrettée par l'établissement, celle-ci se faisant au détriment de l'individualisation des soins.

A la demande des contrôleurs, la préfecture a transmis à la mission un bilan des HO d'origine pénitentiaire de 2006 à 2008, au niveau du département du Nord. Le nombre d'hospitalisations d'office de détenus augmente de façon régulière : 99 en 2006, 118 en 2007 et 123 en 2008 jusqu'au 6 octobre (chiffres globaux du département). Il apparaît que 20 à 30% des détenus pour lesquels est demandée une HO sont déclarés dangereux par l'administration pénitentiaire ; parmi eux, 20% à 25% ne sont finalement pas hospitalisés et maintenus en détention.

3.7 Conditions de vie au travail

Le personnel rencontré s'est déclaré globalement satisfait des conditions de travail s'agissant du choix du service et des horaires de travail. Il a en revanche été rapporté une insatisfaction en termes d'effectifs, qui limite en particulier les possibilités de sortie accompagnée des malades. Les équipes de nuit sont librement choisies, composées de volontaires pour moitié sur postes fixes (affectations de nuit pour plusieurs années) et pour moitié sur des périodes déterminées de un, trois, six et 12 mois.

Le personnel est stable. Au vu du bilan social 2007 de l'EPSM, il n'existe globalement pas de vacance d'emploi, ni médical ni non médical, au sein de l'établissement. L'absentéisme global (hors congés statutaires et formation) ne dépasse pas 11%, dont un absentéisme pour maladie simple (hors maternité) limité à 5.5%.

Il existe une formation relative à l'accueil des nouveaux arrivants, comportant une demi-journée sur les informations de nature juridique.

Une seule plainte a été déposée en 2007 par un agent à l'encontre d'un patient, suite à une agression physique.

4 - Documents remis par le chef d'établissement

- Rapport d'activité 2007 de l'Etablissement de santé
- Bilan social 2007
- Livret d'accueil remis aux malades
- Rapports de certification 2004 et 2008
- Plans de prévention et de gestion des risques 2006, 2007 et 2008
- Bilan des fiches d'événements indésirables 2006, 2007 et 2008 (janvier à septembre)
- Analyse des questionnaires de sortie des patients hospitalisés en 2006, 2007 et 2008 (janvier à juin)
- Procédures d'évaluation des pratiques professionnelles mises en œuvre (EPP)

- Procédures de contention et d'apaisement
- Procédures d'admission et de sortie

Outre les documents ci-dessus, dont les contrôleurs ont pu conserver une copie, l'équipe a eu tout loisir pour consulter tous les documents qu'elle souhaitait, en particulier les trois registres de la loi de l'établissement.

La CDHP a transmis parallèlement son rapport d'activité 2007 directement au Contrôle général.

5 - CONCLUSIONS

A l'issue de la visite de l'établissement public de santé mentale des Flandres à Bailleul, le Contrôle général des lieux de privation de liberté formule les observations suivantes :

1. L'unité d'accueil et d'orientation (UAO) mise en place présente l'intérêt d'un lieu explicite de notification des droits aux patients. La disparité constatée dans les méthodes d'accueil en fonction des heures et jours de la semaine laisse cependant une impression de dilution de la responsabilité en termes de notification des droits au niveau de la structure.
2. On peut s'interroger sur l'opportunité de faire expliquer ses droits de recours à un patient uniquement par un soignant, d'autant plus que les formulaires utilisés pour la traçabilité de cette notification sont rédigés, de façon logique, en termes juridiques précis, mais ne font l'objet d'aucune notice d'accompagnement directement compréhensible par un public non averti. La présence d'une cellule juridique dans l'établissement devrait permettre d'y répondre.
3. S'agissant de l'accès au dossier médical par le malade ou ses ayants droit, l'application des dispositions réglementaires est organisée via la cellule juridique ; celle-ci interfère donc dans le circuit de consultation du dossier sur l'appréciation de la gravité du risque, quelle que soit la demande. Même si, en pratique, cette cellule juridique assure une simple fonction de liaison, on peut s'interroger sur cette intervention systématique, qui n'est pas exigée par le droit strict (L1111-7 du CSP), lequel fait une distinction entre les données « médicales » du malade et les informations spécifiques liées au statut d'HO ou d'HDT ; seules ces dernières informations peuvent faire l'objet d'une procédure particulière de communication.
4. Les registres de la loi sont répartis sur trois sites géographiques distincts (Bailleul, Dunkerque et Capelle la Grande). Ils devraient être visés plus souvent et par plus d'instances (art. L.3222-4 CSP). Certaines autorités, préfet ou président du TGI par exemple, ne les ont pas visés depuis plusieurs années. L'établissement ne peut évidemment en être tenu pour responsable.
5. L'existence de trois registres de la loi peut entraîner une confusion dans le suivi administratif du patient, et ce d'autant plus que les modalités d'accueil des malades en HO et HDT ne sont pas les mêmes en fonction des services et des jours de la semaine. Ce point, également soulevé par la CDHP, devrait conduire à formaliser de manière plus explicite une procédure ou à défaut à envisager de revenir à un seul registre.

6. Les mesures de contention des malades dans les services paraissent prises à bon escient et conformément aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Cependant, elles paraissent fréquentes dans certains services et aucun suivi n'est réalisé à l'échelle de l'établissement, ni globalement par service, ce qui ne paraît pas satisfaisant. Ce sujet ne constitue pas non plus un thème d'évaluation des pratiques professionnelles de l'établissement.
7. S'agissant de l'hospitalisation des détenus, le Contrôle général a noté que l'hôpital, par ses choix organisationnels visant à supprimer les chambres d'isolement au profit d'unités à périmètre fermé, accueille les détenus hospitalisés d'une façon identique à celle des autres malades admis en HO, sans les maintenir enfermés. Cette orientation médicale est à saluer. Elle se heurte néanmoins à une demande du préfet de région qui vise à placer les détenus hospitalisés « en chambre sécurisée ». Il conviendra d'aider l'établissement à conforter cette position, particulièrement soucieuse de l'égalité de tous les malades face à la nécessité de soins.
8. L'utilisation de la procédure de sortie d'essai est pour certains malades d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une HO ou d'une HDT. Même si l'absence de possibilité réglementaire d'obligation de soins ambulatoire, absence qui pourrait donner lieu à une réflexion au niveau national, conduit à expliquer la situation de certains malades, il conviendrait que l'établissement mette en place au niveau institutionnel une revue systématique périodique des patients concernés.