



---

## Rapport de visite :

18 au 22 janvier 2016 – 1<sup>ère</sup> visite

Etablissement public  
de santé mentale

« Val de Lys – Artois »  
de Saint-Venant

*(Pas-de-Calais)*

## SYNTHESE

Unique établissement spécialisé en psychiatrie du Pas-de-Calais, l'EPSM de Saint-Venant offre 379 lits plus 13 chambres d'isolement. L'équipe médicale représente 71 équivalents temps plein (ETP) et le personnel soignant 820 ETP.

L'hôpital est organisé en cinq pôles : trois pôles géographiques se partageant sept secteurs et deux pôles intersectoriels – un de pédopsychiatrie et un chargé des patients au long cours. Sur les 25 unités, une seule est ouverte alors que les patients en soins sans consentement représentent 25 % de l'ensemble des personnes hospitalisées.

Depuis quelques années, l'activité d'hospitalisation complète est en baisse ; au moment de la visite, le taux d'occupation des places d'hospitalisation complète variait entre 60 et 80 % selon les unités. Les équipes soignantes présentes dans les unités ne sont pas toujours assez nombreuses pour pouvoir accompagner les patients hors des unités, notamment dans les lieux collectifs.

La prise en charge des patients en soins sans consentement est globalement respectueuse de la personne, même si l'information gagnerait à être remise à jour et davantage formalisée.

Les audiences du juge des libertés et de la détention ne se tiennent pas à l'hôpital mais au tribunal de grande instance de Béthune, sans la présence d'un avocat.

L'installation des chambres d'isolement ne respecte pas la dignité des patients : seau hygiénique, vidéosurveillance, absence de pendule et de système d'appel.

Dans les unités d'hospitalisation, le positionnement des postes téléphoniques n'assure aucune confidentialité aux appels ; faute de boîte aux lettres, les patients doivent confier leurs courriers au personnel. Certaines unités n'ont aucune pièce pour les visites des proches.

Comme dans la plupart des établissements visités, les contrôleurs déplorent la prise en charge des patients détenus, qui semblent être considérés comme de dangereux criminels plutôt que comme des malades.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

- |  |           |
|--|-----------|
| <b>1. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>14</b> |
| Un groupe de travail sur la violence, tenu en 2012-2013, a conduit à une formation efficace et bien suivie sur la prévention et la prise en charge de la violence. |           |
| <b>2. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>22</b> |
| Les sorties à but thérapeutique ne font pas l'objet de restrictions de la part du représentant de l'Etat.  |           |
| <b>3. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>28</b> |
| Le système de bons d'achat en partenariat avec quelques commerçants permet aux adultes protégés de faire des achats sans risque.                                   |           |
| <b>4. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>30</b> |
| L'établissement a mis en place une procédure tendant au respect des rites funéraires des différentes religions.  |           |
| <b>5. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>38</b> |
| Les familles qui se présentent en dehors des créneaux limités prévus par les unités sont généralement admises à rencontrer le patient qu'elles visitent.           |           |
| <b>6. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>40</b> |
| L'attention particulière portée aux tarifs des produits proposés à la cafétéria permet à l'ensemble des personnes détenues d'y avoir accès                         |           |
| <b>7. BONNE PRATIQUE</b> .....   | <b>42</b> |
| L'effectif des médecins somaticiens et leurs spécialités permettent une prise en charge effective, régulière et diversifiée.                                       |           |

### RECOMMANDATIONS

- |  |           |
|--|-----------|
| <b>1. RECOMMANDATION</b> .....   | <b>17</b> |
| Il convient que le préfet, appelé à décider d'hospitalisations sous contrainte, et le juge des libertés et de la détention, qui dispose du pouvoir de les lever, visitent l'établissement. |           |
| <b>2. RECOMMANDATION</b> .....   | <b>17</b> |
| La présence d'un second interlocuteur associatif devrait être recherchée.  |           |
| <b>3. RECOMMANDATION</b> .....   | <b>18</b> |
| Il est souhaitable de mettre en place un comité d'éthique.   |           |
| <b>4. RECOMMANDATION</b> .....   | <b>20</b> |

La procédure de notification des droits doit faire l'objet d'un protocole et donner lieu à une formation systématique du personnel.

#### 5. RECOMMANDATION ..... 21

Le livret d'accueil doit être actualisé et précisé, en particulier en ce qui concerne l'information sur la loi du 5 juillet 2011 révisée le 27 septembre 2013. Il doit être systématiquement remis avec la présentation de l'unité qui accueille le patient.

#### 6. RECOMMANDATION ..... 22

L'information des tiers à l'occasion d'une sortie doit être systématique.

#### 7. RECOMMANDATION ..... 26

Il convient de mettre en place des audiences foraines conformément à la loi et prendre les mesures nécessaires pour garantir les droits de la défense.

#### 8. RECOMMANDATION ..... 27

La relation des associations tutélaires avec les services de l'EPSM doit faire l'objet d'un protocole pour garantir un suivi de qualité des patients sous protection judiciaire.

#### 9. RECOMMANDATION ..... 32

Un patient placé en chambre d'isolement doit avoir un accès permanent à des toilettes et à un système d'appel.

#### 10. RECOMMANDATION ..... 36

Le fonctionnement des postes téléphoniques doit être garanti et leur confidentialité améliorée afin de permettre le maintien des liens familiaux de tous les patients.

#### 11. RECOMMANDATION ..... 36

Il conviendrait d'installer des boîtes aux lettres dans les unités de vie des patients afin de garantir la confidentialité des échanges épistolaires.

#### 12. RECOMMANDATION ..... 37

Il serait opportun de réfléchir à un accès des patients à Internet.

#### 13. RECOMMANDATION ..... 38

La nouvelle organisation des pôles devrait être mise à profit pour améliorer les locaux d'accueil des familles dans les services où c'est nécessaire.

#### 14. RECOMMANDATION ..... 41

La nouvelle organisation des pôles devrait être mise à profit pour faciliter et harmoniser l'accès des patients aux lieux collectifs.

#### 15. RECOMMANDATION ..... 46

Une réflexion devrait être menée sur la sexualité des personnes hospitalisées (conduite à tenir par les soignants, prévention, contraception, etc.).

#### 16. RECOMMANDATION ..... 48

Il convient de clarifier les responsabilités des équipes médicales, celles des forces de l'ordre et celles de l'administration pénitentiaire en matière de sécurité lors des transferts entre la prison et l'hôpital, et d'en tirer les conséquences en termes d'escortes.

---

**17. RECOMMANDATION .....48**

L'EPSM doit recevoir systématiquement une fiche de liaison de l'établissement pénitentiaire lui permettant de connaître le comportement du patient détenu en particulier en termes de dangerosité vis-à-vis de lui-même, des autres patients et du personnel soignant.

---

**18. RECOMMANDATION .....59**

Il convient de permettre aux patients de disposer librement de l'accès à leur chambre, toute restriction à ce droit devant être individualisée.

---

**19. RECOMMANDATION .....65**

Toute personne hospitalisée, dès lors qu'elle se trouve privée de liberté, doit bénéficier d'un statut garantissant un contrôle extérieur régulier de sa situation.

---

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>8</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>8</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>9</b>
2.1 Un établissement autrefois au cœur de la psychiatrie du Pas-de-Calais, devenu un acteur parmi d'autres.....	9
2.2 Une organisation en mutation .....	10
2.3 Un budget en crise .....	14
2.4 Une activité d'hospitalisation complète en baisse .....	14
2.5 La supervision et les contrôles : la traçabilité interne est bien effectuée et les organes de supervision plutôt présents.....	16
2.6 Les garanties de qualité de la prise en charge pourraient être améliorées .....	17
<b>3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>18</b>
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement est centralisée et bien organisée.....	18
3.2 L'information des patients est entourée d'un flou procédural et confiée à un personnel mal identifié ou insuffisamment formé .....	20
3.3 Les sorties sont une partie intégrante du projet de soins .....	22
3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention : les audiences du JLD, qui se déroulent au tribunal et sans avocat, sont source d'angoisse pour les patients ..	24
<b>4. LES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>26</b>
4.1 La protection juridique des majeurs : un nombre de mesures en augmentation, une bonne organisation mais des relations entre l'établissement et certaines associations tutélaires à améliorer .....	26
4.2 Les biens des patients sont correctement gérés .....	28
4.3 L'accès au dossier médical est correctement assuré mais dans des délais qui pourraient être réduits .....	28
4.4 Le droit de vote peut être exercé mais ne donne lieu à aucune sensibilisation ...	29
4.5 L'exercice du culte : l'aumônerie catholique est particulièrement active, aucun autre culte n'est effectivement présent, faute de demande .....	30
<b>5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION</b> .....	<b>31</b>
5.1 L'isolement : une démarche thérapeutique affirmée, bien protocolisée et suivie pour les patients non détenus, mais des installations inadaptées.....	31
5.2 La contention : une pratique hétérogène selon les unités .....	32
<b>6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION</b> .....	<b>32</b>

6.1	La vie courante : les fonctions logistiques sont correctement assurées .....	32
6.2	Les relations avec l'extérieur sont toujours gérées avec souplesse même si les moyens matériels divergent d'une unité à l'autre .....	35
6.3	L'accès aux lieux collectifs est de moins en moins fréquent .....	39
6.4	Les soins somatiques sont bien pris en charge.....	41
6.5	La sexualité : une question occultée.....	45
6.6	Les incidents : les violences entre patients diminuent alors que celles envers les agents progressent.....	46
6.7	L'admission des personnes détenues privilégie les mesures de sécurité systématiques plutôt que la logique de soins.....	47
<b>7.</b>	<b>LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE .....</b>	<b>49</b>
7.1	L'unité pédopsychiatrique : une prise en charge personnalisée et de qualité.....	49
7.2	Le pôle Est : des unités fermées encore cloisonnées, bien entretenues, suffisamment dotées en personnel et bien animées .....	53
7.3	Le pôle Centre, deux unités en transition : l'une vétuste et majoritairement fermée en attente de relocalisation ; l'autre, éloignée de l'ESPM, en partie ouverte .....	64
7.4	Le pôle Ouest : des unités fermées bienveillantes, en situation dynamique de restructuration .....	70
<b>8.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>78</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>79</b>
	<b>LISTE DES SIGLES EMPLOYES .....</b>	<b>79</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- André Ferragne, secrétaire général ;
- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Cécile Legrand ;
- Annick Morel ;
- François Moreau ;
- Bénédicte Piana ;
- Angèle Roisin ;
- Dorothée Thoumyre.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite annoncée à l'établissement public de santé mentale (EPSM) « Val de Lys - Artois » de Saint-Venant (62) du 18 au 22 janvier 2016.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 18 janvier à 14h30. Ils l'ont quitté le vendredi 22 janvier à 12h. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 20 janvier.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints et des médecins.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Pas-de-Calais, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Béthune, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Béthune, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) et le maire de Saint-Venant. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.



Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 22 janvier en fin de matinée en présence du directeur, de ses adjoints et du président de la CME.

Un rapport de constat en date du 6 octobre 2016 a été adressé au directeur de l'établissement. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 9 novembre 2016 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

## 2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 UN ETABLISSEMENT AUTREFOIS AU CŒUR DE LA PSYCHIATRIE DU PAS-DE-CALAIS, DEVENU UN ACTEUR PARMIS D'AUTRES

Créé en 1880 sur un site de 192 900 m<sup>2</sup> à Saint-Venant (3 000 habitants) dans le Pas-de-Calais (1 491 735 habitants), l'EPSM Val-de-Lys-Artois a longtemps constitué « l'asile départemental des aliénés », responsable exclusif de la prise en charge des « malades mentaux » du Pas-de-Calais, conformément à la loi du 30 juin 1838. La construction de pavillons de soins à deux étages a offert, selon les informations recueillies, jusqu'à une capacité totale d'accueil de plus de 2 000 personnes.

Ce « monopole » a pris fin dans les années 1970/1980 avec la création des secteurs de psychiatrie et le développement d'une prise en charge partagée avec les centres hospitaliers généraux. Aujourd'hui, sur les vingt secteurs du Pas-de-Calais, l'EPSM n'en gère plus que sept, ses secteurs chevauchant deux des quatre territoires de santé définis sur le département par l'ARS : à l'Ouest, le territoire du littoral - secteurs de Saint-Omer et d'Aire-sur-la-Lys -, à l'Est et au centre, celui du pays d'Artois.

Les évolutions ont conduit également :

- à créer des intersecteurs de pédopsychiatrie dont deux sur les huit du Pas-de-Calais sont gérés par l'EPSM ;
- à mettre l'accent sur le soin extrahospitalier : hôpitaux de jour dont tous les secteurs de l'EPSM ne disposent cependant pas encore, centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), placements familiaux et appartements thérapeutiques ;
- à développer, à partir de l'établissement, des prises en charge spécifiques (addictologie) et des partenariats (unité sanitaire à la maison d'arrêt de Béthune et de Longuenesse, prise en charge des soins psychiatriques dans les services d'urgence des hôpitaux généraux).

Aujourd'hui, en dépit du virage extrahospitalier pris il y a 40 ans, l'établissement reste marqué par l'importance de ses capacités d'hospitalisation complète – 379 places et 13 chambres d'isolement soit près de 50 places par secteur contre 36 en moyenne régionale – et le poids de son activité intra hospitalière – 50 % de son activité en 2014 contre 30 % dans les établissements de même nature – en raison notamment de la présence de « patients au long cours ».

Seul établissement spécialisé en psychiatrie du Pas-de-Calais, il demeure cependant une référence dans le domaine de la santé mentale dans un département marqué par une grande précarité et la faiblesse ou l'absence d'alternatives libérales ambulatoires ou hospitalières privées.

## 2.2 UNE ORGANISATION EN MUTATION

### 2.2.1 Présentation de l'établissement

Hors les unités construites à Saint-Pol-sur-Ternoise en 1995, les bâtiments d'hospitalisation et l'administration de l'hôpital sont installés sur le site historique, dont l'entrée se situe en bordure de la rue de Busnes de Saint-Venant. L'établissement, bien indiqué dans le village, se signale également au visiteur par le clocher de sa chapelle plantée à l'avant des bâtiments.

Dans l'enceinte de l'hôpital, délimitée par un haut grillage de fer, les nombreuses rénovations et mises aux normes menées à partir des années 1980 font coexister aujourd'hui des bâtiments anciens avec des pavillons modernes : le dernier d'entre eux, terminé en 2012 (bâtiment D), n'a pas encore ouvert en raison de malfaçons tandis que certains étages des pavillons existants ne sont plus occupés.



*L'entrée de l'EPSM de Saint Venant*

### 2.2.2 L'organisation de l'établissement

Après une direction intérimaire de trois ans, l'établissement est, depuis septembre 2015, sous la responsabilité d'un nouveau directeur qui a fortement renouvelé l'équipe de direction. La CME a élu un nouveau président en décembre dernier et le conseil de surveillance est présidé depuis le 15 décembre 2015 par le maire de Saint-Venant.

Afin d'optimiser ses moyens et conformément à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST, l'établissement s'est organisé en 2010 en cinq pôles : trois regroupent par zone géographique deux ou trois secteurs, le quatrième est constitué de la pédopsychiatrie, le cinquième, transversal, compte deux unités intersectorielles d'hospitalisation pour des patients au long cours mais également la pharmacie, les consultations spécialisées, le centre de tri des analyses médicales, le département d'information médicale (DIM) et l'équipe opérationnelle d'hygiène et les vigilances.

Cette organisation, actée par le projet d'établissement 2011-2015, demeure cependant théorique, l'organisation en pôles n'ayant, à ce jour, pas réussi, sauf exception, à mutualiser les moyens hospitaliers des secteurs d'un même pôle. Elle reste aussi peu lisible, chaque secteur, voire chaque unité, s'étant doté de dénominations diverses : lettres, noms de lieux, de

personnalités, d'objet ou de fleur, sigles. Le tableau ci-après dresse l'inventaire en 2016 des moyens hospitaliers des services des différents pôles.

Dans sa réponse, le directeur indique : « Les bâtiments du site de l'EPSM Val de Lys – Artois ont fait l'objet de nouvelles appellations pris selon le modèle "bâtiment n°" depuis le mois d'octobre »

Les moyens intra-hospitaliers des pôles et secteurs de l'EPSM	Pôle				
	Est	Centre	Ouest	Transversal	Pédopsychiatrie
Nb de secteurs	3	2	2		
Nb d'intersecteurs	Addictologie CHAPSA		Unité sanitaire (MA Longuenesse)	Unités chroniques	2
Nb et nom des services	3 : B, C (Nymphée), I (Centre psychothérapeutique du Bruaysis [CPB]) Unité sanitaire (MA béthune)	2 : D (USN), A (Centre psychothérapeutique du Ternois à St-Pol)	2 : F (clinique de l'Audomarois), G (clinique de la Lys)	1	1 : E
Nb d'unités d'hospitalisation	9	6	6	2	2
Nb de lits d'hospitalisation complète	140	86	93	45	8
Chambres de sécurité	6	3	4		

\*Un service regroupe les moyens hospitaliers d'un secteur qui sont constitués par les unités d'hospitalisation.

L'apparition en 2013 d'un déficit d'exploitation important et durable (Cf. *infra* chap. 2.4) a remis en cause ce fonctionnement. Depuis le dernier trimestre 2015, dans un objectif de réduction des dépenses, un projet de restructuration sur trois ans vise à diminuer les capacités d'hospitalisation complète (réduction de 41 places) en engageant l'établissement vers une mutualisation des ressources à l'intérieur des pôles. Il se donne également l'ambition de développer l'activité extrahospitalière et d'offrir une meilleure lisibilité à la psychiatrie active. Présenté en décembre dernier au conseil de surveillance et à la CME, il a commencé à être déployé en décembre en pédopsychiatrie et le sera sur le pôle Ouest en février 2016 (Cf. *infra*).

A l'exception d'une unité située à Saint-Pol, l'ensemble des unités d'hospitalisation sont fermées, y compris pour les patients en soins libres. L'une des quatre recommandations du rapport de la haute autorité de santé (HAS) qui a, par ailleurs, certifié l'établissement avec des réserves en décembre 2014, porte sur le respect de la liberté d'aller et venir des patients. Selon les informations recueillies, le sujet est également l'un des enjeux de la réorganisation entreprise, qui devrait repenser le fonctionnement des unités d'hospitalisation (ouverture de certaines unités ou d'une partie d'entre elles).

### 2.2.3 Le personnel

L'établissement compte aujourd'hui plus de 1 200 salariés dont près de 40 % sont des infirmiers.

Les effectifs de l'EPSM	2013		2014		2015		Evolution en % 2015/2013	
	nombre	ETPR <sup>1</sup>	nombre	ETPR	nombre	ETPR	nombre	ETPR
Médecins	120	70,35	107	73,24	107	71,2	- 10,83	+ 1,21
Effectifs non médicaux	936	889,16	926	877,68	864,5	820,23	- 7,64	- 7,75
Personnel support	268,5	261,3	252,5	245,29	230	223,92	- 14,34	- 14,31
Total	1 324,5	1 220,81	1 285,5	1 196,21	1 201,5	1 115,35	- 9,29	- 8,64

#### a) Le personnel médical

Le tableau précédent montre que les ressources médicales, estimées en temps plein rémunérés, n'ont pas globalement diminué depuis trois ans. L'observation vaut spécifiquement pour les psychiatres qui constituent plus de 50 % de l'effectif médical. On note l'importance des médecins généralistes qui auraient été, selon les informations recueillies, recrutés dans le passé à défaut de psychiatres.

Le personnel médical présent à l'EPSM au 31/12/2015	Nombre	ETPR
Praticiens psychiatres	48	41,04
PAA	0	0
Praticien généraliste avec DIU	0	0
Généralistes	14	10,94
Spécialistes	10	4,24
Assistant	1	1
Internes	34	13,98
Total	107	71,2

Le recrutement des psychiatres, en dépit de leur stabilité à court terme sur l'établissement, demeure une préoccupation : treize postes de psychiatres sont actuellement vacants – dont douze temps plein –, soit un quart de la totalité des postes et les départs en retraite s'annoncent importants dans les années qui viennent. Les mesures incitatrices au recrutement utilisées par le passé – logement pour les internes, bonne rémunération de la garde – s'avèrent insuffisantes aujourd'hui pour rendre attractif un établissement situé en campagne.

Afin d'assurer la cohérence des parcours de soins, les psychiatres suivent les malades de leur secteur en intra et extrahospitalier, partageant leur temps entre les unités d'hospitalisation et les services ambulatoires. Un système de garde et d'astreinte assure la permanence médicale sur l'établissement.

1 ETPR : Equivalent temps plein rémunéré.

### b) Le personnel non médical

Le personnel non médical est constitué à plus de 50 % d'infirmiers que l'établissement, gestionnaire d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), n'a pas de mal à recruter et qui ont pu servir à compenser la faiblesse des ressources médicales. Les nouveaux embauchés sont soutenus à leur prise de fonction par un système de tutorat.

Le personnel non médical présent à l'EPSM au 31/12/2015	Nombre	ETPR
Cadre supérieur de santé	10	9,80
Cadre de santé	2	23,94
Infirmier	471	447,97
Aide-soignant	98	95,50
Ergothérapeute	10	8,95
Psychologue	31	27,70
Kinésithérapeute	2	2,00
Personnel socioéducatif	22	20,07
Assistante sociale	16	15,32
Agent des services hospitaliers	96	91,35
Assistant médico administratif	55	52,28
Autres personnel de rééducation	18	15,45
Autres	11	9,90
Total	864	820,23

Comme les médecins, les soignants peuvent avoir une affectation en intra ou en extra hospitalier. Un travail d'harmonisation sur les effectifs cibles de chaque service serait entrepris par la directrice des soins, recrutée en 2014 : celle-ci réunit tous les quinze jours les cadres supérieurs de santé des pôles et toutes les cinq semaines l'ensemble des cadres de santé afin de fédérer les équipes.

En dépit d'une certaine hétérogénéité en nombre et en statut des soignants présents dans les différents services, les organisations de travail des unités sont homogènes à peu de chose près. Trois équipes de soignants se succèdent dans les unités la journée et la nuit (6/7h-14h ; 13h45-20h45/21h45 ; 21h45-6h15), composées, selon la nature des unités et les politiques des services, de trois, deux ou un seul infirmier, aidés d'un ou plusieurs aides-soignants (AS). Les équipes se tuilent pendant un quart d'heure pour effectuer les transmissions. Le travail de nuit - avec un effectif allégé (deux soignants en général par unité ou pour deux unités) - est assuré par roulement par les équipes de jour.

Les remplacements de plus d'un mois sont effectués depuis 2015 par une équipe de quinze infirmiers titulaires, constituée à partir des restructurations entreprises dans l'établissement et qui s'est substituée à des personnels contractuels exerçant précédemment cette fonction.

Deux éléments de la gestion des personnels soignants méritent d'être soulignés :

- au-delà des groupes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), nécessaires à la certification de la HAS, deux groupes de travail élaborent des plans de soin infirmier, fondés

sur l'analyse des pratiques professionnelles et l'analyse de la littérature, utilisables par tous les services. Ils concernent pour l'instant deux types de profil : les personnes dépressives et les patients schizophrènes ;

- une formation à la violence – OMEGA – a concerné massivement depuis 2014 les personnels soignants (six groupes de quinze par an) et s'est ouverte en 2015 aux médecins. Des remises à niveau sont prévues en 2016 ainsi qu'une formation de formateurs.

### **Bonne pratique**

*Un groupe de travail sur la violence, tenu en 2012-2013, a conduit à une formation efficace et bien suivie sur la prévention et la prise en charge de la violence.*

#### *c) La gestion des ressources humaines*

L'établissement enregistre des chiffres d'absentéisme plutôt stables sur 3 années (en 2014 7,44 % au total, 7,60 % pour le personnel des services de soins, 3,91% pour les médecins) et un *turn over* modéré et en baisse parmi les personnels non médicaux (2,25 % en 2014 contre 4,81 % en 2012).

### **2.3 UN BUDGET EN CRISE**

L'effet de ciseau entre des dépenses, notamment de personnel, qui progressent vivement (+ 6 % pour l'ensemble des dépenses et + 9,2 % pour celles du personnel entre 2009 et 2014) et le tassement de la dotation annuelle de fonctionnement de l'EPSM (+ 3,7 % entre 2009 et 2014) expliquent l'apparition depuis 2013 d'un déficit d'exploitation structurel : près de 2 millions en 2013 (dont la moitié a été masqué par une reprise sur provision) et en 2014, et 1,5 million en 2015 (sur un budget de 70 millions environ).

La mise en place du plan d'économies évoqué *supra* (Cf. 2.2.2) devrait se traduire par la suppression de 120 emplois sur trois ans et une économie de 4 millions d'euros. Un contrat de retour à l'équilibre est en négociation avec l'ARS pour accompagner l'évolution.

### **2.4 UNE ACTIVITE D'HOSPITALISATION COMPLETE EN BAISSSE**

Les carences du système d'information, soulignées par la HAS et la chambre régionale des comptes, ne permettent pas d'isoler dans chacun des services l'activité par unité.

Au vu des éléments fournis – certains n'étant pas homogènes entre eux – et sous toutes réserves, il apparaît que l'activité d'hospitalisation complète est en légère baisse sur trois ans. Au total, elle concernait 2 806 patients avec 114 152 journées d'hospitalisation en 2015 contre 2 873 avec 119 521 journées en 2013. Les différents pôles de la psychiatrie adulte, addictologie comprise, apparaissent diversement touchés par cette diminution, qui concerne essentiellement les pôles Ouest et Centre. L'observation est identique en pédopsychiatrie : 3 298 journées en 2015 contre 3 620 en 2013.

Cette diminution se traduit dans celle des taux d'occupation, en dépit, sur la période, d'une légère baisse de capacité de certains pôles (moins cinq places sur le pôle Est, moins une sur les pôles Ouest et Centre) : hors ceux des pôles Est et Transversal, les taux d'occupation sont inférieurs à 80 %.

*Evolution des taux d'occupation des places d'hospitalisation complète de l'EPSM de Saint Venant (2013-2015)*

Année	Etablissement	Pôle Est	Pôle Ouest	Pôle Centre	Pôle Transversal	Pédopsychiatrie
2013	82,7	81,6	83,2	83,5	83,5	66,1
2014	79,8	80,9	80,7	78,2	80,7	71,0
2015	79,8	83,6	79,6	75,6	88,7	60,2

Une analyse par statut des patients montre que les personnes en soins libres représentent près de 75 % des hospitalisés mais que la durée de leur séjour est plus longue que celle des personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT). Les personnes détenues représentent, parmi les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE, 2,5 % des hospitalisations), la catégorie la plus représentée (45 %) et qui connaît des durées de séjour courtes. Un détail par pôle révèle que le pôle Ouest (unités d'admission) en a reçu près de la moitié (20 sur 41), suivi par le pôle Est (18) et, dans une moindre mesure, le pôle Centre (3). Il est à noter que le nombre de détenus hospitalisés a diminué de moitié par rapport à 2013 (83 entrées), date de l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin rattachée au CHU de Lille.

*Analyse de l'activité de l'EPSM de Saint Venant par statut d'hospitalisation des patients en 2015*

Activité par statut d'hospitalisation	Nb de mesures	Nb de patients	Nb de journées	Nb de séjours	DMS <sup>2</sup>	DMH <sup>3</sup>
Total SDRE	79	82	4 371	81	55,33	53,30
dont urgence	20	17	1 351	21	67,55	79,47
dont préfet	18	19	2 792	19	155,11	146,95
dont détenus	41	37	228	41	5,56	6,16
dont décision judiciaire	0	9	0	0		
Total SDT	786	731	14 363	812	18,27	19,65
dont DT	270	256	3 492	276	12,93	13,64
dont urgence	213	202	5 569	230	26,15	27,57
dont péril imminent	303	273	5 302	306	17,50	19,42
Total soins libres	4 276	2 425	99 939	4 276	23,37	41,21
Total soins	5 141	3 238	118 673	5 169	96,97	114,17

2 DMS : durée moyenne de séjour.

3 DMH : durée moyenne d'hospitalisation dans l'année.

## 2.5 LA SUPERVISION ET LES CONTROLES : LA TRAÇABILITE INTERNE EST BIEN EFFECTUEE ET LES ORGANES DE SUPERVISION PLUTOT PRESENTS

### 2.5.1 Le registre de la loi

Deux registres de la loi sont ouverts à l'établissement : l'un concerne les admissions en SPDRE, l'autre les admissions en SPDT.

Le service de Saint-Pol, en raison de la distance qui le sépare de l'EPSM, dispose de son propre registre de la loi. Néanmoins, lorsque l'arrivée d'un patient dans ce service s'effectue après 20h, il est, dans un premier temps, admis à Saint-Venant et son passage est alors mentionné sur le registre de la loi du site de Saint-Venant.

Les contrôleurs ont constaté que les registres étaient bien tenus et les informations qui y étaient portées complètes et conformes aux dispositions de l'article L3212-11 du code de la santé publique.

Sont notamment systématiquement mentionnés la date et le dispositif des décisions prises par le JLD et la date à laquelle il a été procédé à la notification des droits. Est également systématiquement renseignée la destination du patient lors de la levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte.

Le registre relatif aux admissions SPDRE en cours était ouvert depuis le 22 septembre 2014, tandis que celui relatif aux admissions en SPDT l'était depuis le 27 novembre 2015. Tous deux portaient le visa du substitut du procureur de la République en date du 10 décembre 2015. Le registre relatif aux SPDRE portait également le visa des membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) en date du 23 juin 2015 et celui de la précédente visite du procureur en date du 11 décembre 2014.

Aucune observation particulière n'a été mentionnée par les autorités qui ont visé les registres.

### 2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Présidée de 2006 à 2014 par le médecin psychiatre, chef de pôle au centre hospitalier de Bapaume, la CDSP assure son contrôle sur les huit établissements de santé du Pas-de-Calais accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Privilégiant une fonction de médiation, elle s'est déplacée deux fois à Saint-Venant en 2013 et en 2014 ; à cette occasion, elle a entendu six patients la première année et sept la seconde : les auditions se sont conclues dans tous les cas par une recommandation de poursuivre les hospitalisations.

En 2015, la commission n'a pas fonctionné pendant six mois en raison d'aléas quant à la nomination du magistrat de la commission et n'a effectué qu'une seule visite de l'EPSM. Un nouveau président vient d'être nommé.

### 2.5.3 La visite des autorités

Lors de ses visites, les membres de la CDSP visent les registres de la loi.

Le procureur de la République de Béthune ou l'un de ses substituts se rend également à l'établissement une fois par an et vise les registres de la loi.

Au moment de la visite des contrôleurs, les registres en cours ne portaient trace d'aucune autre visite d'autorités, en particulier celles du représentant de l'Etat dans le département et du président du TGI de Béthune ou de son représentant, qui doivent pourtant, selon les termes de



l'article L.3222-4 du code de la santé publique, visiter au moins une fois par an les établissements psychiatriques et signer à cette occasion le registre de la loi.

Il a été précisé aux contrôleurs que le JLD de Béthune n'avait jamais visité l'établissement.

### **Recommandation**

*Il convient que le préfet, appelé à décider d'hospitalisations sous contrainte, et le juge des libertés et de la détention, qui dispose du pouvoir de les lever, visitent l'établissement.*

## **2.6 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE POURRAIENT ETRE AMELIOREES**

### **2.6.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers**

Deux représentants d'associations d'usagers de psychiatrie sont membres de la CRUQPC<sup>4</sup> et de la CDSP. Ils sont également membres du conseil de surveillance, au conseil d'administration, au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) et au comité de lutte contre la douleur (CLUD).

Pour la première fois en 2015, une association de familles d'usagers a été sollicitée par l'établissement pour accompagner un membre de la famille d'un patient ayant formé une réclamation, traitée dans le cadre d'une médiation médicale. Cette pratique est apparue très satisfaisante à l'association, qui a ainsi pu conseiller et accompagner la famille tout au long de sa démarche.

Toutefois, l'une des associations ne participe plus à aucune instance depuis environ deux ans et la seule association représentée a demandé à l'EPSM de solliciter l'ARS pour compléter la place des associations d'usagers dans les différentes instances.

### **Recommandation**

*La présence d'un second interlocuteur associatif devrait être recherchée.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Actuellement, l'ARS fait appel à candidature pour la désignation des représentants des usagers du système de santé dans les commissions des usagers (ex-CRUQPC) au sein des établissements de santé de la région des Hauts-de-France. La mise en place de la nouvelle commission des usagers doit se faire avant le 3 décembre. Les postes de représentants des usagers à pourvoir au sein de la commission des usagers de l'EPSM Val de Lys – Artois sont d'un siège vacant titulaire et de deux sièges vacants de suppléant. Les fiches de candidatures doivent avoir été envoyées, par les représentants des usagers à l'ARS, pour le 15 octobre 2016. Les désignations des représentants seront transmises par l'ARS entre la fin du mois d'octobre et le début du mois de novembre. Le second interlocuteur associatif sera peut-être désigné pas l'ARS ou non selon les candidatures transmises* ».

<sup>4</sup> Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

### 2.6.2 La commission des usagers

La commission des usagers est présentée dans le livret d'accueil dans la rubrique « vos droits » et les coordonnées des représentants des usagers sont mentionnées. Sa composition est affichée dans les espaces publics.

Les indicateurs de qualité, les demandes d'accès aux dossiers médicaux, les réclamations et les médiations sont présentés lors des réunions de la commission.

La commission s'est réunie deux fois en 2015 au lieu des quatre fois prévues.

### 2.6.3 Le comité d'éthique

Au moment de la visite, aucun comité d'éthique n'est mis en place. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une réflexion était en cours sur le sujet.

#### **Recommandation**

*Il est souhaitable de mettre en place un comité d'éthique.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « L'EPSM Val de Lys – Artois étudie la possibilité de s'inscrire dans les travaux du comité d'éthique de l'EPSM des Flandres de Bailleul et/ou du comité d'éthique de la fédération régionale de recherche en santé mentale ».

### 2.6.4 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction de sortie, comportant trente-cinq questions, est inséré au livret d'accueil et remis à nouveau lors du départ, avec un taux de retour de 29 % et un taux de satisfaction de 76 %.

## 3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

### 3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST CENTRALISEE ET BIEN ORGANISEE

#### 3.1.1 Les modalités d'admission

En principe, ce n'est pas l'hôpital qui va chercher les patients hospitalisés sauf quand ils sont en contrat de soins ou s'il s'agit de personnes détenues. Aux heures ouvrées, le bureau des entrées vérifie que le dossier administratif d'hospitalisation sous contrainte est complet et conforme aux textes. De nuit ou en week-end, l'admission administrative est effectuée par la conciergerie.

Le patient est ensuite dirigé vers son service d'admission. Il est accueilli par un soignant, qui procède à un entretien d'arrivée au cours duquel sont notifiés la décision de l'hospitalisation sous contrainte et les droits du patient. Les patients sont examinés par un psychiatre et un généraliste dans la demi-journée.

Concernant Saint Pol et l'unité de pédopsychiatrie, la majorité des admissions en soins libres – sept sur dix – sont programmées après passage en CMP ou à l'unité.

Dans la journée, les admissions se font directement au centre psychothérapeutique du Ternois. En revanche, en raison de l'absence d'astreinte somatique, toutes les arrivées entre 17h et 9h se font au service D du pôle à l'EPSM de Saint Venant. Les patients hospitalisés sans consentement y sont alors systématiquement admis en milieu fermé. Dès le lendemain de l'admission ou le

premier jour ouvrable suivant un week-end ou un jour férié, les patients sont ramenés à Saint Pol sur Ternoise, les trajets aller et retour – d'environ 35 minutes – s'effectuant en ambulance.

Lors de l'admission, qui est programmée dans la grande majorité des cas, l'enfant ou l'adolescent est reçu avec ses parents par le pédopsychiatre puis par l'infirmier. Lors de ces entretiens, l'autorisation d'admission et les autorisations pour les sorties sont signées par les parents et l'accord du mineur sur son hospitalisation est recherché autant que faire se peut. Le règlement intérieur spécifique au service est remis aux parents et à l'enfant ; il est complété par un document illustré, intitulé « règlement pour les ados et enfants de l'internat », spécialement dédié aux enfants.

### 3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Les modalités de notification ne sont pas homogènes selon les unités et n'apparaissent pas très claires pour la plupart des soignants.

Le plus fréquemment la notification est effectuée par un infirmier, sous forme de lecture au patient de l'arrêté de placement sous contrainte et d'un document d'information relatif « *aux droits des personnes en soins sans consentement* ». Le patient signe un document accusant réception de cette notification. En cas d'impossibilité d'obtenir la signature du patient, le document est signé par deux soignants présents ; une copie est placée dans le dossier médical. Dans un second temps – en général dans les vingt-quatre heures –, une seconde explication relative aux droits du patient et notamment au rôle du JLD est apportée par le médecin psychiatre.

Une formation aux droits des patients est mise en place depuis deux ans ; cinquante soignants y ont été inscrits en 2015 et trente-sept en 2016.

### 3.1.3 Le recueil des observations des patients

Le code de la santé publique précise<sup>5</sup> : « *Avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] ou définissant la forme de la prise en charge [...], la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état* ».

Cette procédure semble mal connue voire ignorée des soignants et ne fait pas l'objet d'une traçabilité organisée.

### 3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

En principe, un imprimé commun à toutes les unités, proposant la désignation d'une personne de confiance, doit être renseigné par le patient lors de son arrivée ou, en cas d'impossibilité, dans les jours suivants.

Cette procédure est irrégulièrement suivie selon les unités. Il a été indiqué aux contrôleurs que, très souvent lors de son arrivée, le patient n'était pas en état de remplir cette formalité, qui était ensuite oubliée par les soignants.

---

5 Cf. article L. 3211-3, alinéa 2.

### 3.1.5 La période initiale de soins et d'observation

Chaque unité dispose d'un service d'admission. La mise en pyjama n'est pas une pratique systématique.

La période d'observation est variable selon les patients et les unités. Elle peut aller de quelques jours à plusieurs mois et reste à l'appréciation du médecin.

### 3.1.6 Les cas de suroccupation et de transfert

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette occurrence était relativement rare et se traduit par l'hospitalisation dans une autre unité disponible de l'EPSM.

Lorsqu'un patient doit être placé dans une unité ne correspondant pas à son secteur, il est suivi par l'équipe soignante de l'unité qui l'accueille mais c'est le médecin psychiatre de l'unité de son secteur qui le prend en charge.

### 3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

Lors de son admission, le patient est questionné sur son souhait ou non de la confidentialité de son hospitalisation. La réponse est inscrite en rouge sur le bulletin d'entrée et classée dans le dossier. Quand le patient demande la confidentialité, il est mentionné sur une liste informatisée avec la mention « confidentiel », liste à disposition des services et du bureau des entrées.

Tout appel concernant un patient est transmis par le standard au bureau des entrées. Celui-ci s'enquiert auprès de son interlocuteur du nom de la personne concernée par l'appel et de son domicile pour vérifier le secteur ; si la personne apparaît sur la liste informatique avec la mention « confidentiel », le bureau des entrées met fin à l'appel en indiquant ne pas connaître la personne demandée ; dans le cas contraire, l'appel est renvoyé sur le service « hébergeant » qui donne la suite qui lui paraît opportune.

Cette règle de la confidentialité est respectée dans tous les services : la famille n'est avisée de l'admission et des motifs de celle-ci qu'à la demande expresse du patient, cette information pouvant parfois être donnée directement par le patient lui-même. Dans la majorité des unités, aucune information n'est donnée à la famille lorsqu'elle téléphone, sauf si celle-ci est bien connue des soignants et que la personne hospitalisée a donné son accord ; dans deux unités, il a été indiqué que quelques « nouvelles assez vagues » pouvaient être données par téléphone. Lorsque le patient est d'accord et que son état le permet, l'appel téléphonique de la famille lui est transmis, ce dont les contrôleurs ont pu être témoins dans l'unité B (secteur Est). Enfin, La pratique commune à tous les services est d'inviter les proches à prendre rendez-vous pour un entretien avec le psychiatre et une rencontre avec le patient.

## 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST ENTOUREE D'UN FLOU PROCEDURAL ET CONFIEE A UN PERSONNEL MAL IDENTIFIE OU INSUFFISAMMENT FORME

### 3.2.1 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011

Brièvement décrites dans le livret d'accueil, elles sont le plus souvent et selon les unités expliquées aux patients par les médecins sans protocole bien formalisé.

### Recommandation

*La procédure de notification des droits doit faire l'objet d'un protocole et donner lieu à une formation systématique du personnel.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Il existe au sein de l'établissement une procédure de notification de la décision. Un courrier type est remis dès l'entrée du patient lui notifiant ses droits et voies de recours. Pendant les heures ouvrables, ce courrier est remis par l'accueil. En dehors des heures ouvrables (jours fériés, dimanche, ...), il est remis par la conciergerie. Un groupe de travail va réfléchir sur la mise à jour de la procédure de rappel des droits et des voies de recours aux patients* ».

### 3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis au patient par le bureau des entrées.

Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 apparaissent insuffisantes. En effet, le livret d'accueil se contente d'une brève présentation des hospitalisations à la demande d'un tiers et sur décision du représentant de l'Etat. Or, si les trois formes d'hospitalisations à la demande d'un tiers – SPDT, hospitalisation en urgence (SPDTU) et hospitalisation pour péril imminent – sont bien mentionnées, concernant les hospitalisations sur décision du représentant de l'Etat, les sous catégories ne sont pas précisées, notamment les personnes détenues (D398) et les irresponsables pénaux (L122-1).

De plus, il est indiqué que les hospitalisés à la demande d'un tiers peuvent bénéficier de sorties accompagnées de moins de 12 heures et de programmes de soins. Il n'est pas précisé qu'ils peuvent également bénéficier de sorties de 48 heures.

Concernant les droits des patients sous contrainte, il est indiqué qu'ils peuvent saisir le CGLPL mais le rôle et les coordonnées de cette autorité ne sont pas précisés. Les coordonnées du barreau de Béthune ne sont pas non plus communiquées, ainsi que la possibilité de demander la désignation d'un avocat.

Les voies de recours ne sont pas précisées, notamment la possibilité de contester la légalité de l'arrêté de placement sous contrainte devant le juge administratif et la possibilité de faire appel de la décision du JLD devant la cour d'appel. Seule la saisine du JLD est indiquée.

De plus, les adresses données des différentes juridictions manquent de clarté. Sont communiquées, sans explications sur leur rôle, les adresses de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais, de la préfecture du Pas-de-Calais, des TGI d'Arras, de Béthune et de Saint-Omer et des tribunaux d'instance (TI) d'Arras, de Saint Pol, de Béthune et de Saint-Omer.

Il est difficile pour un patient de savoir à quelle adresse écrire au JLD et de comprendre de quels recours il dispose s'il souhaite contester son hospitalisation sous contrainte.

#### **Recommandation**

*Le livret d'accueil doit être actualisé et précisé, en particulier en ce qui concerne l'information sur la loi du 5 juillet 2011 révisée le 27 septembre 2013. Il doit être systématiquement remis avec la présentation de l'unité qui accueille le patient.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Le livret d'accueil doit être refait dans son intégralité notamment en raison de la restructuration de l'établissement. Un groupe de travail va être mis*

*en place pour réfléchir sur le nouveau livret d'accueil. Celui-ci sera constitué pour la fin novembre. Il est prévu que le nouveau livret soit rédigé pour la fin du premier trimestre 2017 ».*

### 3.2.3 Les règles de vie

Les règles de vie varient légèrement selon les unités (admission, suite et chroniques) et sont pour certaines unités différentes de celles précisées par le livret accueil (horaire des repas, tabac). Les règles de vie des unités sont plus précises sur certains aspects (pause tabac par exemple) que celles décrites dans le livret d'accueil. L'information relative aux règles de vie varie également selon les unités : explications orales, remise de document, affichage en chambre ou lieu collectifs...

## 3.3 LES SORTIES SONT UNE PARTIE INTEGRANTE DU PROJET DE SOINS

### 3.3.1 Les sorties de courte durée

Les sorties dans le parc, accompagnées ou non, dépendent du statut du patient ; elles font l'objet d'une autorisation du médecin selon une procédure dite de « prescription restrictive » concernant également l'accès au tabac, au téléphone etc. Un laissez-passer précisant les modalités de sortie est alors remis au patient.

Les sorties à l'extérieur, accompagnées ou non, sont très largement favorisées faisant partie intégrante du projet de soin. Des sorties accompagnées ont lieu tous les vendredis, pour les patients autorisés, afin de leur permettre d'effectuer des achats.

Les cas d'opposition de sortie du représentant de l'Etat sont exceptionnels.

Hormis dans le cas de sorties accompagnées par les familles, l'information des tiers n'apparaît pas systématique ; cette procédure est inconnue de certains soignants.

#### **Bonne pratique**

*Les sorties à but thérapeutique ne font pas l'objet de restrictions de la part du représentant de l'Etat.*

#### **Recommandation**

*L'information des tiers à l'occasion d'une sortie doit être systématique.*

Dans sa réponse, le directeur évoque la « création d'une procédure pour l'information des tiers en cas de sortie du patient ».

### 3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

#### a) L'avis conjoint

Pour mémoire, lorsqu'il estime que les soins à apporter au patient admis sur décision du représentant de l'Etat ne nécessitent plus une hospitalisation complète sous contrainte, le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient établit un certificat médical dans lequel il préconise une levée de la mesure de soins sans consentement ou une prise en charge sous une autre forme. Cette préconisation doit être suivie d'un arrêté préfectoral de levée de l'hospitalisation sans consentement pour que le patient puisse retrouver sa liberté. A défaut, lorsque le préfet n'entend pas suivre l'avis du médecin, un deuxième psychiatre doit se

prononcer. Si celui-ci confirme l'absence de nécessité d'une hospitalisation complète sans consentement, le préfet est tenu de rendre un arrêté de mainlevée de la mesure. Dans le cas contraire, le désaccord est soumis au JLD.

Les contrôleurs ont pu constater que le préfet sollicitait régulièrement l'avis d'un second médecin psychiatre dans le cas des préconisations de levée d'hospitalisation complète sans consentement.

En 2015, sur onze patients admis en SPDRE pour lesquels il a été proposé une levée de l'hospitalisation sous contrainte ou un passage en programme de soins, quatre ont fait l'objet d'une opposition du préfet :

- la première en raison du caractère récent de l'hospitalisation (huit jours) ;
- la deuxième en raison des faits ayant donné lieu à l'hospitalisation (troubles du comportement depuis plusieurs mois ayant nécessité l'intervention de la force publique) ;
- la troisième en raison d'un manque de précisions du certificat médical préconisant la levée (aucune indication sur les incidences éventuelles des troubles sur la sûreté des personnes pourtant exigée par l'article R.3213-3 du code de la santé publique) ;
- la quatrième en raison d'une incohérence entre deux certificats médicaux établis à deux jours d'écart : l'un, du 31 mars, préconisait un maintien sous hospitalisation complète pour trois mois et l'autre, du 1<sup>er</sup> avril, une mainlevée.

Dans ces quatre cas, un second avis médical a été sollicité, qui est venu confirmer la nécessité de la levée de l'hospitalisation sans consentement. Le désaccord n'a donc pas été porté devant le juge des libertés et de la détention et les hospitalisations concernées ont été levées. Dans les quatre cas, le préfet a motivé son opposition par les faits ayant donné lieu à la mesure d'hospitalisation.

#### *b) Le collège des professionnels de santé*

Le collège des professionnels de santé se réunit très régulièrement à l'EPSM de Saint-Venant, à hauteur d'environ deux fois par mois. Durant l'année 2015, le collège a rendu vingt-deux avis.

Les contrôleurs ont consulté vingt-trois avis rendus par ce collège en 2015 et 2016. Dix-huit d'entre eux concernaient des patients admis en hospitalisation sur la demande d'un tiers depuis plus d'un an ; la plupart d'entre eux se trouvant en programme de soins, quatre des patients admis sous le régime de l'irresponsabilité pénale et un patient admis sur décision du représentant de l'Etat pour lesquels il était envisagé une modification de la prise en charge vers un programme de soins.

Les avis rendus ont à chaque fois été unanimes, aucun membre du collège n'ayant souhaité faire état d'une position contraire à l'avis rendu. Ils ont tous préconisé un maintien de la mesure en cours, qu'il s'agisse d'un programme de soins ou d'une hospitalisation complète.

#### 3.3.3 Le passage en programme de soins

L'EPSM a régulièrement recours aux programmes de soins pour les patients.

Ceux-ci comportent en général les obligations suivantes :

- résider à une adresse fixe ;
- se rendre en consultation de psychiatrie au CMP le plus proche à hauteur le plus souvent d'une fois par mois ;

- prendre le traitement déterminé par le médecin.

D'autres obligations peuvent être fixées, en fonction de la situation et des besoins du patient, comme par exemple participer aux activités d'un hôpital de jour, ne pas consommer de toxiques, recevoir des visites à domicile hebdomadaires d'un infirmier...

La plupart des programmes de soins consultés par les contrôleurs ont duré moins de six mois et se sont arrêtés car n'apparaissaient plus nécessaires.

Les contrôleurs ont également pu prendre connaissance de situations de patients se trouvant sous programme de soins depuis plus d'un an ou d'autres ayant bénéficié de plusieurs programmes de soins, tous interrompus en raison d'une mauvaise observance des obligations et ayant abouti à une réintégration en hospitalisation complète sans consentement.

### **3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION : LES AUDIENCES DU JLD, QUI SE DEROULENT AU TRIBUNAL ET SANS AVOCAT, SONT SOURCE D'ANGOISSE POUR LES PATIENTS**

#### **3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience**

L'article L.3211-12-2 du code de la santé publique prévoit que, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014, les audiences du JLD doivent se tenir dans une salle spécialement aménagée au sein du centre hospitalier ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du TGI, selon les modalités prévues par une convention signée entre le tribunal et l'ARS.

Au TGI de Béthune, il a été fait le choix de ne pas organiser d'audience au sein de l'EPSM de Saint-Venant, ni au sein d'aucun des trois autres établissements de santé se trouvant dans le ressort de compétence. Les audiences se déroulent au sein du tribunal, dans le bureau du JLD, les lundis, mercredis et vendredis matins.

En moyenne, au moins un patient de Saint-Venant est convoqué à chaque audience, voire deux. Le trajet jusqu'au tribunal dure environ une demi-heure. Les patients s'y rendent accompagnés d'un infirmier dans un véhicule sanitaire de l'hôpital, conduit par un ambulancier.

Lorsque le patient est agité, il est accompagné de deux soignants dans un véhicule spécialement aménagé (un utilitaire de huit places auquel il a été retiré la rangée de sièges du milieu pour éloigner le patient du conducteur et permettre aux accompagnateurs d'intervenir).

Lorsque deux patients sont convoqués à l'audience, l'ambulancier les conduit au tribunal l'un après l'autre, les patients n'étant jamais transportés à plusieurs.

Aucune place de stationnement n'est réservée au tribunal pour les audiences du JLD. L'ambulancier s'arrête le plus souvent en double file pour déposer le patient devant le tribunal.

Le patient et les accompagnateurs arrivent au tribunal par l'entrée dédiée au public et y subissent les formalités de contrôle : ouverture des sacs et passage sous le portique de sécurité.

Lorsque le patient est détenu, l'ambulance est escortée par les gendarmes, qui accompagnent le patient tout le temps de l'audience. Ils empruntent une entrée spécifique à l'arrière du tribunal, qui amène le patient directement dans les geôles avant de prendre un ascenseur pour accéder à l'étage où se trouvent les juges d'instruction et le JLD.

Les contrôleurs ont constaté que, bien que les audiences se déroulent au sein d'un bureau, donc sans décorum traditionnel, la perspective d'un déplacement au tribunal pour rencontrer le JLD suscitait un sentiment d'angoisse chez certains patients et créait une confusion dans leur esprit, ceux-ci pensant avoir commis une faute et devoir être jugés.



Selon les informations recueillies, des patients refuseraient régulièrement de se rendre à l'audience en raison de la crainte suscitée par le déplacement au tribunal, que le personnel soignant ne parvient pas toujours à apaiser. En 2015, 40 % des patients convoqués devant le JLD ont refusé de se rendre à l'audience (cf. *infra* chap. 3.6.2 c), alors que leur état de santé ne faisait pourtant pas obstacle à leur comparution.

### 3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Une salle d'attente est dédiée aux patients en hospitalisation sous contrainte, qui ne se trouvent pas mêlés aux autres justiciables.



*Salle d'attente du JLD*

Afin de ne pas donner trop de solennité à l'audience, le JLD ne siège pas en robe et se présente en qualité de « juge des libertés ». Il tient à la disposition des patients des petites bouteilles d'eau pour leur faciliter la prise de parole au cours de l'audience, la plupart des traitements ayant pour effet secondaire un assèchement de la bouche.

Les infirmiers accompagnateurs sont invités à assister à l'audience. Certains d'entre eux s'y rendent tandis que d'autres préfèrent attendre la fin de l'audience dans la salle d'attente. Il a été précisé aux contrôleurs que le JLD interrogeait parfois les infirmiers accompagnateurs. Ne sachant pas comment se positionner face à ces demandes et craignant que le lien de confiance tissé avec le patient en soit affecté, les infirmiers ont obtenu de l'encadrement de l'hôpital l'autorisation de ne pas assister à l'audience afin de ne pas avoir à répondre aux éventuelles questions du magistrat.

**Au jour de la visite, les audiences se tenaient sans avocat. Il a été précisé aux contrôleurs que le barreau de Béthune refusait de désigner d'office les avocats pour ce contentieux depuis le mois de septembre 2015. De ce fait, bien que l'assistance et, le cas échéant, la représentation par un avocat soient obligatoires depuis la loi du 27 septembre 2013<sup>6</sup>, plus aucun avocat de permanence n'était désigné et la quasi-totalité des patients comparaissaient sans avocat.**

---

<sup>6</sup> Loi n° 2013-869.

Selon les informations recueillies, un conflit est apparu entre le barreau et le tribunal à l'occasion de la réorganisation du calendrier des audiences du JLD. Le barreau de Béthune, comptant 112 avocats - dont une quarantaine seulement sont volontaires pour figurer sur la liste des permanences - estime n'être pas en capacité d'assurer l'ensemble des permanences qui lui incombent, dont certaines sont fixées le même jour que les audiences du JLD.

Il a été précisé aux contrôleurs que des discussions étaient actuellement engagées entre le barreau et le tribunal pour tenter de remettre en place la permanence.

Lors des audiences auxquelles les contrôleurs ont assisté, le JLD a pris le temps d'expliquer à chaque patient les raisons de l'absence d'avocat et l'obligation dans laquelle il se trouvait de maintenir l'audience en raison des délais impartis.

Dans les jours précédant la visite, le greffe du JLD avait conçu un document d'explication pour les patients, désormais adressé en même temps que la convocation à l'audience, mentionnant qu'il ne pourra être sollicité d'avocat commis d'office.

Malgré ces précautions, les contrôleurs ont été témoins de l'incompréhension des patients, qui, dès leur arrivée au tribunal, cherchaient leur avocat, ainsi que de l'ignorance par les infirmiers de cette situation, pourtant installée depuis plusieurs mois, et de leur incapacité à l'anticiper ou à l'expliquer au patient.

#### **Recommandation**

*Il convient de mettre en place des audiences foraines conformément à la loi et prendre les mesures nécessaires pour garantir les droits de la défense.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Un projet est en cours sur la mise en place d'une salle d'audience au sein de l'établissement. Une rencontre avec les magistrats a eu lieu le lundi 7 novembre à l'EPSM* ».

#### **3.4.3 Les décisions rendues**

En 2015, 313 audiences ont été organisées concernant les patients de Saint-Venant et 177 patients s'y sont présentés ; 133 patients étaient absents : 9 pour raison de santé et 124 par choix ; 40 % des patients convoqués ont donc refusé de se rendre à l'audience.

Sur ces 313 audiences, 299 ont abouti au maintien de la mesure d'hospitalisation complète et 9 à un non-lieu car la mesure avait été levée avant la tenue de l'audience ; 5 ordonnances de mainlevée ont été prononcées, dont 4 avec exécution différée de 24 heures.

Il a été précisé aux contrôleurs que les mainlevées n'avaient pas été ordonnées pour des raisons de procédure mais pour des raisons de fond, les critères de l'hospitalisation sous contrainte n'apparaissant plus remplis.

Aucun appel n'a été formé contre les décisions rendues par le JLD.

## **4. LES DROITS DES PATIENTS**

### **4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS : UN NOMBRE DE MESURES EN AUGMENTATION, UNE BONNE ORGANISATION MAIS DES RELATIONS ENTRE L'ETABLISSEMENT ET CERTAINES ASSOCIATIONS TUTELAIRES A AMELIORER**

Un service du « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » est attaché à l'EPSM de Saint-Venant et à l'établissement public communal (EPC) « Les passerelles - La Source », foyer de vie et foyer médicalisé basé à Saint-Venant, sous protocole avec l'EPSM.

Ce service est composé de 2,5 ETP.

Au jour de la visite, les mesures de protection confiées au service par le juge d'instance concernaient quarante-deux personnes hospitalisées et quarante personnes sorties de l'établissement mais toujours suivies par l'EPSM. Ces mesures, tutelles ou curatelles renforcées, sont majoritairement prises pendant le temps d'hospitalisation, à la demande du service médical sur la base des éléments donnés par la famille ou les assistants sociaux. Elles sont toutes suivies par le responsable qui gère et centralise l'ensemble des dossiers, les autres personnes du service pouvant notamment assurer le suivi des courriers et recevoir les patients du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h à 16h. Concernant cette organisation, une patiente et le cadre de santé d'une unité ont rapporté aux contrôleurs que le changement régulier d'interlocuteur, lorsque le patient prenait le contact du mandataire de l'hôpital, se révélait déstabilisant pour le patient, qui ne parvenait plus à comprendre à qui il devait s'adresser et pouvait, par ailleurs, recevoir des informations différentes voire divergentes.

Le service du mandataire judiciaire assure la gestion financière des personnes protégées, accompagne les personnes aux audiences du JLD, est associé à la mise en place des projets les concernant et peut intervenir dans la préparation d'un programme de soins, par exemple pour rechercher un logement ou un hébergement et en arrêter le financement. En contact régulier avec les assistants sociaux, les soignants et les médecins, il est ainsi toujours informé et consulté.

Des contacts pris avec trois associations tutélaires, il ressort que les relations avec les différents services de l'EPSM sont globalement bonnes, même si, selon le responsable d'une de ces associations, les mandataires sont encore dans de rares unités peu informés du devenir de la personne sous protection. Dans l'ensemble, les mandataires peuvent se rendre sans difficulté dans les structures et entretiennent des contacts réguliers et suivis avec les soignants, les cadres et les médecins, permettant un bon retour d'information et un partage du parcours de vie des patients. Les mandataires sont toujours avisés des audiences du JLD, où ils se rendent dans la mesure du possible.

Il a été fait état par le responsable d'une de ces associations de la mise en place, il y a plusieurs années, d'un dispositif « réseau santé précarité mentale » piloté par les EPSM et assurant au cours de réunions trimestrielles de nombreux échanges entre les différents organismes et intervenants auprès de patients, hospitalisés ou non.

Tous les mandataires rencontrés ou contactés se sont accordés pour noter une nette augmentation du nombre des personnes placées sous protection judiciaire, liée à la grande précarité et au vieillissement de la population du département. Si la loi donne priorité à un membre de la famille pour assurer la mesure de protection, il apparaît, des informations recueillies, que les associations tutélaires ou le mandataire préposé de l'hôpital restent encore souvent désignés par le juge.

Dans une unité, il a été indiqué par le cadre de santé que le service social était très vigilant sur les mesures de protection confiées à un membre de la famille et n'hésitait pas à signaler au procureur de la République les cas de « mauvaise tutelle ».

### **Recommandation**

*La relation des associations tutélaires avec les services de l'EPSM doit faire l'objet d'un protocole pour garantir un suivi de qualité des patients sous protection judiciaire.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Un groupe de travail a été mis en place afin de rédiger un protocole. Ce groupe de travail se base sur une fiche action rédigée par la mandataire judiciaire de l'EPSM* ».

#### **4.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT CORRECTEMENT GERES**

Un inventaire contradictoire, plus ou moins exhaustif selon les services – tous n'incluent pas les vêtements –, signé par chacune des parties, est établi dans les unités d'accueil à l'arrivée du patient ou lorsque son état le permet. Il est classé au dossier médical et un exemplaire est remis au patient. Toutefois, les contrôleurs ont constaté dans les dossiers consultés que les feuilles d'inventaire n'étaient pas toujours remplies.

Il est conseillé de remettre à la famille les objets de valeur et de déposer l'argent dans le coffre de la régie des dépôts, dont le fonctionnement est exposé dans une fiche du livret d'accueil. Lorsqu'un patient désire retirer une somme d'argent, il doit se déplacer à la régie des dépôts aux horaires d'ouverture ; il n'est donc pas possible de retirer de l'argent le week-end. Il s'y rend seul ou accompagné d'un soignant ; si nécessaire, ce dernier peut faire un retrait pour le compte d'un patient. Il est également possible que l'argent d'un patient soit conservé à la trésorerie principale, dans le cas où le coffre de la régie des dépôts est plein ou d'un dépôt supérieur à 1 500 euros. Dans certaines unités, notamment l'unité SPB du pôle Est, il est possible de confier son argent à un cadre, qui le dépose dans un coffre situé dans son bureau ; cette opération est systématiquement tracée. Du numéraire peut être laissé au patient, s'il insiste, notamment pour ceux autorisés à se rendre à la cafétéria.

Pour les personnes sous tutelle ou curatelle, les montants autorisés sont déterminés par le mandataire. Un système de bons d'achat est mis en place avec des commerçants partenaires : bureaux de tabac, supermarchés ou magasins de vêtements.

Les objets que les patients ne sont pas autorisés à conserver, variables selon les unités – tous les objets dangereux tels les rasoirs, souvent les téléphones, parfois les cigarettes – sont rangés dans un casier nominatif dans un local des infirmiers. Les papiers et objets de valeur, s'ils n'ont pu être restitués à la famille, sont conservés dans le coffre de l'unité.

Les objets usuels, tels que les vêtements, sont rangés dans les placards des chambres ; la mise à disposition de la clé varie selon les unités. Il a été indiqué que les vols dans les chambres étaient rares, celles-ci étant fermées en journée.

#### **Bonne pratique**

*Le système de bons d'achat en partenariat avec quelques commerçants permet aux adultes protégés de faire des achats sans risque.*

#### **4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST CORRECTEMENT ASSURE MAIS DANS DES DELAIS QUI POURRAIENT ETRE REDUITS**

L'accès au dossier médical fait l'objet d'une procédure centralisée, identique pour tout l'établissement et quel que soit le demandeur – patient ou ayant droit : la demande se fait par courrier adressé au directeur de l'établissement ; elle est transmise au service « relation

usagers », qui vérifie la présence d'une copie de la carte d'identité du demandeur ; un double de la demande est envoyé au médecin chef de service avec rappel des délais pour la transmission du dossier, soit huit jours ouvrés pour les dossiers de moins de cinq ans et deux mois pour les autres ; la copie du dossier du patient – dont ne peuvent être retirés que les pièces ayant trait à des tiers et les notes manuscrites des médecins – est retournée au service « relation usagers » sous pli fermé ; à réception, ce service informe le demandeur que le dossier est prêt et va lui être envoyé ; il lui rappelle que les informations sont strictement confidentielles mais qu'il peut solliciter des précisions supplémentaires auprès du médecin. Une consultation du dossier est également possible dans le service, en présence d'un soignant.

Pour les personnes hospitalisées sans consentement, la procédure est identique, sous la réserve que la consultation du dossier peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le patient lorsqu'il existe des risques d'une gravité particulière ; en cas de refus du demandeur, il revient à la CDSP de trancher dans un avis qui s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Pour les mineurs, l'exercice du droit d'accès au dossier médical est réservé aux titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, à la personne spécialement mandatée par eux à cette fin, sauf émancipation de l'adolescent. Le mineur dispose toutefois, selon son degré de maturité, du droit de recevoir des informations sur sa santé et de participer à la prise de décision le concernant ; il a également un droit de rétention d'informations le concernant, lorsque les soins qu'il a reçus ont été dispensés hors le consentement des titulaires de l'autorité parentale, obligeant à masquer certaines données lors de la communication du dossier.

Il a été précisé par le responsable du service « relation usagers » que les demandes d'accès au dossier médical étaient majoritairement faites par des patients ayant quitté l'établissement, information confirmée dans les différents services.

Les demandes d'accès au dossier médical sont peu nombreuses :

- cinquante-quatre en 2014, dont trente-six de moins de cinq ans, émanant pour 65 % de patients, pour 11 % de détenteurs de l'autorité parentale, pour 17 % d'ayants droit, pour 5 % de tiers et pour 2 % de tuteurs ;
- quarante-cinq en 2015, dont quinze de moins de cinq ans, émanant à 60 % des patients.

Selon les informations recueillies dans le rapport 2014 de la CRUQPC, aucune réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été présentée au cours des quatre dernières années ; le délai moyen de réponse est de quatre mois (entre un et douze mois) pour les dossiers de moins de cinq ans et de seize mois pour les dossiers de plus de cinq ans (entre deux et quarante-six mois). Contrairement aux indications du rapport de la CRUQPC, dans sa réponse, le directeur déclare : « *Il est, pour l'EPSM, de quatre jours* ».

#### 4.4 LE DROIT DE VOTE PEUT ETRE EXERCE MAIS NE DONNE LIEU A AUCUNE SENSIBILISATION

Les patients peuvent exercer leur droit de vote mais les demandes sont peu nombreuses.

Des sorties peuvent être accordées, sous réserve de l'accord d'un médecin, et la directrice des soins a précisé que la gendarmerie pouvait se déplacer pour récupérer les formulaires de procuration au sein de l'établissement s'il y avait des demandes.

Aucune sensibilisation n'est faite au sein des services à l'approche d'une élection : aucun document d'information n'est affiché ou remis.

Lors des dernières élections présidentielles, des patients du service UNSD du pôle Centre ont été emmenés en voiture par des soignants afin qu'ils puissent voter.

#### **4.5 L'EXERCICE DU CULTE : L'AUMONERIE CATHOLIQUE EST PARTICULIEREMENT ACTIVE, AUCUN AUTRE CULTE N'EST EFFECTIVEMENT PRESENT, FAUTE DE DEMANDE**

Tous les samedis matin, une messe est célébrée par un prêtre dans la chapelle de l'hôpital. Cette messe est ouverte à tous, ce qui permet notamment aux patients de pouvoir y participer avec leurs proches. Les patients qui s'y rendent sont accompagnés d'un soignant.

L'établissement salarie deux aumônières, dont le bureau se situe au centre social. Celles-ci peuvent se rendre dans tous les services pour s'entretenir avec les patients qui en font la demande. Les visites aux patients s'effectuent une journée précise dans la semaine pour chaque service. Les entretiens se déroulent dans les salles de visite des différents services. Les aumônières sont présentes à l'établissement de 15h à 18h30 tous les jours sauf le dimanche.

Le livret d'accueil informe de l'existence de cette aumônerie et, dans chaque service, un référent soignant assure le lien avec l'aumônerie. Tous les référents sont conviés par l'aumônerie à quatre réunions annuelles.

Dans certains services, la demande est telle que les aumônières peuvent s'y rendre plusieurs fois par semaine.

Au sein du service de Saint-Pol-sur-Ternoise du pôle Centre, un prêtre est disponible mais n'intervient plus faute de demandes. Les patients de ce service peuvent se rendre à la messe librement s'ils sont en unité ouverte et accompagnés ou en famille dans le cadre de permissions s'ils sont en unité fermée.

L'aumônerie organise des ateliers lors de fêtes particulières, comme par exemple un atelier choral patients/soignants en vue de la messe de Noël.

Les aumônières participent à des formations sur la psychiatrie.

Les autres cultes ne sont pas représentés faute de demandes. Une liste de différents ministres du culte est distribuée dans tous les services et le livret d'accueil précise qu'il est possible de recevoir les ministres des différents cultes en faisant une demande auprès de l'aumônerie. Par ailleurs, les aumônières ne s'adressent pas uniquement aux personnes catholiques ; elles reçoivent notamment des patients musulmans et proposent une écoute et un soutien.

Un tableau récapitule dans les unités les rites et les pratiques religieuses prévues par les différentes religions lors d'un décès.

#### **Bonne pratique**

*L'établissement a mis en place une procédure tendant au respect des rites funéraires des différentes religions.*

## 5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 5.1 L'ISOLEMENT : UNE DEMARCHE THERAPEUTIQUE AFFIRMEE, BIEN PROTOCOLISEE ET SUIVIE POUR LES PATIENTS NON DETENUS, MAIS DES INSTALLATIONS INADAPTEES

La mise à l'isolement avec ou sans contention s'effectue sur décision médicale, laquelle est immédiate ou confirmée dans l'heure pour les mesures prises en urgence par les soignants qui disposent d'un protocole prévu à cet effet.

Lors de la visite des contrôleurs cinq patients étaient en chambre d'isolement dont trois avec mesure de contention.

Un protocole de mise à l'isolement et de contention ainsi que des feuilles de suivi de ces mesures sont communs à toutes les unités. Le protocole, très détaillé et très précis, semble bien respecté par l'ensemble des unités.

L'établissement dispose de treize chambres d'isolement, d'environ 10 m<sup>2</sup>, dont l'équipement et l'aménagement, tout particulièrement en ce qui concerne l'accès aux WC et aux sanitaires, est le plus souvent inadapté et nécessite le recours au seau hygiénique et à l'urinal. La surveillance est assurée par circuit vidéo avec écran de surveillance dans les bureaux et postes infirmiers. Les chambres ne disposent pas de système d'appel, ni de téléviseur, ni de pendule. Les patients doivent crier ou agiter les bras devant la caméra pour appeler les soignants. Les patients sans contention peuvent utiliser un seau hygiénique ou un urinal. Un certain nombre de chambres n'ont pas d'aération possible, les fenêtres n'ouvrant pas. Il n'est pas prévu d'espace permettant de fumer au patient placé en isolement. De nuit, un volet électrique commandé de l'extérieur permet d'occulter la fenêtre.



*Une chambre d'isolement*

La surveillance s'effectue par caméra vidéo, sans enregistrement, avec report d'image sur deux moniteurs : l'un dans le bureau infirmier et l'autre dans la salle de soin. Les contrôleurs ont pu

vérifier que les écrans vidéo ne sont pas visibles de l'extérieur de la salle de soin. Les portes d'accès aux chambres ne disposent d'aucun oculus.

Les mises en chambre d'isolement sont prescrites pour une durée maximale de vingt-quatre heures, renouvelée si besoin après évaluation systématique par le psychiatre.

Chaque chambre dispose d'un registre correctement rempli mais qui ne trace pas la durée des contentions. L'analyse des registres fait état pour l'année 2015 de 884 placements à l'isolement. Il n'existe pas de recueil centralisé permettant de tracer la durée des mises à l'isolement et des contentions.

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Il existe actuellement une fiche médicale psychiatrique et somatique de prescription de MCIT et/ou de contention hors MCIT où il est indiqué le début et la fin de la MCIT et/ou de contention hors MCIT. Cette fiche est intégrée dans le dossier patient* ».

Dans certaines unités, il a été déclaré aux contrôleurs qu'en principe la famille (et non la personne de confiance) était informée du placement en chambre d'isolement afin simplement qu'elle sache que les visites n'étaient pas possibles.

### **Recommandation**

*Un patient placé en chambre d'isolement doit avoir un accès permanent à des toilettes et à un système d'appel.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Un groupe de travail sur la question de "l'humanisation des chambres d'isolement" est lancé* ».

## **5.2 LA CONTENTION : UNE PRATIQUE HETEROGENE SELON LES UNITES**

Les modalités de contention et leur suivi sont tracés dans une feuille de surveillance correctement remplie et placée dans le dossier du patient. Ces feuilles retracent de manière horaire les éléments de surveillance, les événements et les mises ou levées de contention. Un suivi quotidien par un médecin généraliste est assuré.

L'analyse des registres fait état de 356 mesures de contention lors des 884 placements en chambre d'isolement. Il est observé à la lecture des registres que la pratique de la contention est importante dans certaines unités, pouvant atteindre 90 % des mises à l'isolement (unité CPT), alors que d'autres ne l'utilisent que peu (unité Nymphéa) voire pas du tout.

## **6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION**

### **6.1 LA VIE COURANTE : LES FONCTIONS LOGISTIQUES SONT CORRECTEMENT ASSUREES**

#### **6.1.1 La restauration**

L'EPSM dispose d'une cuisine centrale autonome qui prépare les repas de l'ensemble du site selon le principe de la liaison froide, tous les jours de la semaine ; 800 repas sont préparés chaque jour ouvrable et 600 repas en week-end. Le transport dans les unités est assuré par des véhicules spécifiques assurant une température de 3 °C ou - 18 °C (pour les produits surgelés) ; à la réception, chaque unité dépose les produits dans des armoires réfrigérées puis remet les repas en température avant de les distribuer.

Conformément aux procédures, la cuisine conserve « un repas témoin » pendant une semaine ; les étiquettes des denrées sont conservées pendant six mois. Chaque mois, un laboratoire de



l'Aisne apporte un soutien technique à partir d'analyse de prélèvements de surface et alimentaires. Un contrôle annuel est assuré par les services de la direction départementale de la protection des populations (DDPP) ; au moment de la visite des contrôleurs, le dernier contrôle datait du 5 avril 2015.

Le CLAN, présidé par un médecin, assure depuis 2014 des missions de surveillance et d'évaluation. A ce titre, une « commission restauration » se réunit deux fois par an ; une diététicienne participe aux réunions ainsi qu'un « référent hôtelier » par service de psychiatrie. Au moment de la visite des contrôleurs, la dernière réunion datait de septembre 2015. Les menus sont composés selon des séries de quatre semaines qui dépendent de la saison. Des menus spéciaux sont réalisés pour les fêtes de Noël, du jour de l'an et de Pâques. Au moment du ramadan, les patients qui le désirent peuvent prendre leurs repas durant la nuit.

Le matin, chaque unité transmet à la cuisine sa commande pour les repas du jour, en précisant les éventuels régimes, tels que haché, mixé, diabétique, ... Il est notamment prévu un régime « sans porc » ; il a été indiqué aux contrôleurs que moins de dix régimes sans porc étaient commandés chaque jour. Il est possible d'apporter par téléphone des modifications de dernière heure en cas d'admission imprévue.

Dans les unités de soins, les repas ont lieu à partir de 8h (petit déjeuner), 12h (déjeuner), 17h (collation) et 18h45 (dîner), au besoin en plusieurs services notamment pour séparer les patients en soins de courte durée des patients chroniques. Ils sont servis à l'assiette après déconditionnement des barquettes livrées par la cuisine centrale. Les patients s'installent librement ; si un patient le nécessite, il est aidé par un soignant, seul à une table. Les patients ont le choix entre aller se servir eux-mêmes à la rampe ou recevoir un repas préparé par un soignant. Dans certaines unités, le repas peut être pris en chambre sur prescription médicale, à l'exception de la collation.

En pédopsychiatrie, le repas est pris avec les soignants.

### 6.1.2 L'hygiène

En principe, chaque patient apporte son nécessaire de toilette ; en cas de besoin, un « kit d'hygiène » est fourni. Les soignants apportent leur soutien à la toilette des patients qui en ont besoin, parfois simplement pour les aider à prendre la décision de faire leur toilette.

Une blanchisserie centrale assure le nettoyage du linge plat, des tenues de travail ainsi que, gratuitement, du linge des patients qui le souhaitent, c'est-à-dire ceux, peu nombreux, qui ne peuvent pas le confier à des proches. Une « petite laverie » met des lave-linge à la disposition des patients, qui peuvent venir laver leur linge gratuitement, seuls ou accompagnés par du personnel soignant.

Certaines unités de soins disposent d'un lave-linge qui peut servir à laver le linge des patients ; parfois, le patient participe à cette activité à titre thérapeutique.

Des vêtements d'appoint peuvent être remis aux patients démunis par la blanchisserie ou parfois par certaines unités de soins.

Quelques unités, comme par exemple celles du service D, comportent des chambres sans salle d'eau, auquel cas les patients utilisent une salle d'eau commune avec WC, lavabo et douche ou baignoire.

En pédopsychiatrie, les adolescents disposent d'un bac au rez-de-chaussée de l'unité pour y entreposer leur linge sale, dont l'entretien est à la charge de la famille

L'entretien des locaux des unités de soins est assuré par des agents des services hospitaliers (ASH), affectés dans les unités. L'établissement dispose d'un « service d'hygiène » dirigé par un cadre de santé « référent hygiène ». Les contrôleurs ont constaté la propreté de l'ensemble des unités qu'ils ont visitées.

### 6.1.3 La sécurité

Les six voies d'accès à l'EPSM sont contrôlées par des caméras de vidéosurveillance dont les écrans vidéo sont installés dans le local de contrôle de l'entrée principale qui assure également le standard téléphonique de l'établissement. Par ailleurs, des rondes aléatoires sont réalisées par un agent de sécurité de jour et deux agents de nuit, afin notamment de contrôler les fermetures et l'éventuelle présence de personnes extérieures à l'établissement ; tous les agents sont certifiés « service de sécurité incendie et d'assistance à personnes » (SSIAP).

Au sein des unités de soins, des équipements de vidéosurveillance sont installés dans les couloirs ainsi que dans les chambres d'isolement thérapeutique (CIT) ; les écrans vidéo sont placés dans les bureaux des infirmiers. Les images des CIT sont enregistrées et conservées entre une et trois semaines puis automatiquement écrasées. En principe, seules les caméras des CIT fonctionnent 24h/24 ; celles des couloirs sont censées être arrêtées manuellement dans la journée par les soignants mais « *il arrive que ceux-ci oublient* ».

Dans sa réponse, le directeur précise : « *Il a été mis en-dessous de chaque écran vidéo une notification rappelant les heures où les caméras doivent être éteintes. Cette notification a été mise en place à la suite d'une recommandation du groupe de travail sur "la liberté d'aller et venir"* »

Les unités du service D ne possèdent pas de caméras dans les couloirs.

L'équipe de sécurité a connaissance de l'occupation de toutes les chambres d'isolement de l'établissement.

Lorsqu'une personne déclenche l'alarme de son système de « protection du travailleur isolé » (PTI), l'alarme est transmise au standard, qui appelle l'unité concernée si le PTI a été déclenché par pression du bouton de demande d'assistance, ou le service si l'alarme a été déclenchée par un arrachement ; la nuit, quelle que soit l'origine du déclenchement de l'alarme (demande d'assistance, arrachement ou position horizontale du PTI), celle-ci est transmise à tous les services de l'établissement.

Lorsqu'une unité a besoin d'un renfort en urgence, elle en informe le standard, qui fait appel à une équipe de trois « infirmiers de renfort ».

### 6.1.4 Les transports

L'établissement dispose d'un service d'ambulances et d'un service de bus ainsi qu'une trentaine de véhicules léger du type « Clio » qui sont mis à la disposition des salariés.

Le service d'ambulances comporte quatre véhicules sanitaires légers (VSL), une « ambulance couché » et un véhicule de transport des analyses. Leur conduite est assurée par une équipe de six chauffeurs.

Le service de bus comporte un bus de quinze places, trois « Renault Trafic » de neuf places et un « Renault Trafic » de cinq places, équipé avec des moyens de contention, utilisé pour le transport de personnes détenues depuis la prison vers l'hôpital. Une équipe de quatre chauffeurs est affectée à ce service.

Les patients convoqués au TGI sont conduits en « Clio ». Les bus sont souvent utilisés pour les sorties groupées de patients dans le cadre d'activités à l'extérieur.

#### 6.1.5 L'accès au tabac

Lorsqu'une unité dispose d'un patio sécurisé, l'accès au tabac est libre dans la journée.

En l'absence d'espace extérieur sécurisé, des pauses cigarette d'environ une demi-heure sont établies, dont les horaires sont signalés aux patients, en général par voie d'affichage (après le petit déjeuner, dans la matinée, après le déjeuner, deux dans l'après-midi, une après le dîner). Les fumeurs sont accompagnés à l'extérieur par des soignants.

Certains patients gèrent eux-mêmes leurs cigarettes dans le cadre d'une « action éducatrice des patients ». Pour les autres patients, les cigarettes sont conservées par les soignants dans les casiers nominatifs décrits ci-dessus et remis aux patients de façon régulée.

Les cigarettes sont achetées par les patients ou leur famille, si nécessaire par un soignant.

Les personnes placées en chambre d'isolement ou placés en chambre fermée ne peuvent pas fumer.

Dans l'unité de pédopsychiatrie, l'interdiction de fumer est la règle.

### 6.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT TOUJOURS GERES AVEC SOUPLESSE MEME SI LES MOYENS MATERIELS DIVERGENT D'UNE UNITE A L'AUTRE

#### 6.2.1 Le téléphone

Une cabine téléphonique est disponible dans le parc ; elle est très rarement utilisée.

Des postes téléphoniques sont installés dans tous les services mais leur fonctionnement n'est plus assuré, *Orange* ne commercialisant apparemment plus les cartes adaptées ; ils peuvent recevoir des appels mais ne permettent pas d'en envoyer. De fait, une personne ne possédant pas de téléphone portable rencontre des difficultés pour pouvoir téléphoner.

Les informations concernant le téléphone contenues dans le livret d'accueil ou dans les règles de vie des services ne sont pas à jour.

La disposition des *points phone* au sein de certains services, comme dans le service G ou le service B, ne permet pas de garantir la confidentialité des conversations.

Concernant l'usage des téléphones portables, s'il a été observé que leur usage était géré avec souplesse au sein de la plupart des unités, des modalités d'usage diverses ont été relevées.

Au sein du service C, les téléphones portables avec possibilité de prendre des photographies sont autorisés uniquement dans les chambres aux heures de la sieste et le soir. Les téléphones moins modernes peuvent être conservés mais ne peuvent pas être utilisés durant les activités. Les patients peuvent également demander à un personnel soignant d'appeler avec le téléphone du service.

Au sein du service CPB, la plupart des patients disposent d'un téléphone portable. Si un patient n'en possède pas, il peut utiliser un téléphone installé dans la salle de vie. Il arrive également qu'un téléphone sans fil soit mis à la disposition du patient qui peut alors s'isoler pour téléphoner. Cette dernière pratique est à privilégier compte tenu du respect de la confidentialité des conversations.

Au sein du service B, les patients peuvent utiliser leur téléphone portable (sauf contre-indication thérapeutique), entre 17h et 20h. Les patients sans téléphone portable peuvent utiliser les

téléphones du service gratuitement en réception d'appels ou exceptionnellement pour en émettre.

Au sein du service F, les portables sont autorisés de 17h à 18h45.

Au sein du service G, l'usage des téléphones portables est permis de 12h30 à 14h et de 17h30 à 19h. Les patients qui ne disposent pas de téléphone portable sont autorisés à utiliser un téléphone du service.

Au sein du service UNSD, les téléphones sont interdits. Cette interdiction est justifiée par les soignants du fait de la crainte de diffusion d'images sur les réseaux sociaux. Si les infirmiers l'estiment opportun, ils peuvent mettre à disposition un téléphone dans leur bureau et l'appel se déroule alors en leur présence.

Au sein du service pédopsychiatrique, les mineurs peuvent joindre leur famille ou leur proche le mardi et le jeudi de 17h à 18h selon une liste de numéros d'appel déterminée par le médecin. Les téléphones portables sont également interdits par crainte de diffusion d'images sur les réseaux sociaux et, dans certains cas, du fait d'un phénomène d'addiction.

Au sein du service de Saint-Pol-sur-Ternoise, une cabine téléphonique est à la disposition des patients de l'unité ouverte dans le hall d'accueil pour appeler ou recevoir des appels. Une cabine est également disponible dans l'unité fermée à des horaires fixes. Le jour de la visite des contrôleurs, les cabines étaient hors service depuis une semaine, en raison – selon les informations transmises – d'un retard de paiement de la facture par l'hôpital. Les téléphones portables ne peuvent être utilisés qu'avec l'accord des soignants.

#### **Recommandation**

*Le fonctionnement des postes téléphoniques doit être garanti et leur confidentialité améliorée afin de permettre le maintien des liens familiaux de tous les patients.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « Une solution technique est à l'étude. L'établissement étudie également la possibilité de mettre à disposition des téléphones portables jetables ou des cartes prépayées ».

#### **6.2.2 Le courrier**

Pour envoyer un courrier, le patient le remet à un soignant. Ce courrier est récupéré par le secrétaire du service qui le dépose au vaguemestre. Ce dernier se rend à *La Poste* à 15h30 pour poster les courriers.

Des timbres sont en vente chez le vaguemestre de 13h à 14h tous les jours hors week-end. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, lorsqu'une personne est particulièrement démunie financièrement, il arrive que l'établissement appose son cachet sur le courrier.

Le vaguemestre se rend à *La Poste* à 9h pour récupérer le courrier. Il le trie puis le dépose dans des boîtes aux lettres propres à chaque service qui sont accolées à son bureau. Tous les jours ouvrables, le secrétaire vient chercher le courrier de son unité, qui est ensuite distribué par les infirmiers au sein du service. En cas de besoin, le vaguemestre apporte le courrier au service. Le courrier n'est soumis à aucune restriction et n'est pas ouvert.

#### **Recommandation**

*Il conviendrait d'installer des boîtes aux lettres dans les unités de vie des patients afin de garantir la confidentialité des échanges épistolaires.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « Une réflexion est en cours pour le déploiement de boîtes aux lettres dans les unités de vie des patients ».

### 6.2.3 L'informatique

L'établissement ne dispose pas d'équipement Wifi accessible aux patients.

Au sein du service C, le matériel informatique est interdit.

Au sein du service B, les jeux vidéo et les films personnels sont interdits.

Au sein du service CPB, l'utilisation d'un ordinateur personnel n'est pas interdite mais demeure exceptionnelle.

Au sein du service G, il arrive que des patients soient autorisés à conserver leur ordinateur personnel en chambre, sur prescription médicale. Dans ce cas, des horaires sont fixés pour encadrer l'accès à l'ordinateur. Si un patient a besoin de faire une recherche sur internet, il peut demander à l'effectuer sur l'ordinateur du service, en présence d'un personnel soignant.

Au sein du service UNSD, aucun ordinateur n'est laissé à disposition des patients. Cependant, exceptionnellement un patient a pu avoir une autorisation limitée et encadrée sur prescription médicale.

Au sein du service de pédopsychiatrie, les tablettes numériques et les consoles sont interdites. Cependant, un accès à internet est possible en salle informatique en présence d'un personnel et dans le cadre d'activités thérapeutiques.

#### **Recommandation**

*Il serait opportun de réfléchir à un accès des patients à Internet.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « Il sera mis en place dès la fin 2017 du Wifi sur tout l'EPSM avec un accès sécurisé pour les patients ».

### 6.2.4 Les visites

Les patients peuvent recevoir des visites selon les horaires définis dans chaque unité d'hospitalisation. Une certaine souplesse quant aux heures d'accès a été observée au sein de l'établissement.

Dans le secteur Est (services C, B, CPB), les visites sont possibles l'après-midi, tous les jours sauf le mardi et le jeudi.

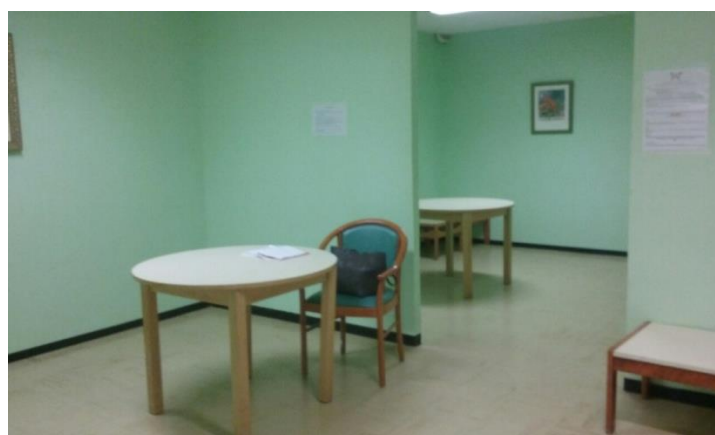
Dans le service F, les horaires de visite sont différents selon les unités. Pour les patients pris en charge sur le long terme, les visites sont possibles tous les jours de 9h30 à 12h et de 13h30 à 18h30. Pour l'unité d'admission et de soins de suite, elles ont lieu le lundi et vendredi de 17h à 18h30, le mercredi et le samedi de 14h à 18h30 et le dimanche et jours fériés de 9h30 à 12h et de 14h à 18h30.

Dans le service G, les visites sont autorisées les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 17h à 18h30, les mercredis et samedis de 14h à 18h30 et les dimanches et jours fériés de 9h30 à 12h puis de 14h à 18h30. Au sein de l'unité d'admission, les visites se déroulent en chambre.

Dans le service UNSD, il existe trois « salons visiteurs » dont l'un est équipé de deux « box » (tables avec des chaises séparées par une cloison). Si plusieurs familles sont présentes, elles sont invitées à s'installer dans le hall ou dans le self de l'unité.

Certaines unités ne disposent pas de salle dédiée à l'accueil des familles ; les visites ont alors lieu dans des salles d'attente ou dans des salles communes. Lorsque plusieurs familles sont présentes, il arrive qu'elles doivent partager le même espace ce qui pose question au regard du droit à l'intimité.

Il est possible de se rendre dans le parc ou dans la cafétéria lors des visites si le patient y est autorisé.



*Salle d'attente et salon de visite (service C et service USND/unité D1)*

### **Bonne pratique**

*Les familles qui se présentent en dehors des créneaux limités prévus par les unités sont généralement admises à rencontrer le patient qu'elles visitent.*

### **Recommandation**

*La nouvelle organisation des pôles devrait être mise à profit pour améliorer les locaux d'accueil des familles dans les services où c'est nécessaire.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « Dans le bâtiment 7 (anciennement CPA), l'EPSM va déposer une autorisation de travaux pour mettre en place une salle d'accueil pour les familles. Le bâtiment 8 (réhabilitation sociale) et le bâtiment 15 (clinique d'addictologie) disposent d'une salle d'accueil. Les bâtiments 3 (CPB), 12 (clinique de la Lys) et 14 (4bis-service B) : une réflexion est en cours avec les cadres supérieurs de santé pour la mise en place de salles d'accueil pour les familles des patients ».

## 6.3 L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS EST DE MOINS EN MOINS FREQUENT

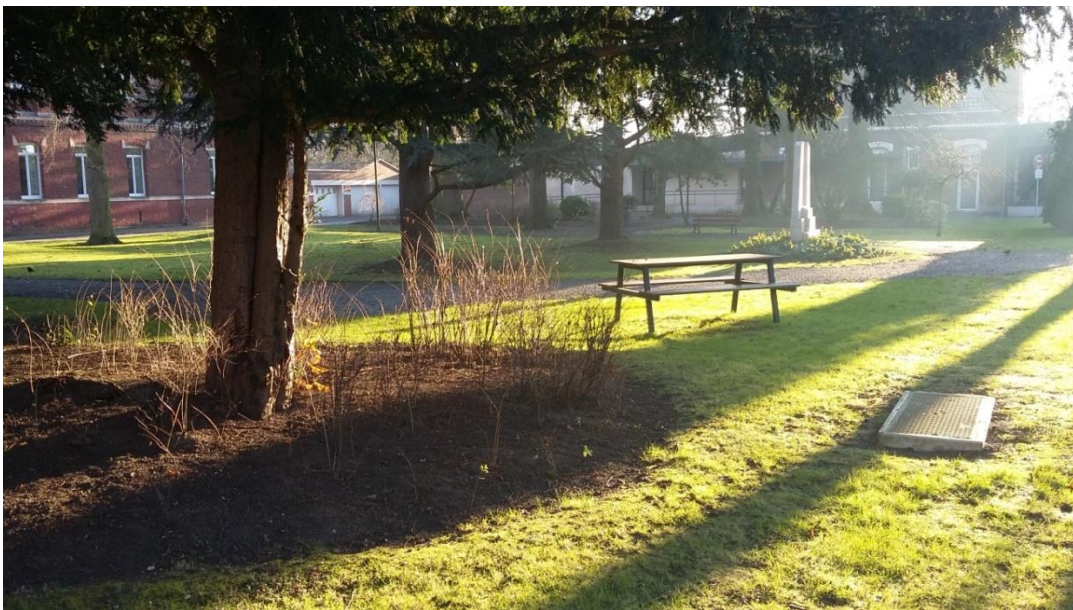
### 6.3.1 Le parc

Les différents pavillons sont repartis au sein d'un parc assez vaste et agréable. On y trouve de la verdure, des arbres, des bancs et des tables de pique-nique.

Les patients peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés (de soignants ou de leurs proches), en fonction de leur état de santé et du mode d'hospitalisation. Les personnes en soins libres peuvent généralement y accéder librement l'après-midi aux horaires dédiés, en fonction des termes de leur fiche « restriction des libertés ». En général, les patients hospitalisés sous contrainte peuvent sortir dans le parc, accompagnés par un infirmier ou un membre de la famille sous réserve qu'un médecin ait donné son autorisation pour leur octroyer un « laissez-passer parc ».

Durant la semaine de présence des contrôleurs, le parc est apparu peu investi par les patients.

Les possibilités d'accès au parc ne sont pas les mêmes selon les services. A titre d'exemple, l'accès aux lieux communs de l'établissement est particulièrement restreint au sein du service UNSD du pôle Centre ; les patients en régime fermé sans autorisation de sortir seuls peuvent être accompagnés à la cafétéria et dans le parc uniquement le week-end faute de personnels disponibles le reste du temps.



*Le parc*

### 6.3.2 La cafétéria

Le bâtiment « centre social » dispose d'une vaste cafétéria à la disposition des patients et des visiteurs. Ouverte tous les jours de 16h à 18h30, elle est meublée d'une trentaine de tables de quatre places.

La cafétéria n'est pas gérée par l'établissement mais par un service privé. La gérante, qui y travaille depuis trente ans, connaît certains patients depuis longtemps.

Particulièrement agréable et accueillante, cette salle lumineuse est décorée de plantes ainsi que de dessins et de cartes postales de patients affichés derrière le comptoir. De la musique est diffusée ; une terrasse est ouverte en été.

On peut y acheter des friandises à un prix raisonnable ; la gérante est soucieuse de pouvoir proposer à des patients indigents des produits à quelques centimes. On peut y acheter des « snacks » – frites, merguez, hamburger, saucisse –, des canettes de boissons mais aussi des foulards (à 3,50 euros et 6,50 euros) ou encore des petites figurines pour les enfants.

La possibilité de se procurer des aliments gras au sein de la cafétéria ne semblait ne pas faire l'unanimité au sein de la direction.

Ainsi que les contrôleurs ont pu le constater, la cafétéria est de moins en moins fréquentée ; un seul infirmier y emmène quotidiennement un groupe de patients. Cette situation, qui a été confirmée aux contrôleurs et dont la gérante ne comprend pas les raisons, a conduit à une restriction des horaires d'ouverture de la cafétéria.



*La cafétéria*

Le service de Saint-Pol-sur-Ternoise ne dispose pas de cafétéria. Un distributeur de boissons est disponible dans le hall d'entrée.

### **Bonne pratique**

*L'attention particulière portée aux tarifs des produits proposés à la cafétéria permet à l'ensemble des personnes détenues d'y avoir accès.*

### 6.3.3 Les installations sportives

Le centre social héberge également un vaste gymnase à la disposition des unités de soins.

Cette salle est équipée de paniers de basket-ball et de lignes au sol se prêtant à cette pratique ; elle permet également la mise en place de matchs de football, de badminton ou de tennis de table.

Le gymnase comporte des douches.

Aucune uniformité entre les différents secteurs n'a été relevée quant à l'accès de cette salle. Par exemple, les patients du service C (unité Nymphéa) du pôle Est ont la possibilité de s'y rendre de



manière hebdomadaire alors que les activités sportives des patients du service UNSD du pôle centre sont particulièrement restreintes, faute de personnels dédiés à l'ergothérapie. Une scène permet d'y organiser des événements divers (chorales, spectacles, etc.).

#### 6.3.4 Les activités communes

L'association sportive et culturelle des établissements en santé mentale Nord-Pas-de-Calais propose des activités et des sorties qui s'adressent aux patients de tous les services. C'est par ce biais qu'une sortie « marché de Noël » a été organisée le 17 décembre 2015.

L'association « Croix marine » propose également des événements culturels (sorties au musée, au cinéma par exemple), ainsi que des animations internes qui ont généralement lieu dans le gymnase du centre social. Ces animations peuvent être de nature exceptionnelle, comme la fête de Noël ou la kermesse, ou de nature plus pérenne comme des séances de sport organisées dans le gymnase tous les lundis matin de 10h à 11h30 et des animations interpoles les vendredis matin (danse, chant). Les patients de chaque service peuvent y participer, à la condition d'être encadrés par un soignant de leur service.

#### **Recommandation**

*La nouvelle organisation des pôles devrait être mise à profit pour faciliter et harmoniser l'accès des patients aux lieux collectifs.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *La réorganisation des pôles a permis l'ouverture d'unités permettant de renforcer l'accès libre aux lieux collectifs aux patients* ».

### 6.4 LES SOINS SOMATIQUES SONT BIEN PRIS EN CHARGE

#### 6.4.1 L'accès au médecin généraliste

Pendant plusieurs années, la volonté de médicaliser l'établissement a conduit au recrutement de médecins polyvalents ayant une expérience en libéral puis ayant acquis la qualité de praticien hospitalier. Dans le cadre de la restructuration de l'établissement, il est aujourd'hui envisagé une réduction de l'équipe somatique.

Au jour de la visite, l'équipe est composée de cinq médecins (quatre à temps plein et un à 90 %), auxquels il convient d'ajouter un médecin chargé du pôle externalisé de Saint-Pol-sur-Ternoise et un pédiatre pour le pôle de pédopsychiatrie.

Le médecin généraliste est présent tous les jours ouvrés, dans certains services uniquement le matin ou sur des demi-journées. Son intervention est protocolisée depuis 2010. Il assure, outre le bilan d'entrée des patients – fait dans les deux heures de l'admission – qui comporte un bilan biologique ciblé et la proposition de sérologies, le suivi des patients placés en isolement et/ou sous contention, dans les deux heures du placement puis quotidiennement. Les contrôleurs ont pu constater l'attention portée à ce suivi et la qualité des informations notées sur les feuilles de suivi des patients en isolement, avec ou sans contention.

En l'absence du médecin référent, la continuité des soins somatiques est assurée par les généralistes de permanence en période ouvrée et les internes en psychiatrie assurant un tour de garde somatique.

Dans le cadre de la restructuration, les somaticiens sont amenés à travailler sur plusieurs secteurs en binôme ou trinôme, avec à terme une prévision d'intervention sur des zonages.

S'agissant de la prévention, des informations sont données au patient à l'entrée concernant les vaccinations et la sérologie ; elles sont notées dans son dossier avec signature de l'intéressé. Ces informations sont reprises à chaque fois que l'examen le préconise.

Un pôle a développé un programme d'éducation thérapeutique sur « l'observance médicamenteuse ».

Un programme de santé « diététique » est actuellement en projet.

Des ateliers alcoologie – tabagisme sont mis en place service par service.

#### 6.4.2 Les consultations spécialisées

Un plateau technique, situé dans le pavillon 4, permet d'assurer bon nombre de consultations spécialisées et de limiter les transferts à l'hôpital :

- un cabinet dentaire, ouvert un jour par semaine, où exercent un interne et un externe ; la grande majorité des soins dentaires et des prothèses peuvent ainsi être faits à l'EPSM ; un accord existe avec la faculté dentaire pour des tarifs de prothèse abordables ;
- radiologie : une manipulatrice est présente à 80 %, ce qui permet une prise de rendez-vous assez facile ; l'analyse des radios est faite par une radiologue du centre hospitalier de Béthune mais également par le somaticien de l'EPSM ;
- pneumologie : un médecin vient un lundi sur deux pour interpréter les clichés ; en cas de problème important, le patient est transféré au centre hospitalier de son secteur d'origine ;
- cardiologie : les électrocardiogrammes sont réalisés sur prescription des somaticiens et envoyés au cardiologue de ville pour interprétation ;
- dermatologie : un dermatologue de cabinet privé consulte le vendredi après-midi à l'EPSM ;
- les consultations de gynécologie sont assurées par un somaticien ayant une compétence gynécologique.

Les prises de rendez-vous et les clichés sont réalisés par les deux infirmières de l'unité somatique transversale.

Des paramédicaux exercent également dans cette unité :

- un podologue libéral les jeudis et vendredis ;
- deux kinésithérapeutes travaillant à plein temps dans l'établissement, qui interviennent au sein des services dans des salles aménagées ;
- une diététicienne à temps plein est attachée au service.

#### **Bonne pratique**

*L'effectif des médecins somaticiens et leurs spécialités permettent une prise en charge effective, régulière et diversifiée.*



*Radiologie*



*Dentaire*



*Gynécologie et autres*

### 6.4.3 La pharmacie

La pharmacie centrale comprend trois pharmaciens – un à plein temps, un à 50 % et un à 40 % –, six préparateurs – cinq titulaires et un contractuel –, deux aides de pharmacie, un administratif et un ouvrier professionnel qualifié (OPQ).

Les prescriptions médicamenteuses ne sont pas encore informatisées. L'informatisation du circuit du médicament avec le logiciel « Cariatide » est en cours et devrait prendre effet en mai 2016. Une fois par semaine les ordonnances sont mobilisées au service central pour vérification et préparation. Les médicaments prescrits sont mis « en vrac » dans des boîtes nominatives, la dotation étant faite pour sept jours ; les médicaments sont livrés dans les différents services par l'OPQ et un aide de pharmacie au moyen d'un véhicule affecté à la pharmacie centrale.

Chaque unité dispose d'une réserve d'urgence placée au niveau du poste de soins dans des armoires fermant à clé. Il est par ailleurs possible aux soignants de venir à la pharmacie pour gérer une ordonnance urgente et de faire appel au service de garde.

La préparation nominative des traitements est assurée par les soignants de l'unité. Dans tous les services, la distribution des médicaments s'effectue trois fois par jour – matin, midi et soir – de façon confidentielle, dans une pièce dédiée ou dans le local des infirmiers, un patient après l'autre ; dans un service, la dispensation du matin se fait dans les chambres. Les somnifères sont remis lors d'une quatrième distribution en soirée.

Si la distribution des médicaments préserve la confidentialité, la sécurité du circuit du médicament est en revanche insuffisamment respectée ; en effet, l'absence d'informatisation de la prescription médicale ne permet pas une vérification de la conformité et de la compatibilité des prescriptions par le pharmacien.

Lors de la sortie définitive du patient il peut lui être donné, en plus de l'ordonnance qui lui est remise, l'équivalent de deux jours de prescription.



*La pharmacie*

#### 6.4.4 Le laboratoire

Les prélèvements pour examens biologiques ou chimiques effectués dans les unités sont centralisés au niveau d'un centre de tri, situé au pavillon 4. Déposés le matin par les infirmiers, ils font l'objet d'une vérification de la conformité avant d'être acheminés au laboratoire du CH de Béthune. Une seconde navette est réservée l'après-midi pour les bilans urgents.

Les résultats sont récupérés au pavillon 4 par les services le jour même, au plus tard le lendemain. Sur le site intranet de l'établissement, un onglet réservé à la biologie permet de connaître les résultats.

Pour le pôle externalisé de Saint-Pol-sur-Ternoise, les résultats d'analyse sont faxés et donnés par le médecin généraliste.

#### 6.4.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Créé dans l'établissement en 2008, le CLUD est actuellement intégré à la sous-commission chargée de la politique du médicament et de la douleur (SCOMEDD), qui se réunit trois fois par an sous la présidence du pharmacien responsable de service.

A sa création, un groupe de travail sur la prise en charge de la douleur avec élaboration de fiches d'évaluation et de traçabilité de la douleur a été mis en place, puis un contrat d'engagement a été intégré dans le livret d'accueil tandis qu'ont été validées des fiches d'évaluation et des échelles pour les personnes âgées et les non communicants. De 2012 à 2013, des formations ont été dispensées. Deux indicateurs ont été mis en place : le premier, « suivi de la consommation antalgique », en 2010 et le second, « satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur », en 2011 en même temps que la formalisation du traitement médicamenteux de la douleur aiguë chez l'adulte. En 2013, des « référents douleur » ont été nommés, une information sur la prise en charge de la douleur a été diffusée dans l'établissement par le biais d'un article dans le journal interne « trait d'union » et la formation d'agents (29) s'est poursuivie. L'année 2015 a été consacrée à la formalisation de la prise en charge de la douleur chez l'enfant.

Les questionnaires de sortie et l'enquête de satisfaction réalisée en 2014 sur la prise en charge de la douleur et le traitement attestent d'une opinion positive en progression : 77 % en 2013 et 83 % en 2014.

#### 6.4.6 Le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins

Depuis 2014, la « gouvernance qualité et gestion des risques » a mis en place un comité de pilotage « qualité et gestion des risques », chargé d'assurer le suivi global de la mise en œuvre et de l'évaluation de la démarche « qualité et gestion des risques », et un bureau de coordination « risques-vigilance », dont les missions sont de proposer une politique et un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, favoriser la mise en œuvre du programme d'action et en assurer l'évaluation sur la base des rapports d'activité des gestionnaires et des comités.

### 6.5 LA SEXUALITE : UNE QUESTION OCCULTEE

Ce sujet n'est évoqué ni dans le règlement intérieur ni dans le livret d'accueil ni dans les règles de vie, sauf dans une unité où il est précisé : « *une tenue correcte est exigée et les patients sont invités à ne pas se rendre dans les chambres des autres* ».

Le principe commun à tous les services paraît toutefois être celui de l'interdiction de relations sexuelles, même si cette interdiction n'est pas formulée. Dans certaines unités, les chambres des femmes et celles des hommes sont séparées par un bureau ou une porte, même si celle-ci n'est pas fermée, afin d'éviter ou de limiter ces relations ; dans d'autres, lorsqu'il est observé que deux patients se rapprochent ou se trouvent ensemble dans une chambre, ceux-ci sont invités à s'éloigner ou à quitter les lieux, les soignants leur indiquant que l'hôpital n'apparaît pas le lieu pour entamer ce type de rapprochement et que l'attirance peut s'y trouver faussée en raison de l'état de santé de chacun. Dans une unité, en revanche, la pratique de la sexualité et l'accès à la chambre d'un autre patient ne sont pas interdits ; cette dernière unité, confrontée à l'hospitalisation d'un couple, n'a cependant pas modifié les règles d'accès aux chambres pour eux durant leur séjour et le couple a été installé dans des chambres séparées ; néanmoins, devant accueillir un patient ayant pour habitude de se masturber en public, il a été prévu de lui aménager des temps en chambre dans la journée pour lui permettre de pratiquer sa sexualité.

Les patients vulnérables sont sensibilisés sur les problèmes liés aux relations sexuelles. Dans certains services, des moyens contraceptifs sous la forme d'implants sont proposés aux patientes. Si les soignants assurent une surveillance « rapprochée » de ces patients ou de ceux ayant des comportements déplacés, il reste qu'il n'existe pas d'action de prévention ni de réflexion institutionnelle sur la conduite à tenir pour les soignants confrontés au sujet. Dans la quasi-totalité des services, les soignants ont indiqué que préservatifs et moyens de contraception n'étaient pas à disposition ; or, le constat fait à la pharmacie a démontré l'existence d'un stock de préservatifs et d'un nombre relativement important de prescriptions de contraceptifs – implants, stérilet, pilules – faites par le médecin gynécologue ou le médecin généraliste du service. Dans une unité, l'absence d'information et de réflexion au sein de l'équipe a conduit un cadre à signaler comme événement indésirable un rapprochement physique entre patients, pourtant dénué de violence ; dans un autre service, les incidents constatés par les soignants sont au contraire remontés au médecin et repris en équipe lors de la réunion hebdomadaire de synthèse.

### **Recommandation**

*Une réflexion devrait être menée sur la sexualité des personnes hospitalisées (conduite à tenir par les soignants, prévention, contraception, etc.).*

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Un groupe d'analyse de pratiques professionnelles sur "les relations amoureuses et la sexualité dans les services de psychiatrie" a été mis en place au sein de l'EPSM afin d'émettre d'ici fin décembre des recommandations de bonne pratique. Ce GAPP a permis également de préparer l'intervention de deux cadres de santé de l'EPSM à la 20ème soirée de l'espace régional de réflexion éthique en psychiatrie et en santé mentale des Hauts de France, portant sur le même thème. Lors de cette soirée, deux cas cliniques ont été exposés par les cadres de santé de l'établissement. Cette soirée a fait l'objet d'une vidéo ([https://youtu.be/3lpb\\_UEntmw](https://youtu.be/3lpb_UEntmw)). Concernant l'information sur la contraception, celle-ci est donnée dès l'entretien médical d'entrée. Il existe également de la documentation sous forme de brochure dans les services* ».

## **6.6 LES INCIDENTS : LES VIOLENCES ENTRE PATIENTS DIMINUENT ALORS QUE CELLES ENVERS LES AGENTS PROGRESSENT**

### **6.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations**

Les courriers remis par les patients ou les familles sont centralisés et traités dans les services administratifs.

Un accusé de réception est adressé le jour même et la situation est traitée dans un délai moyen de trois semaines, par courrier ou dans le cadre d'un rendez-vous.

L'EPSM n'a été saisi d'aucune plainte en 2014 ni en 2015 ; il a reçu 21 réclamations en 2014 et 16 en 2015, émanant de patients, de leurs représentants ou de familles.

Les réclamations ont donné lieu à deux médiations médicales en 2014 et une en 2015. Un tiers des réclamations est relatif à une demande d'informations sur la prise en charge ; 19 % portent sur la disparition d'objets personnels ; 14 % sur une demande de changement de psychiatre ; 5 % sur la sécurité des biens ou des personnes.

L'établissement a reçu cinq courriers d'éloges en 2014.

### **6.6.2 Les violences et évènements indésirables**

Les incidents donnent lieu à l'établissement d'une fiche visée par la hiérarchie du service et communiquée au service de gestion de la qualité et des risques.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les incidents graves étaient exceptionnels et qu'aucun n'était à déplorer au cours des deux années écoulées.

En 2015, 810 déclarations d'évènements indésirables ont été enregistrées et traitées, soit 131 de moins que l'année précédente. L'essentiel des évènements indésirables porte sur des violences (278), des chutes de patients (87), des dégradations intentionnelles ou non (50), des problèmes de maintenance (49), des défauts de coordination des soins (47) et des erreurs médicamenteuses (44).

Les violences signalées de patients sur agents sont en augmentation: 221 contre 203 en 2014, tandis que les violences entre patients sont en diminution : 57 contre 66 en 2014. Il s'est agi de violences physiques dans 62 % des cas pour ce qui concerne les agents et 79 % des cas pour ce

qui concerne les patients, sans gravité signalés par l'établissement. Il s'agissait, dans les autres cas, d'insultes ou menaces.

Un groupe de travail sur la violence, actif en 2012-2013, a permis notamment la mise en œuvre d'une formation « prévention et prise en charge de la violence » (formation OMEGA), suivie par 141 agents depuis 2013, dont 75 en 2015. Les violences entre patients, quoiqu'en diminution par rapport à l'année 2014, demeurent supérieures aux années 2012 et 2013 qui n'avaient enregistré qu'une trentaine d'événements.

En 2015, 22 tentatives de suicide ont été enregistrées, sans conséquences physiques importantes, contre 21 et un suicide en 2014.

### 6.6.3 La gestion des sorties sans autorisation

En 2015, l'établissement a enregistré 38 sorties ou tentatives de sorties sans autorisation contre 45 en 2014. Ces événements ont concerné 11 patients en SPDT et 5 patients en SPDRE. Il s'agissait la plupart du temps de sorties dans le parc ou aux abords de l'hôpital ; il est arrivé toutefois que les soignants aillent chercher un patient retourné chez lui.

Les agents informent en première intention la conciergerie, qui exerce un contrôle visuel sur les entrées et sorties de l'établissement. La procédure est formalisée et généralisée sur l'établissement dans le cadre d'un document d'enregistrement d'une sortie sans autorisation pour tous types de soins, complété par des procédures spécifiques pour les patients détenus, ceux en SPDT et en SPDRE, prévoyant l'information des forces de l'ordre.

## 6.7 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES PRIVILEGIE LES MESURES DE SECURITE SYSTEMATIQUES PLUTOT QUE LA LOGIQUE DE SOINS

L'EPSM reçoit des patients en provenance des établissements pénitentiaires de Béthune, Longuenesse, Bapaume et Vendin-le-Vieil.

La direction des soins a entamé une réflexion quant aux conditions de prise en charge des patients détenus, qui a donné lieu à la rédaction d'un document de travail non validé au moment de la visite des contrôleurs.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, au moment de la visite des contrôleurs, l'établissement a reçu quarante-trois personnes détenues : vingt du CP de Longuenesse, onze du centre de détention de Bapaume, onze de la maison d'arrêt de Béthune et une de la maison centrale de Vendin-le-Vieil. La durée de séjour de ces patients a été de un à vingt-trois jours, avec une durée moyenne de 5,17 jours. A l'issue des soins à l'EPSM, vingt-trois d'entre eux ont été transférés à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin, dix-huit sont retournés en prison et un a fait l'objet d'une levée d'écrou et a été transféré dans un centre hospitalier ; une personne était toujours à l'EPSM au moment de la visite.

### 6.7.1 Le transfert du détenu

Si le patient est classé dangereux selon les critères définis par l'administration pénitentiaire, « *ce qui reste exceptionnel* », son transfert est assuré par une escorte pénitentiaire ou des forces de l'ordre. Lorsqu'il n'est pas classé dangereux, le transfert est assuré sans escorte, sous la seule responsabilité des soignants, au moyen d'un minibus de l'EPSM spécialement équipé de sangles de contention qui sont systématiquement appliquées au patient durant tout le trajet.

Cette procédure implique une responsabilisation qui dépasse la qualification du personnel soignant, lequel est contraint d'utiliser des appareils thérapeutiques à des fins sécuritaires puisque la mise sous contention est exclusivement destinée à prévenir une évasion.

Les infirmiers expliquent à la personne détenue qu'elle va aller « quelques jours » à l'hôpital, qu'elle va être sanglée (mains et ventre) dans le véhicule puis qu'elle sera « en chambre seule ».

#### **Recommandation**

*Il convient de clarifier les responsabilités des équipes médicales, celles des forces de l'ordre et celles de l'administration pénitentiaire en matière de sécurité lors des transferts entre la prison et l'hôpital, et d'en tirer les conséquences en termes d'escortes.*

Dans sa réponse, le directeur indique que ses interventions « lors des réunions avec le chargé de mission de l'ARS des Hauts-de-France sur les unités pénitentiaires sont sans réponse ».

#### 6.7.2 Choix de l'unité d'accueil

Le patient détenu est pris en charge par l'unité correspondant au secteur de son lieu de résidence. Les patients sans domicile déclaré ou qui ne résident pas dans le département sont pris en charge à tour de rôle par l'une ou l'autre des unités disponibles.

#### 6.7.3 Le séjour du patient détenu

Dès son arrivée et pour toute la durée de son hospitalisation, le patient est placé en chambre d'isolement ; selon les informations données aux contrôleurs, l'origine de cette pratique serait une directive préfectorale datant de 2005, laquelle rappellerait la responsabilité de l'établissement en cas d'évasion d'un patient détenu. Le document de travail élaboré par la direction des soins précise : « l'isolement ne peut être envisagé que dans un but thérapeutique ».

Le patient est mis sous contention pour une période d'observation d'au moins 24 heures dont la prolongation ou la levée est décidée par le médecin.

Plusieurs unités ont précisé aux contrôleurs que les indications fournies par l'établissement pénitentiaire ne permettaient pas de connaître le comportement du patient en termes de sécurité et donc sa dangerosité.

#### **Recommandation**

*L'EPSM doit recevoir systématiquement une fiche de liaison de l'établissement pénitentiaire lui permettant de connaître le comportement du patient détenu en particulier en termes de dangerosité vis-à-vis de lui-même, des autres patients et du personnel soignant.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « L'EPSM cherche à obtenir la communication de ces fiches de liaison auprès des maisons d'arrêt de Béthune et de Longuenesse ».

Dans les unités du service D, la contention est systématique et totale (ventrale, chevilles, mains) « car la fenêtre serait aisée à briser » (fenêtre standard doublée d'un plexiglas fixe, pas de barreaux) et la chambre d'isolement est au premier étage (risque de fuite). Toutefois, sur prescription médicale, en fonction de l'état du patient mais aussi de l'impression de confiance perçue par le médecin par rapport au risque d'évasion, la contention peut être allégée ou levée.



Les patients sont parfois autorisés à quitter leur chambre pour prendre une douche, au moment du repas des autres patients par mesure de sécurité.

Dans le document de travail précité, il est indiqué notamment que les communications téléphoniques ne peuvent se faire qu'auprès des correspondants validés par la prison et en présence de personnel soignant ; il est aussi précisé que les visites des patients détenus sont confrontées à l'impossibilité pour l'hôpital d'appliquer les mesures sécuritaires y afférentes (absence d'équipement de détection).

Au moment de la visite des contrôleurs, un jeune détenu était placé dans une des chambres d'isolement du service CPB (pôle Est) ; exceptionnellement, en raison de son comportement très calme, il n'avait pas été sous contention à son arrivée et il avait pu rencontrer sa femme et son bébé dans une salle de visite. Au sein des services D et F, il est arrivé, il y a quelques années, qu'un patient détenu ait eu le droit de déjeuner au self avec les autres patients.

#### 6.7.4 Le retour en détention

Dans le cadre de sa réflexion sur le sujet, la direction des soins a élaboré un projet de « *Procédure d'hospitalisation d'un détenu au sein de l'EPSM* ». Concernant la phase « *Accueil du patient détenu à l'EPSM* », la période de soins est décrite comme étant une « *Hospitalisation de quelques jours pour mise en route d'un traitement* » ; ce qui laisse entendre que le patient détenu est considéré comme un patient particulier, qui n'est pas censé rester dans l'établissement plus de quelques jours, quel que soit son état de santé.

A son retour vers la prison, la personne détenue est systématiquement menottée et escortée. Les contrôleurs ont reçu de nombreux témoignages de soignants qui se déclaraient choqués par cette méthode et ne comprenaient pas la différence de traitement entre l'aller et le retour.

## 7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

### 7.1 L'UNITE PEDOPSYCHIATRIQUE : UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE ET DE QUALITE

#### 7.1.1 Présentation générale

Cette unité est totalement indépendante des services pour adultes. Elle comprend deux services d'hospitalisation, installés dans deux bâtiments distincts, qui, jusque fin 2015, accueillait chacun des enfants et des adolescents, soit en hospitalisation complète soit en hospitalisation de jour, ainsi que des jeunes enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED).

Depuis décembre 2015, ces services ont été mutualisés. L'unité E accueille désormais les enfants ou adolescents en hospitalisation complète (huit lits) ou en hospitalisation de jour (dix places), tandis que l'unité H est consacrée aux TED (vingt places), enfants accueillis en hospitalisation de jour du lundi au vendredi selon un planning individuel.

Ces deux services travaillent dans un esprit de pôle et interviennent chacun sur les six secteurs de l'EPSM.

Les contrôleurs ont visité les deux services, où ils ont été reçus par des équipes chaleureuses dans des locaux remarquablement propres et bien entretenus. Le présent rapport s'attachera toutefois plus spécifiquement au service accueillant des enfants et adolescents en hospitalisation complète.

### a) Les locaux

Outre les locaux administratifs et celui du bureau du chef de pôle, le rez-de-chaussée, qui constitue le lieu de vie de journée, comprend une salle à manger, une cuisine thérapeutique, une salle de bibliothèque, trois salles d'activités, une salle de soins et une chambre d'apaisement.

Dans le cadre de restrictions budgétaires, une partie du bâtiment (non décrite ci-dessus) a vocation à fermer prochainement, tandis que trois salles actuellement non fonctionnelles doivent être récupérées.

L'étage est divisé en deux zones :

- le lieu de nuitée, comprenant :
  - huit chambres individuelles meublées d'un lit, d'un bureau, de deux chaises et d'un placard ;
  - une salle de repos du personnel soignant ;
  - une salle « activités/détente » ;
  - deux batteries de sanitaires équipées de deux cabines avec lavabos, une cabine douche, un local avec deux WC séparés et une cabine avec baignoire ;
  - une chambre d'isolement ;
- la partie activités comprenant de part et d'autre d'un escalier : six salles d'activités, un atelier « esthétique », une salle de *scrapbooking*<sup>7</sup>, une pièce non affectée, une salle de réunion et un local d'archives-réserves.

Les chambres sont regroupées par quatre de chaque côté d'une porte non fermée qui symbolise la séparation filles / garçons ; cette répartition peut également servir à séparer les jeunes selon leur pathologie.

Les chambres sont toutes de couleurs différentes avec rappel sur la porte. Elles peuvent être personnalisées par leur occupant (affiches, dessins, photos, doudou, ...) mais toutes ne le sont pas. Les portes des chambres ne sont jamais fermées à clé.



Chambre



Salle de bain



Salle de repos

---

<sup>7</sup> Le *scrapbooking*, ou créacollage, collimage (francisations principalement utilisées au Québec), est une forme de loisir créatif consistant à introduire des photographies dans un décor en rapport avec le thème abordé, dans le but de les mettre en valeur par une présentation plus originale qu'un simple album photo.

### *b) Le personnel*

Aux côtés du pédopsychiatre chef de pôle et chef de service, cinq médecins psychiatres et un interne interviennent sur l'unité H, quatre médecins et deux internes sur l'unité E. Tous les médecins consultent à l'extérieur dans les CMP ; le temps moyen des médecins affectés au pôle de pédopsychiatrie est équivalent à 0,25 équivalents temps plein (ET) ; il est de 0,60 ETP pour le chef de pôle.

Les soignants travaillent en quatre équipes : matin, jour, après-midi, nuit. Quatre infirmiers sont présents en permanence en journée et deux la nuit.

### *c) Les patients*

Les enfants peuvent être adressés au service en urgence par les hôpitaux – après une tentative de suicide par exemple – ou être dirigés vers l'unité de pédopsychiatrie par un médecin, par l'école, par les centre d'action médico-sociale, ... ce qui donne lieu à une hospitalisation programmée.

Au jour de la visite, les huit lits d'hospitalisation étaient occupés et neuf adolescents étaient suivis en hospitalisation de jour. Les enfants hospitalisés sont âgés de 8 à 16 ans et la mixité est constante.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 15 jours. Il a été indiqué aux contrôleurs que la politique du pôle était de maintenir l'enfant à l'extérieur autant que possible et de limiter ainsi le temps d'hospitalisation. Au jour du contrôle, trois jeunes venaient de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ; l'un était hospitalisé depuis juin 2015, le deuxième depuis avril 2015 et le troisième, un garçon autiste de 9 ans hospitalisé de jour mais en hospitalisation complète la nuit et durant les fins de semaine faute de structure d'accueil, depuis deux ans.

Lors de la visite des contrôleurs, aucun enfant placé par le juge des enfants ou admis en SPDRE n'était hospitalisé dans le service. Les ordonnances de placement provisoire (OPP) du juge des enfants ont été décrites comme étant de plus en plus rares. Au cours de l'été 2014, un adolescent déclaré pénalement irresponsable a été hospitalisé durant quinze jours.

## 7.1.2 Le projet thérapeutique

### *a) La vie quotidienne*

Le déroulement d'une journée type pour un jeune en hospitalisation complète se décline comme suit :

- 7h30 : lever, toilette, réfection du lit, rangement de la chambre ; autorisation d'un lever plus tardif le samedi et le dimanche ;
- 8h30 : petit déjeuner ;
- 9h à 9h30 : temps libre ;
- 9h30 à 11h30 : prises en charge thérapeutiques ;
- 11h30 à 12h : temps libre, lavage des mains, prise de traitement ;
- 12h à 13h : repas thérapeutique, un soignant par table avec trois patients ;
- 13h à 13h30 : temps libre ;
- 13h30 à 14h30 : temps calme individuel ou en groupe ; possibilité de repos en chambre avec lecture, musique ou en salle commune pour des activités calmes ;
- 14h30 à 16h30 : activités thérapeutiques ;

- 16h à 16h30 : goûter ;
- 16h30 à 18h : activités libres – DVD, musique, sport, ... – en fonction d'un comportement adapté mais aussi des possibilités de l'équipe soignante ;
- 18h : ouverture des chambres ; toilette, tenue de nuit correcte et adaptée ; chaussons obligatoires ; restitution des bijoux et ceinture avant la toilette ; les chaussures sont rangées dans la pièce prévue à cet effet ainsi que les trousse de toilette dans les casiers ;
- 18h45 : traitement ;
- 19h à 19h45 : repas thérapeutique ;
- 20h : temps libre jusqu'à 21h ;
- 21h : préparation au coucher.

Une soirée vidéo peut être organisée en accord avec l'équipe soignante les mardis, vendredis et samedis soirs jusqu'à 21h30.

Enfants et adolescents sont responsables de la décoration de leur chambre mais aussi de leur dégradation.

La porte d'entrée de l'unité est ouverte mais aucun déplacement d'un jeune ne peut avoir lieu sans que celui-ci soit accompagné d'un soignant.

Au cours de la visite, les contrôleurs n'ont constaté aucune dégradation ou tag.

#### b) Les activités



Salle d'activités « snoezelen »

De nombreuses activités sont proposées aux patients : *snoezelen*<sup>8</sup>, informatique, musculation, psychomotricité, « jardin d'enfants », activités manuelles et artistiques.

---

8 Le *snoezelen* est une pratique non-directive. L'objectif est de donner du bien-être à la personne stimulée au travers du plaisir que lui procure l'activité dans laquelle elle est impliquée. La démarche est basée sur l'éveil de la personne stimulée au monde extérieur par le biais de son corps et de ses cinq sens. Cet éveil permet à la personne stimulée

Trois types d'atelier de déroulent au sein de la structure :

- ateliers à médiation manuelle : expression à médiation artistique, *scrapbooking*, pâte à modeler, écriture ;
- ateliers à médiation corporelle : sport, relaxation, atelier esthétique ;
- ateliers à médiation culturelle et sociale : informatique, groupe de parole et de partage, jeux de société, lecture, prévention santé, journal, questions d'adolescents.

Des sorties collectives à l'extérieur sont également régulièrement programmées.

Des sorties individuelles sont, dans certains cas, organisées en vue d'une reprise progressive de la scolarité.

Toutes les activités sont décidées en partenariat avec le jeune, l'équipe médicale, les soignants.

### c) Les soins

Outre les entretiens infirmiers, les patients sont reçus régulièrement en entretien avec le médecin référent. Les pédopsychiatres ne sont pas présents en permanence dans l'unité car ils interviennent beaucoup à l'extérieur, notamment en CMP. Un psychiatre est cependant toujours présent dans le service et les plannings des autres médecins sont connus, de sorte qu'ils peuvent si besoin être contactés.

Tous les vendredi matin, l'ensemble de l'équipe - médecins référents, cadres, soignants - se réunit pour faire une synthèse de la semaine précédente et réajuster le projet de soins en fonction de l'évolution de chaque jeune.

La dispensation des médicaments s'effectue dans la salle de soins située au rez-de-chaussée, un jeune après l'autre, porte fermée, assurant ainsi la confidentialité des soins.

## 7.2 LE POLE EST : DES UNITES FERMEES ENCORE CLOISONNEES, BIEN ENTRETENUES, SUFFISAMMENT DOTEES EN PERSONNEL ET BIEN ANIMEES

Le pôle de psychiatrie générale Est regroupe les secteurs de Béthune, de Nœux-les-Mines et de Bruay-la-Buissière. Il dispose de trois services disséminés sur le site, correspondant aux trois secteurs :

- le service B pour le secteur G 12 de Noeux ;
- le service I, dénommé « centre psychothérapique du Bruaysis » (CPB), pour le secteur G 11 de Bruay ;
- le service C, dénommé « Nymphéa », pour le secteur G 10 de Béthune.

Il est animé par un médecin psychiatre assisté par un cadre supérieur ; chacun des trois services est dirigé par un médecin psychiatre assisté d'un cadre supérieur de santé. Il a été évoqué aux contrôleurs un projet de restructuration qui aboutirait à un regroupement dans deux bâtiments dont un ouvert. De même, un travail est en cours pour aboutir à une harmonisation des prises en charge des patients et notamment à des règles de vie identiques.

---

de prendre une meilleure conscience de l'ici et maintenant et ainsi de donner plus de substance à sa relation au réel. L'accompagnateur apporte son aide en écoutant les réponses aux stimuli et en agissant sur l'ambiance si nécessaire (source Wikipédia).

## 7.2.1 Le service B

### a) Présentation générale

Bien que recevant des patients en soins libres, le service B fonctionne en unité fermée.

Il s'agit d'un bâtiment récemment rénové, en excellent état.

En 2014, le service B a accueilli 453 patients en hospitalisation complète, soit 17,2 % de moins que l'année précédente, pour 13 607 journées d'hospitalisation à temps complet soit 220 jours de plus qu'en 2013.

Pour 2014, la DMS (hors débordants) a été de 26,79 jours et la DMH de 30,46 jours.

#### i) Les locaux

Le service est organisé en deux unités ; une unité « d'admission » de quatorze chambres dont deux d'isolement, située en rez-de-chaussée et une dite « d'hospitalisation de suite » de trente chambres, réparties entre le rez-de-chaussée et l'étage. Toutes les chambres sont individuelles et comportent une salle d'eau avec douche, lavabo et WC, table, chaise, fauteuil et grande penderie. Le service dispose de deux salles de bain à usage collectif.

La propreté des locaux est à souligner.

Deux chambres d'isolement sont localisées dans une aile de l'unité d'admission en bout de couloir.

#### ii) Le personnel

Les ressources humaines du service B sont composées de :

- 2 ETP de praticiens psychiatres ;
- 1 ETP d'addictologue ;
- 1 ETP de généraliste ;
- 0,70 ETP de cadre supérieur ;
- 2 ETP de cadres de santé ;
- 38,8 ETP d'infirmiers (dont 9 hommes) ;
- 9 ETP d'AS ;
- 8,8 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) ;
- 2 ETP de secrétaires ;
- 0,8 ETP d'assistante sociale ;
- 0,20 ETP de psychologue.

La présence des soignants s'organise de la manière suivante :

		Semaine				Week-end			
		Matin	Jour	Après-midi	Nuit	Matin	Jour	Après-midi	Nuit
Unité d'admission	Infirmier et/ ou AS	3	0	3	2	3	0	3	2
Unité de suite	Infirmier et/ ou AS	5	2	5	2	5	0	5	2
Commun	ASH	2	1	2	0	2	0	2	0

En journée, trois agents au moins sont présents dans chaque unité.

### iii) Les patients

Au jour du contrôle, l'unité d'admission hébergeait dix patients, tous en SPDTU, dont deux placés en chambre d'isolement, et l'unité d'admission de suite vingt-quatre patients, dont un en SPDRE, deux en SPDT et un en SPDTU.

### b) Le projet thérapeutique

#### i) La vie quotidienne

Le service fonctionne uniquement en mode fermé. Une feuille dite « de prescription restrictive » est établie pour chaque patient ; signée par le médecin et le patient, elle est placée au dossier médical. Elle définit les modalités de sortie (hors activités), d'accès au téléphone, de visites autorisées et d'accès aux chambres en journée.

Le levé s'effectue à 7h et le coucher au plus tard à 23h.

La télévision peut être regardée librement jusqu'à 23h au niveau de l'unité d'admission dans une salle équipée, les patients gérant eux-mêmes les programmes. L'unité d'hospitalisation de suite dispose de trois salles de télévision au rez-de-chaussée et d'une salle de télévision à l'étage au niveau des chambres ; le mode de gestion est identique à celui de l'unité d'admission.

Les patients ne peuvent pas utiliser des jeux vidéo ou des films personnels. L'unité dispose par contre de films qu'elle met à disposition.

Les visites des familles s'effectuent dans deux salles d'accueil dédiée, le lundi, mercredi, vendredi de 16h30 à 18h et le samedi, dimanche et jour fériés de 15h à 18h. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une certaine souplesse était tolérée dans ces horaires en fonction des contraintes des familles.

#### ii) Les activités

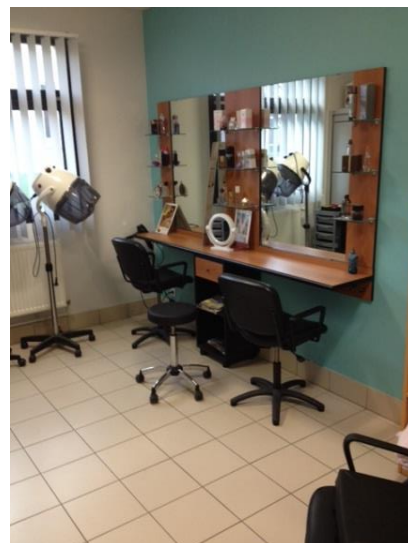
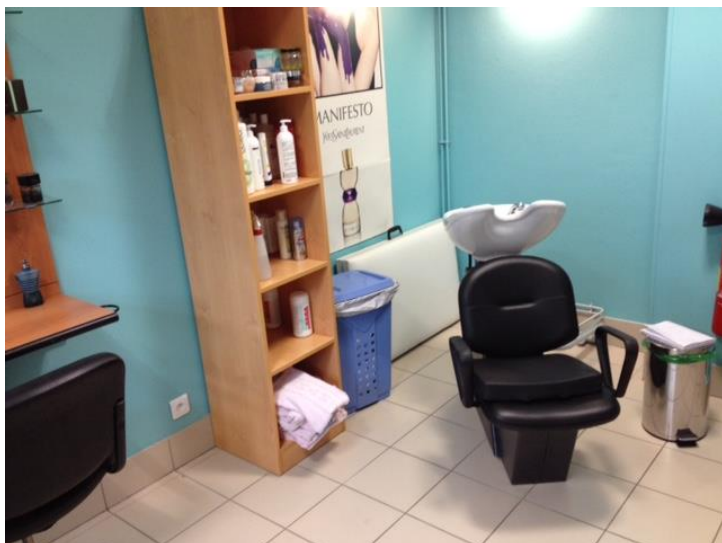
Sur indication du médecin, les patients peuvent sortir dans les parcs, seuls ou accompagnés par des soignants selon leur statut et leur état clinique. Ils disposent alors d'un « laissez-passer parc ».

Le vendredi, des sorties sont organisées à l'extérieur pour faire des achats avec accompagnement par un infirmier ou la famille. Malgré des difficultés à mobiliser du personnel, le regroupement des unités en pôles permet de maintenir cette activité.

Diverses activités organisées et programmées par le service sont proposées aux patients. Animées par les soignants, elles comportent : « Mémo niveau 1 et niveau 2 », sport, jeux de société, activités manuelles, gymnastique douce, chant, détente/éveil, esthétique, sortie en ville. Chaque jour, des soignants référents sont responsables des activités.

La semaine précédant la visite des contrôleurs, quarante-six inscriptions ont été assurées, concernant dix-huit patients.

Le service dispose pour ses activités d'une grande salle de psychomotricité comportant trois tables de tennis de table, un vélo d'appartement, un sac de sable, un panier de basket-ball et un filet de volley-ball.



*Le salon d'esthétique*

### iii Les soins

Le projet de soins s'articule autour d'un retour à l'autonomie des patients et en lien avec les CMP, le CATTP et les familles. Son fonctionnement associe des entretiens avec les psychiatres et les infirmiers, une réunion des médecins, infirmiers et intervenant extérieurs, une réunion de synthèse mensuelle des médecins et des cadres et une réunion mensuelle entre médecins.

Un psychiatre est présent tous les jours par demi-journée. En cas d'impossibilité, ce qui est décrit comme très rare (maladie, congés), le relais est assuré par un des psychiatres présents sur les CMP.

La continuité des soins hors les heures ouvrées est assurée par une astreinte de psychiatre et la présence sur l'établissement d'un interne ou sénior généraliste.

## 7.2.2 Le CPB

### a) Présentation générale

Ce service est composé d'une unité d'admission et de deux unités de moyens et long séjour dénommées « Les Jonquilles » et « Les Mimosas ».

En principe, le patient reste moins d'une semaine en unité d'admission ; puis, si les soins doivent être prolongés, il est orienté vers une des deux unités de moyen et long séjour. L'unité « Les Mimosas » est destinée à recevoir les patients les plus dépendants.

### i) Les locaux

Le CPB occupe le rez-de-chaussée et l'étage d'un bâtiment. Le rez-de-chaussée est occupé par les salles d'activités et la salle à manger des deux unités de moyen et long séjour. Les trente-cinq chambres de ces deux unités sont situées à l'étage. L'ensemble de l'unité d'admission est implanté à l'étage : un lieu de vie, une salle à manger, douze chambres individuelles et deux chambres d'isolement thérapeutique.

Les chambres sont toutes individuelles ; elles sont propres, claires, meublées d'un lit, une table de nuit et une chaise ; un placard fermant à clé permet de ranger les effets personnels de l'occupant, qui peut, s'il le souhaite, conserver la clé. Elles disposent d'un bouton d'appel et d'un



interrupteur commandant l'unique éclairage – il n'y a pas de lumière type « lampe de chevet ». Chaque chambre comporte une salle d'eau avec lavabo, douche et WC.



*La salle d'eau d'une chambre*

Une salle de bain médicalisée est installée à l'étage, à la disposition des patients de l'ensemble du service ; elle est équipée d'une baignoire et d'une douche. Il a été indiqué qu'elle était très peu utilisée.

Chacune des trois unités dispose d'une ou deux pièces dénommées « lieu de vie », où se tiennent dans la journée les patients qui ne participent pas à une activité. L'unité d'admission n'organisant pas d'activité spécifique, la plupart des patients de cette unité restent dans cette salle même si les activités organisées au rez-de-chaussée à l'intention des patients des unités de moyen et long séjour leur sont ouvertes. Le lieu de vie des « Jonquilles » est composé de deux pièces contiguës : l'une avec un téléviseur et des tables pour jouer aux cartes et l'autre avec une chaîne Hifi, un baby-foot, une bibliothèque comportant 1,50 m linéaire de livres et une armoire comportant des jeux de société ; chaque pièce dispose d'un cabinet de toilette. Le lieu de vie des « Mimosas » est une pièce unique équipée d'un téléviseur et d'une chaîne Hifi.

A l'étage, un « coin télévision » permet aux patients des unités de moyen et long séjour de suivre une émission le soir après le dîner en attendant de rentrer dans leurs chambres.

A l'entrée du bâtiment, deux pièces permettent de recevoir des visiteurs ; chacune dispose d'un cabinet de toilette.



*Un salon pour les visiteurs*

Un jardin clos est ouvert à la demande pour les patients des « Jonquilles » et à des créneaux précis par les patients de l'unité d'admission, essentiellement pour permettre à ceux qui le souhaitent de fumer une cigarette : 9h, 11h15, 14h45, 16h15, 18h15, 20h, 21h ; l'ouverture du jardin est soumise à la présence d'un soignant. Un patio est accessible toute la journée pour les patients des « Mimosas ». Ces deux jardins disposent d'un abri en cas d'intempéries.



*Les deux jardins*

## ii) Le personnel

En principe, l'équipe de jour est composée au minimum de trois infirmiers et trois aides-soignants par demi-journée ; en pratique, il arrive que l'équipe soit réduite à deux personnes. Par ailleurs, une infirmière, dite « journée d'activité », est présente toute la journée afin d'animer des activités au profit des patients.

L'équipe de nuit est composée au minimum de trois personnes dont un(e) infirmier(e) et dont un homme : une personne se tient dans le bureau des infirmiers de l'unité d'admission, où elle peut contrôler l'écran de vidéosurveillance des chambres d'isolement, et chacune des deux autres personnes est dans une des deux « bulles », bureaux entourés d'une cloison en verre, situés aux deux extrémités de l'étage et où sont placés les écrans de vidéosurveillance des couloirs. Les trois à quatre rondes de la nuit sont toujours réalisées par l'équipe réunie.



*Les « bulles » des veilleurs de nuit*

Chaque patient se voit attribuer un psychiatre référent ; en revanche, il n'y a pas d'infirmier référent.

### iii) Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité d'admission recevait six patients et les unités de moyen et long séjour recevaient vingt-sept patients. Six patients étaient en soins sans consentement : deux en SPDRE et deux en SPDT et deux en SPDTU.

### b) Le projet thérapeutique

#### i) La vie quotidienne

Le matin, après avoir fait leur toilette et s'être habillés, les patients sont conviés au petit-déjeuner et leurs chambres sont fermées jusqu'au soir. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, un patient qui le demande ne peut aller se reposer après le déjeuner qu'à la double condition qu'une chambre de l'unité d'admission soit libre et qu'il soit détenteur d'une prescription médicale. L'éventuel accès aux chambres des unités de moyen et long séjour dépend de la disponibilité d'un soignant, qui devra alors y rester durant la période de repos du patient. Le soir, après le dîner, les patients peuvent retourner dans leurs chambres ; ils doivent y être avant 23h.

### **Recommandation**

*Il convient de permettre aux patients de disposer librement de l'accès à leur chambre, toute restriction à ce droit devant être individualisée.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « Concernant les unités fermées, l'accès libre aux chambres par les patients est possible dans un nombre limité de cas. Les unités se trouvent parfois confrontées à des difficultés architecturales en raison de la localisation des chambres qui se

*trouvent à l'étage. Concernant les unités ouvertes, une évolution de la doctrine va être soumise aux échanges de la commission médicale d'établissement ».*

En principe, les patients de l'unité d'admission restent dans l'unité, à l'étage. Ils peuvent cependant descendre au rez-de-chaussée, notamment pour profiter des « créneaux tabac » dans le patio ou pour participer à certaines activités organisées au profit des patients des deux unités de moyen et long séjour ; ainsi, au moment de la visite des contrôleurs, un patient de l'unité d'admission passait la journée au rez-de-chaussée. Ils prennent leur repas soit dans la salle à manger soit dans leurs chambres.

La nuit, les patients sont invités à retourner dans leurs chambres au plus tard à 23h et ne sont plus autorisés à en sortir. Des détecteurs « anti-fugue » sont alors enclenchés pour signaler toute ouverture de porte d'une chambre. Au moment de la visite des contrôleurs, trois des onze patients étaient mis sous contention pendant la nuit « *en raison de risques de chute* ».

## ii) Les activités

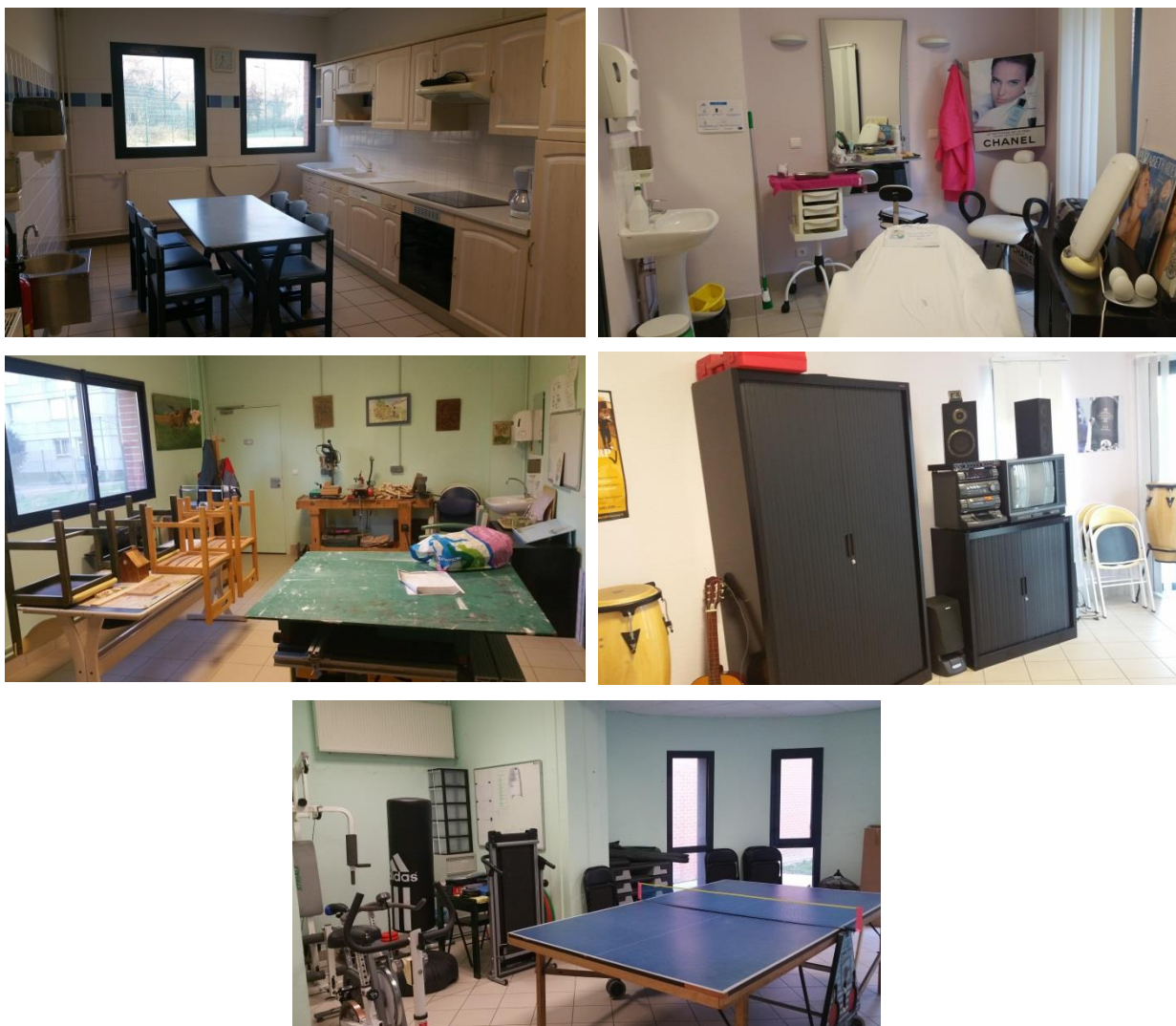
Une demi-douzaine de pièces est aménagée au rez-de-chaussée pour permettre l'organisation des activités suivantes :

- activités manuelles : découpage, coloriage, cartes, masques, art floral, ... ;
- pâtisserie ;
- repas thérapeutique : tous les jeudis, une activité dite « cuisine thérapeutique » est organisée au profit de trois ou quatre patients, qui préparent leur repas dans une pièce équipée puis déjeunent sur place, en compagnie de l'infirmière qui organise l'activité ;
- esthétique et maquillage : une séance hebdomadaire est organisée au profit d'un patient ; la même personne anime dans un local voisin un atelier « coiffure » pour les femmes ;
- menuiserie trois fois par semaine ; au moment de la visite des contrôleurs, l'activité était arrêtée depuis le mois d'octobre 2015 en raison d'arrêts maladie ;
- musique : un mercredi sur deux, deux séances sont proposées à des groupes de six patients ;
- sport : une salle de sports est équipée d'une table de ping-pong – qui est placée à l'extérieur pendant la belle saison –, un tapis de marche, deux vélos d'appartement et un « punching-ball » ; en raison d'arrêts de travail, les séances de sport étaient annulées au moment de la visite des contrôleurs.

Les activités programmées sur une semaine sont affichées sur un tableau placé dans le couloir. Les patients sont sollicités une dizaine de minutes avant le début de chaque activité.

Au moment de la visite des contrôleurs, vingt patients, dont un de l'unité d'admission, étaient inscrits à des activités.

Par ailleurs, des sorties sont organisées lorsque les effectifs de personnel présents le permettent : sorties accompagnées dans le parc, sorties à pied ou en minibus en ville pour effectuer des achats (tabac, produits d'hygiène, vêtements, ...) ou pour aller au cinéma, au bowling, à la mer.



*Les salles d'activités*

### iii) Les soins

La distribution des médicaments est effectuée individuellement avant les repas, dans un bureau infirmier, dans des conditions respectant la confidentialité.

Un patient voit son psychiatre tous les deux jours en moyenne.

### 7.2.3 Nymphéa

#### a) Présentation générale

Le service C, appelé aussi Nymphéa, a une capacité de cinquante lits répartis en trente-huit lits de psychiatrie générale et douze lits intersectoriels d'addictologie.

Le service comporte trois ailes :

- l'aile « Azur », de vingt lits, qui est consacrée aux admissions et aux courts et moyens séjours (pathologies diverses) ;

- l'aile « Abricot », de seize lits et deux chambres d'isolement, qui a pour vocation d'accueillir les patients qui ont besoin d'une prise en charge spécifique (autisme, démence, schizophrénie, etc.) et qui séjournent dans l'unité plus longtemps ;
- l'aile « Emeraude », unité d'addictologie intersectorielle de douze lits, qui assure des prises en soins intra hospitalières dans le cadres de sevrages ou de cure de désintoxication programmée.

#### i) Les locaux

Seuls, les couloirs d'hébergement à l'étage matérialisent la séparation entre ces sous- unités, qui n'ont pas de lieux de vie indépendants. Cependant, l'aile Emeraude accueillant peu de patients, des patients pris en charge par les ailes Abricot ou Azur peuvent être hébergés dans le couloir réservé à l'aile Emeraude.

Dans le cadre d'un projet de réorganisation du pôle Est, une unité ouverte et une unité fermée devraient être créées et Nymphéa devrait devenir une unité de réhabilitation psycho-sociale. Lors des entretiens avec les patients, ceux-ci ont éprouvé leur crainte d'être séparés des soignants qu'ils connaissaient parfois depuis des années.

Les locaux d'activités se trouvent au rez-de-chaussée et les chambres au 1<sup>er</sup> étage.

Au premier étage, les chambre sont réparties dans trois couloirs ; un couloir pour chaque « sous-unité ». Le service comporte 28 chambres individuelles et 10 chambres à deux lits, chaque chambre comportant une salle d'eau avec lavabo, douche et WC, plus une chambre d'apaisement, une chambre d'isolement et deux salles de bains avec baignoire et douche. Au centre de ces trois couloirs, se trouvent le bureau médical, une salle de soins et une salle de veille.

Au rez-de-chaussée, le secrétariat est situé dans le hall d'entrée. A gauche de l'entrée, se trouvent quatre bureaux médicaux, deux salles d'attente, les deux bureaux des cadres de santé, le bureau du chef de service et le bureau de l'assistante sociale. Les visites ont lieu dans les salles d'attente. A droite de l'entrée, on trouve les locaux d'activités : ateliers thérapeutiques, salles de télévision, locaux du personnel, vestiaires, local de menuiserie, cuisine thérapeutique, salle de sport, salle de restauration, salle esthétique, salle de relaxation. Ces locaux sont répartis le long d'un couloir formant un triangle.

#### ii) Le personnel

L'équipe est constituée de :

- cinq psychiatres ;
- un interne ;
- un médecin généraliste ;
- deux personnels administratifs (1,80 ETP) ;
- un cadre supérieur (0,80 ETP) ;
- deux psychologues (0,40 ETP) ;
- une assistante sociale (0,20) ;
- un conseiller en économie sociale et familiale (CESF) (0,80 ETP) ;
- huit ASH-AEQ (7,60 ETP) ;
- une équipe soignante divisée en deux groupes :

- « Nymphéa unité Azur » : un cadre de santé (0,8 ETP), dix-neuf infirmiers (17,80 ETP), trois aides-soignants (2,80 ETP) et un ergothérapeute (1 ETP) ;
- « Nymphéa unité abricot » : un cadre de santé (1 ETP), quatorze infirmiers (12,80 ETP), cinq aides-soignants (5 ETP) et une ergothérapeute (1 ETP).

### iii) Les patients

Au 19 janvier 2016, le service accueillait trente-neuf patients : quatorze femmes et vingt-cinq hommes, dont trois étaient en SPDRE et deux en SPDT.

Un patient était placé en chambre d'isolement, rebaptisé chambre d'apaisement puisqu'il s'y trouvait présent de manière permanente. Il s'agissait d'un patient autiste nécessitant une prise en charge particulière.

### b) Le projet thérapeutique

#### i) La vie quotidienne

Tout le service est en régime fermé et les différentes « sous-unités » ne sont pas matériellement séparées. Tous les patients, aux pathologies très diverses, peuvent donc se croiser. De moins en moins de patients viennent au service addictologie du fait de cette configuration.

Le lever s'effectue à 7h. Les chambres sont fermées de 8h30 à 20h mais cela semble être géré avec souplesse : si une personne le souhaite, elle peut rester dans sa chambre. Il n'est pas autorisé de se réunir entre patients dans les chambres. Le coucher s'effectue entre 20h30 et la fin du premier film.

Les contrôleurs ont vu une équipe bienveillante, des patients impliqués dans la vie de l'unité (un patient présent depuis longtemps a pu choisir la couleur de la peinture de sa chambre), des activités nombreuses.

#### ii) Les activités

Des activités thérapeutiques et des activités plus occupationnelles sont proposées du lundi au vendredi de 9h30 à 11h30 et de 14h30 à 16h30. Elles se déroulent au sein de l'unité ou à l'extérieur. Lors de la visite des contrôleurs, une sortie à la médiathèque de Béthune était organisée par les ergothérapeutes avec les patients présents en « longs séjours ».

Parmi les activités proposées, on trouve : piscine, gymnastique douce, tennis de table, badminton, football, pétanque, équithérapie, écoute musicale, relaxation, jeux de société, activités manuelles, cuisine thérapeutique, un atelier esthétique, jeux vidéo, jardinage.

Deux ou trois activités étaient proposées le matin et l'après-midi aux patients de chaque « sous-pôle » – les activités s'effectuant de manière séparée – avec au moins une activité d'ergothérapie par jour. A titre d'exemple, le mardi 19 janvier 2016, les patients de l'aile Azur avaient le choix entre ergothérapie, « wii » et esthétique le matin et gestion des émotions, atelier bien-être et logo des marques l'après-midi ; les patients de l'aile Abricot avaient le choix entre pâtisserie et atelier créatif le matin et activités manuelles, esthétique et le jeu « tic tac boum » l'après-midi.

### iii) Les soins

Un patient voit son psychiatre tous les deux jours en moyenne. Si cela s'avère nécessaire, il le consulte tous les jours.

La pharmacie centrale transmet une boîte de médicament par semaine et par patient, qui est gardée au sein de l'unité. La distribution des médicaments se fait dans les chambres le matin et dans une salle dédiée à midi et le soir.

### **7.3 LE POLE CENTRE, DEUX UNITES EN TRANSITION : L'UNE VETUSTE ET MAJORITAIREMENT FERMEE EN ATTENTE DE RELOCALISATION ; L'AUTRE, ELOIGNEE DE L'ESPM, EN PARTIE OUVERTE**

Le pôle Centre correspond aux secteurs de Lillers (service D appelé également USND) et de Saint-Pol-sur-Ternoise (service A ou CPTA). Le service D est installé dans un bâtiment de l'ESPM et le service A est localisé au centre psychothérapeutique du Ternois, site de Saint-Pol, distant d'une quarantaine de kilomètres. Le chef de pôle, qui partage son temps entre l'USND et le site de Saint-Pol, est également chef des deux services.

#### **7.3.1 L'USND**

##### *a) Présentation générale*

##### *i) Les locaux*

Les locaux n'ont pas été rénovés de longue date ; un nouveau bâtiment a été construit sur le site mais, en raison de malfaçons, la date de transfert du service n'est pas déterminée. Il occupe actuellement deux niveaux d'un bâtiment : le niveau 1, « USND 1 », totalement fermé, de dix chambres soit quatorze lits plus une chambre d'isolement, et le niveau 3, « USND 3 », en partie ouvert, de vingt-quatre chambres soit trente et un lits. Le niveau 2, qui comporte dix-neuf chambres soit vingt-six lits, n'est plus occupé depuis un an.

Presque la moitié des chambres comporte deux lits ; aucune ne dispose de point d'eau, de bouton d'appel ou de téléviseur. Les locaux sont propres quoique vétustes, le mobilier rudimentaire, les murs clairs et unis sur lesquels il est permis d'appliquer des posters. Les patients disposent de neuf WC, cinq salles de bains (lavabos plus douches ou baignoires), quatre cabines de douche et trois espaces de vie, spacieux mais nus hormis des fauteuils, un téléviseur – dont l'un ne fonctionne que sur une chaîne –, des jeux de société, un baby-foot et une table de ping-pong dans l'un. Trois espaces sont réservés aux visites ; ce qui ne permet pas d'intimité au-delà de trois familles présentes. Une cuisine peut être utilisée avec quelques patients ; une petite pièce est utilisée comme salon esthétique et de coiffure (pas de coiffeur sur le site).

Le service ne dispose d'aucune terrasse ; les pauses cigarettes se tiennent à l'extérieur, au pied du bâtiment, sous un préau. Deux postes téléphoniques, fonctionnant seulement en mode réception et en horaires limités, sont situés dans les couloirs, ne permettant aucune confidentialité.

La configuration de la chambre d'isolement ne permet pas d'accéder aux WC. Un bassin est laissé à disposition ; la fenêtre ne s'ouvrant pas, une forte odeur d'urine, que les soignants indiquent être permanente, imprègne la pièce. Le patient peut bénéficier du son d'une radio, située dans le sas et allumée par les soignants ; les repas, selon prescription, peuvent être pris dans ce sas. Au jour du contrôle, la chambre d'isolement était occupée depuis quarante jours par une patiente en soins libres, autorisée à la quitter plusieurs fois par jour.

Deux autres patients se trouvaient hospitalisés, de longue date, dans des chambres fermées :



- le premier depuis 1999, en régime de soins libres, dispose d'une chambre équipée d'un hublot et d'une caméra, dont il ne sort que rarement, accompagné de deux soignants et uniquement dans le sas ; son statut de soins libres ne garantit aucun contrôle extérieur, notamment par le collège des soignants ; bien qu'en soins libres, les conditions d'hébergement de ce patient s'apparentent à une privation de liberté qui justifie de requalifier son statut avec les droits y afférent ;
- le second, admis en SPDRE, bénéficie de sorties dans le service dans la journée ; sa chambre est équipée d'un hublot et il a pu faire l'acquisition d'un téléviseur personnel.

Ces deux chambres ne font l'objet d'aucune traçabilité de leur occupation dans un registre.

### **Recommandation**

*Toute personne hospitalisée, dès lors qu'elle se trouve privée de liberté, doit bénéficier d'un statut garantissant un contrôle extérieur régulier de sa situation.*

Dans sa réponse, le directeur indique : « L'EPSM réfléchit à améliorer la formalisation du statut des personnes présentant une chronicisation de leur maladie ».

#### ii) Le personnel

L'équipe du service se compose de :

- quatre médecins psychiatres dont deux exercent à 80 % ;
- un interne en psychiatrie ;
- un médecin généraliste à mi-temps ;
- un interne en médecine générale ;
- un cadre supérieur ;
- deux cadres de santé ;
- quarante-trois infirmiers ;
- neuf aides-soignants ;
- huit ASH ;
- deux psychologues en poste au CMP et n'intervenant que sur prescription ;
- deux assistantes sociales.

En semaine, les effectifs soignants, répartis en équipes de matin, d'après-midi et de jour, assurent une présence constante d'au moins :

- deux infirmiers, deux aides-soignants – dont l'un affecté à l'entretien du linge et aux inventaires – et un cadre de santé à l'USND 1 ;
- cinq soignants, réduits à quatre si l'effectif est inférieur à vingt-quatre patients, et un cadre de santé à l'USND 3.

Les équipes de nuit sont composées de deux soignants par unité. Les week-ends et jours fériés, deux équipes de trois soignants à l'USND 1 et cinq à l'USND 3 interviennent sans équipe de jour ni cadre.

Une réunion de synthèse se tient une fois par semaine.

Les médecins et soignants rencontrés estiment que le temps de médecine somatique est insuffisant et le temps infirmier faible.

### iii) Les patients

L'USND comptait trente-trois patients au jour de la visite, dont douze dans l'USND 1, unité réservée à l'accueil des nouveaux arrivants mais dans laquelle trois patients étaient toutefois hospitalisés depuis plusieurs années.

Huit patients étaient hospitalisés sans leur consentement : cinq en SPDT et trois en SPDRE ; depuis le mois de juillet 2013 pour le plus ancien et janvier 2016 pour le plus récent. Six d'entre eux étaient hospitalisés dans l'USND 1, les deux autres dans la partie fermée de l'USND 3. Trois patients étaient en programme de soins : l'un réintérait l'établissement en hospitalisation complète chaque fin de semaine, les autres étaient suivis uniquement en hôpital de jour.

#### b) Le projet thérapeutique

Les patients se voient affectés un médecin référent.

Le niveau 1 et la moitié du niveau 3 sont des unités fermées. La partie ouverte de l'USND 3 permet aux patients d'entrer et sortir du bâtiment entre 9h et 19h. Elle n'héberge que des hommes mais des patientes peuvent s'y rendre en journée et ainsi bénéficier d'une liberté d'aller et venir.

Hormis la chambre d'isolement et les deux patients chroniques en régime de porte de chambre fermée, les patients doivent quitter leur chambre entre 10h et 12h puis entre 14h30 et 17h pour rejoindre les espaces de vie. Les portes de leur chambre sont, dans ces plages horaires, fermées par les soignants.

Les patients, quel que soit leur régime d'hospitalisation, peuvent sortir accompagnés de soignants. Toutefois, de fait, ces sorties ont lieu essentiellement les week-ends, à la cafétéria et dans le parc les dimanches après-midi, parfois à l'extérieur de l'établissement. Les autres jours, les patients des unités fermées doivent se contenter, pour les fumeurs, des six pauses cigarettes quotidiennes au pied du bâtiment.

Les règles de vie du service sont marquées par de nombreuses interdictions : retrait des objets considérés dangereux, des téléphones personnels et ordinateurs ; interdiction de rester dans sa chambre en journée, d'y recevoir la visite de proches ; heures limitées d'accès au poste téléphonique.

Le service ne disposant pas de locaux disponibles pour des activités thérapeutiques autres que les salles de vie équipées d'un téléviseur, des activités d'ergothérapie étaient organisées jusqu'à l'été 2015 dans des locaux distincts. Trois soignants affectés à ces activités prenaient en charge tous les jours quelques patients, sur prescription médicale, pour participer à des activités telles que le travail du plâtre, le dessin, la sculpture sur béton, le ping-pong en salle de sport et, à l'extérieur de l'hôpital, l'équithérapie, la randonnée, des sorties au marché ou dans des restaurants en ville etc.

Dans le cadre d'une restructuration du service, toutes les activités ont été ramenées au sein des unités et les soignants en poste sont désormais en charge de leur organisation, en même temps que des autres tâches du quotidien, dont l'accompagnement pour des transferts. Ils estiment n'avoir plus la disponibilité nécessaire pour accompagner régulièrement les patients dehors et se contentent de « *passer du temps avec eux* » en salle de vie.

Un atelier cuisine se tient toutefois une fois par semaine, avec deux à trois patients et, ponctuellement, un atelier esthétique.

Le service ne comporte plus de bibliothèque.

Les repas sont pris au self attenant, en deux services, dont l'un avec les patients de l'hôpital de jour.

La distribution des médicaments est effectuée individuellement avant les repas, dans un bureau infirmier, dans des conditions respectant la confidentialité.

Le port du pyjama reste exceptionnel dans le service.

### *c) Projets de réorganisation*

Le médecin chef de pôle a mis en place un conseil de pôle afin d'harmoniser les deux secteurs et projette la fermeture d'une quinzaine de lits à Saint-Pol, avec transfert de quelques patients chroniques sur l'USND et le redéploiement de plusieurs soignants, tous volontaires. Dans l'hypothèse où le transfert du service tarderait, le deuxième étage, présenté comme en meilleur état, pourrait être investi provisoirement.

## 7.3.2 Le CPTA

### *a) Présentation générale*

Ce site d'hospitalisation externalisé de l'EPSM comprend le secteur de Saint-Pol-sur-Ternoise, le plus étendu avec 75 000 habitants et très rural.

Il comporte, regroupées sur un seul bâtiment, deux unités de vingt lits chacune : l'unité ouverte, unité A, accueillant principalement des patients en soins libres et l'unité fermée, unité B, dans laquelle un tiers des patients sont sous le régime d'une hospitalisation sans consentement. Ce service n'accueille pas de personnes détenues.

#### *i) Les locaux*

En rez-de-chaussée, les locaux de l'unité ouverte sont répartis de part et d'autre du hall d'entrée :

- à gauche : l'accueil, des bureaux, deux salles d'activités, une terrasse d'accès libre, la salle d'accueil des familles ;
- à droite : le self des patients, un bureau médical, les locaux des médecins, une salle de billard, une salle de psychomotricité (vélo, tennis de table, *punching-ball*, musculation), une pièce d'atelier « soins esthétiques ».

L'unité fermée – plus spécifiquement visitée par les contrôleurs – comprend quant à elle :

- en rez-de-chaussée : une salle de restaurant, une terrasse dont l'accès est toujours accompagné, une salle de jeux avec tennis de table et baby-foot, deux salles de détente dont une avec téléviseur, un local infirmier, des bureaux pour les psychiatres et les cadres, un espace médicalisé à deux lits avec une porte équipée d'un fenestron, deux salles d'accueil des familles ;
- à l'étage : les chambres, des sanitaires et diverses salles d'activités communes aux deux unités et à l'hospitalisation de jour (soins esthétiques, hydrothérapie, activités culinaires et manuelles, salle de sport).

Les chambres sont spacieuses (20 m<sup>2</sup> pour les chambres individuelles), claires et propres. Elles sont meublées de un ou deux lits, d'une ou deux tables de chevet, d'une armoire, d'un ou deux fauteuils, d'une ou deux tables faisant office de bureau avec chaise. Toutes les chambres comprennent un espace sanitaire fermé avec lavabos, douche et WC. Dans les chambres doubles, les toilettes sont séparées de la salle d'eau, laquelle est équipée de deux lavabos et d'une douche pourvue d'un mur de séparation.

Deux portes munies d'oculus, ouvrant pour l'une sur le couloir, pour l'autre sur un local vestiaire, donnent accès à la chambre d'isolement. Celle-ci ne dispose pas de sanitaire et est dépourvue de signal d'appel. Cette pièce est sous surveillance vidéo enregistrée, reliée par l'image et le son à la salle de soins.

L'ensemble de l'établissement est propre. Chaque unité est équipée d'une cabine téléphonique, toutefois hors service depuis une semaine. Chaque unité comporte une salle de télévision et d'une bibliothèque. Le service dispose de trois salles destinées aux visites des familles - appelées « parloirs » ; les rencontres peuvent également avoir lieu dans le hall ou en extérieur.

#### ii) Le personnel

L'équipe du service se compose de :

- quatre psychiatres ;
- un interne en psychiatrie ;
- un interne en médecine générale ;
- un cadre supérieur ;
- deux cadres de santé ;
- quarante et un infirmiers (dix-sept dans l'unité A et vingt-quatre dans l'unité B) ;
- quatre aides-soignants ;
- douze ASH ;
- trois psychologues ;
- deux assistantes sociales ;
- un ergothérapeute.

Outre la présence permanente d'un psychiatre, le service bénéficie d'un médecin généraliste (praticien hospitalier) tous les jours de la semaine. Il s'agit en réalité de deux médecins à mi-temps ; l'un de ces postes, « *momentanément découvert à la date de la visite, devait être très prochainement remplacé* ». Il n'existe en revanche pas de système de garde somatique, assurée par les médecins psychiatres si nécessaire.

En semaine, les effectifs soignants, répartis en équipes de matin, d'après-midi et de jour, assurent une présence minimale de quatre infirmiers plus deux aides-soignants et un cadre de santé. L'équipe de nuit est composée de deux infirmiers. Lors des week-ends et des jours fériés, deux équipes de quatre infirmiers plus deux aides-soignants interviennent sans équipe de jour ni cadre.

Une réunion de synthèse se tient tous les mercredis matin, à laquelle participe l'assistante sociale. Au cours de cette réunion, sont évoquées et analysées les situations des patients nouvellement hospitalisés, les hospitalisations de jour et toutes les demandes individuelles sur demande des uns ou des autres.

#### iii) Les patients

Le chef de pôle, également chef du service depuis de nombreuses années, souligne le caractère rural de la population et la qualité des liens entre soignants et familles.

Au jour de la visite, le service était occupé à 75 % sur les deux unités : dix-sept en milieu ouvert, seize en milieu fermé, compte non tenu des programmes de soins.

Dix-sept patients sont hospitalisés sans consentement : douze en SPDT ou pour péril imminent et cinq en SPDRE dont un admis en unité ouverte. La population est majoritairement masculine (trois femmes en soins sans consentement).

S'agissant des personnes hospitalisées sans consentement, la durée d'hospitalisation est inférieure à trois mois pour six d'entre elles, supérieure à trois mois pour trois autres et supérieure à un an pour huit patients.

#### *b) Le projet thérapeutique*

Les patients se voient affecté un médecin référent. Ceux de l'unité fermée quittent leur chambre à 8h30 pour n'y retourner qu'à 21h. Ces horaires ne sont pas mentionnés dans le règlement intérieur mais sont affichés dans les locaux.

La journée est rythmée par différentes activités organisées selon un planning hebdomadaire propre à chaque unité. Des sorties sont régulièrement organisées à l'extérieur de l'établissement : en ville pour les courses ou à la piscine, des randonnées ou du VTT, avec accompagnement de soignants en nombre variant selon la pathologie et le statut des patients. Des activités sont proposées au sein des unités : atelier culinaire, activités manuelles et artistiques, atelier soins esthétiques/coiffure, gymnastique douce, sports d'intérieur, ergothérapie, bibliothèque. Tous les patients y participent selon une fréquence adaptée à leur situation. Dans chaque unité, une salle de détente est pourvue de la télévision. Les patients peuvent s'y rendre librement, la seule restriction posée étant que la télévision ne doit pas primer sur les activités. La terrasse est d'accès libre dans l'unité ouverte et réglementé dans l'unité fermée, avec accompagnement de soignants dans l'unité fermée ; elles sont utilisées notamment par les fumeurs.

Les patients prennent leur repas dans leur unité selon le mode self. Ils peuvent participer à l'entretien de leur linge dans le cadre d'une activité thérapeutique « ranger la chambre, faire son lit, entretenir son linge ». Un atelier hygiène est également mis en place en préparation de la sortie.

Les téléphones portables, conservés dans le bureau des infirmiers, ne peuvent être utilisés qu'avec l'accord des soignants; cette restriction a été mise en place pour préserver le droit à l'image des patients.

Les visites sont autorisées après 16h30 en semaine.

#### *c) Projets de réorganisation*

Dans le cadre du projet de restructuration, le service ne devrait plus recevoir de patients en soins sans consentement. L'unité fermée – unité B – a donc vocation à fermer. Toutefois les lits existants devraient être maintenus pour les hospitalisations de longue durée, la chambre d'isolement étant remplacée par une chambre d'apaisement. Le transfert de patients chroniques et de personnel vers l'USND est envisagé prochainement (Cf. *supra* projets de réorganisation USND).

## 7.4 LE POLE OUEST : DES UNITES FERMEES BIENVEILLANTES, EN SITUATION DYNAMIQUE DE RESTRUCTURATION

### 7.4.1 Présentation générale

Le pôle Ouest comporte deux services, F et G, installés dans deux pavillons distincts, qui se font face et regroupent l'ensemble de leurs unités d'hospitalisation : le premier bâtiment, rénové à partir d'une structure ancienne en 2009, comporte en outre des salles d'ergothérapie ; le second a été totalement reconstruit au début des années 2000. En dépit des éléments architecturaux de différenciation, toutes les unités des deux services sont actuellement fermées, les restrictions étant prescrites médicalement. Selon les informations communiquées, les patients en soins libres signeraient un document appelé « contrat de soins » par lequel ils s'engagent :

- à participer aux activités prescrites, à suivre les entretiens médicaux et infirmiers et à prendre le traitement prescrit ;
- à respecter le règlement intérieur de l'EPSM, les conditions d'hospitalisation et le mode de fonctionnement du service.

Par ce « contrat » standard, le patient certifie également savoir :

- que le téléphone, les visites et les sorties dans le parc seul ou accompagné seront fonction de son état physique et psychique, toujours en dehors des horaires d'activités et sur prescription médicale ;
- que les lieux de circulation et la chambre d'isolement sont équipés d'une vidéosurveillance.

Cependant, ce document ne semblerait pas toujours utilisé dans les unités. Dans les unités de moyen séjour, des laissez-passer permettent aux patients de sortir des unités. Un seul d'entre eux en disposait le jour de la visite à l'unité Clérambault.

Les capacités des services F et G du pôle Ouest sont décrites dans le tableau suivant.

**Capacités des services F et G du pôle Ouest en janvier 2016**

Nature des unités	Service F : clinique de l'Audomarois			Service G : clinique de la Lys		
	Unité admission	Unité suite Clérambault	Unité long séjour Esquirol	Unité admission	Unité court moyen séjour Rodin	Unité long séjour Ravel
Capacité en lits	10	24	13	10	24	13
Total	47			47		
Chambres d'isolement	1	1	3 chambres sécurisées	2 + chambre sécurisée	2	

La mutualisation des deux services est actuellement limitée aux activités d'ergothérapie et au médecin généraliste, qui intervient dans les six unités. Une réunion des cadres de santé des deux services se tient tous les mois sous l'égide du cadre supérieur de santé du pôle. En outre, certains patients d'un service peuvent être accueillis dans l'autre pour renouveler l'approche thérapeutique.

Le projet de restructuration, qui doit être finalisé pour le pôle le 1<sup>er</sup> février 2016, a pour objectif de faire passer la capacité totale des deux services de 93 à 78 places avec une unité d'admission commune installée dans le pavillon du service G – une partie serait ouverte et une autre fermée – et deux unités de suite. Le pôle, recentré sur la « psychiatrie active », ne traiterait plus les patients au long cours, accueillis actuellement dans les unités Esquirol et Ravel. Les personnes de l'unité Esquirol du service F, regroupées en février avec celles de l'unité Ravel du service G – trois d'entre elles avaient déjà été transférées le jour de la visite – iraient rejoindre au mois d'avril 2016, pour partie d'entre elles, le centre psychothérapeutique du Ternois et en juin, pour une autre, une unité de psycho- réhabilitation qui serait créée au service Nymphéa. De même qu'un autre patient au long cours du service G, les trois patients d'Esquirol placés au moment de la visite en chambre sécurisée (Cf. *infra* chap. 6.4.3.a.ii) demeureraient dans l'unité Ravel, qui a entrepris des travaux pour sécuriser leur chambre à l'identique (Cf. *infra*). Ce transfert, qui inquiète les patients, fait l'objet d'une grande attention des soignants.

Compte tenu de cette actualité, l'unité Esquirol, qui doit être fermée à partir de février 2016, ne sera que brièvement décrite et les deux services F et G seront analysés ensemble.

Outre les unités d'hospitalisation, qui seront décrites plus bas, le pôle dispose à la clinique de l'Audomarois d'un vaste espace d'ergothérapie moderne, très bien équipé, mutualisé avec la clinique de la Lys et qui comporte de nombreuses salles d'activités : gymnastique, dessin, activité manuelle, théâtre, salon d'esthétique, cuisine thérapeutique. La clinique de la Lys offre trois salles d'ergothérapie : atelier bois, activités manuelles, petite bibliothèque utilisée pour les groupes de paroles.

#### 7.4.2 Les unités d'admission

##### a) L'unité d'admission du service F

Cette unité se situe en rez-de-chaussée du pavillon de la clinique de l'Audomarois ; elle dispose d'un accès à une petite cour intérieure. Les locaux sont propres et bien entretenus. Pour autant, ils sont peu fonctionnels.

L'unité, qui forme un U avec deux côtés courts, aligne huit chambres d'hébergement le long d'un couloir éclairé de baies vitrées. Celles-ci ne sont pas visibles depuis les locaux infirmiers et les espaces de vie, placés dans l'un des bras « court » du U ; c'est pourquoi, en journée, les patients ne peuvent pas accéder à leurs chambres, qui sont fermées à clé.

Patients et infirmiers se tiennent pendant la journée dans l'espace de vie, situé à l'entrée du bâtiment, comportant une grande pièce d'accueil avec un poste de télévision, un autre petit salon de télévision, une salle à manger, un office et des toilettes.

Les pièces servant aux soins – bureau infirmier, salle de soins où sont dispensés les médicaments, bureau polyvalent – sont à proximité directe des lieux collectifs, de même que la chambre d'isolement et deux chambres dites « médicalisées » pour des patients « fragiles » (lit médicalisé, télévision individuelle) qui peuvent ainsi se reposer dans leur chambre pendant la journée.

Les chambres, toutes individuelles, sont spacieuses (12 m<sup>2</sup> environ), avec un espace sanitaire (WC, lavabo et douche à l'italienne). Elles sont meublées fonctionnellement, comme celles du service G, d'un lit, d'une table de chevet, d'une chaise et d'une table de bureau, d'un placard.

L'unité dispose également d'une salle de bain avec baignoire ergonomique.



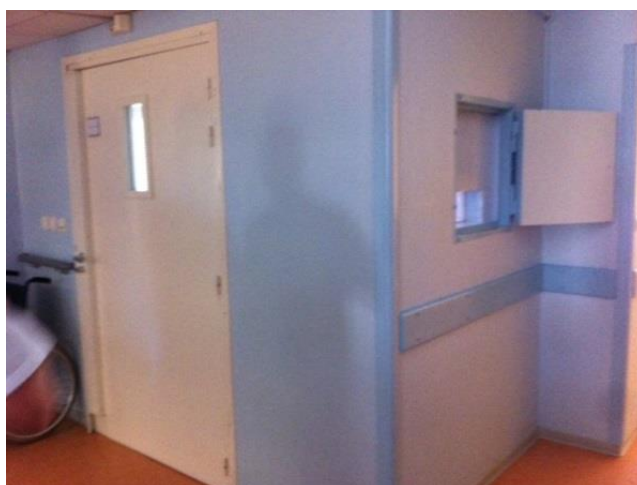
*Salle de vie de l'unité d'admission du service F*

#### *b) L'unité d'admission du service G*

Située à l'étage du pavillon de la clinique de la Lys, cette unité comporte :

- dix chambres individuelles avec poste de télévision ;
- une chambre sécurisée ;
- deux chambres d'isolement ;
- deux salles communes avec poste de télévision, dont une sert également de réfectoire et comporte des jeux de société ;
- une salle de bain partagée, avec l'unité Rodin, avec une baignoire ergonomique et une douche à l'italienne plus spacieuse que celles des chambres.

Les chambres sont sur le même modèle que celles de la clinique de l'Audomarois.



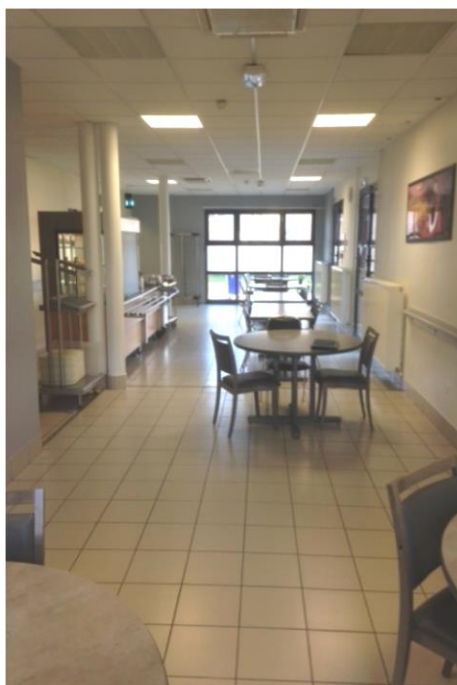
*Porte et passe-plat de la chambre sécurisée*



La chambre sécurisée est une chambre normale avec une porte renforcée et un système de passe-plat dans le mur permettant de donner les repas au patient, lui parler et le surveiller lorsqu'il est agité. Le patient qui s'y trouve est hospitalisé sous contrainte depuis 1978 (irresponsable pénal) et accueilli à Saint Venant depuis 1989. Il lui arrive de sortir de sa chambre pour se rendre dans la salle de détente, dans la salle de bain ou dans le parc avec sa famille.

#### 7.4.3 Les unités de court/moyen séjour

L'unité de suite Clérambault, du service F, se partage entre un étage, où sont situées les vingt-quatre chambres individuelles, un salon de télévision et un bureau infirmier où se tient l'équipe de nuit et un rez-de-chaussée, où se trouvent le local infirmier, la salle de soins, deux salons de télévision, une grande pièce d'activité avec des jeux, un salon pour les familles et des toilettes, et qui donne sur une cour intérieure où les patients peuvent fumer. Le grand self, situé au bout de cet ensemble, est partagé avec l'unité d'Esquirol.



*Self des unités Clérambault et Esquirol du service F*

Les chambres, toutes individuelles, sont identiques à celles de l'unité d'admission.

L'unité Rodin du service G, comme l'unité Clérambault, est divisée entre le rez-de-chaussée et le premier étage, où se trouvent vingt-deux chambres individuelles identiques à celles de l'unité d'admission décrites plus haut et deux chambres doubles ; aucune n'était occupée par deux patients le jour de la visite. Les espaces de vie, situés au rez-de-chaussée, comportent trois salles communes – deux salles de télévision et une salle avec la radio et des jeux de société –, un réfectoire et une salle de soins où sont distribués les traitements ; les meubles de la salle de soins ont été placés de façon à assurer une confidentialité satisfaisante lors de la distribution des médicaments.



*Salle de soins où sont distribués les médicaments de l'unité Rodin*

L'espace extérieur, avec terrasse, chaises, tables et préau, sert l'été pour le déjeuner ou des activités.



*Le jardin et le préau de l'unité Rodin*

#### 7.4.4 Les unités de long séjour

L'unité Ravel de la clinique de la Lys comporte en rez-de-chaussée treize chambres réparties aux deux extrémités de l'unité : quatre d'un côté pour les personnes les plus autonomes car loin de la salle de bains et neuf de l'autre côté. Au jour de la visite, seuls neuf chambres étaient ouvertes, des travaux étant en cours en vue de la réunification des deux unités long séjour du pôle (Ravel et Esquirol). Trois chambres sécurisées étaient en cours d'aménagement afin d'accueillir trois patients d'Esquirol dont les chambres avaient été adaptées pour leurs besoins : une avec un film occultant sur le bas de la vitre, une avec une peinture lavable sur les murs, la troisième avec un lit scellé ; les trois voient leurs murs et portes renforcés, le radiateur coffré et les interrupteurs commandant la lumière et les volets placés à l'extérieur de la chambre.

En principe, les chambres ne disposent pas de poste de télévision mais, en raison des durées d'hospitalisation, certaines chambres peuvent être équipées d'un poste acheté par le patient.



*Chambre aménagée avec des effets personnels (étagères et télévision)*



*Espace extérieur avec auvent*

Dans la journée, les patients disposent de trois salles communes, toutes trois dotées d'un téléviseur. L'unité dispose également d'un réfectoire et d'un espace extérieur avec terrasse et petit auvent qui ne protège cependant pas des intempéries les patients venant fumer.

#### 7.4.5 Le personnel

Le tableau suivant détaille les effectifs en équivalent temps plein des deux services du pôle, en décembre 2015.

	Service F	Service G
Psychiatres	3,16	4,6
Interne	0,34	1,5
Généraliste	1	0,84
Soignants (infirmiers +aides-soignants)	56,8	51
Cadre supérieur de sante	0,8	
Cadres de santé	2,5	3,4
Soignants ergothérapie	0,9	3,8
Psychologue	0	1
Assistants sociales	1	2 (y compris extra)
ASH	12,55	10,3
Personnels administratifs	3	4,8

On note, dans le service F, des effectifs de médecins psychiatres inférieurs à ceux des secteurs G, « compensés » par la plus grande présence du médecin généraliste, l'absence de psychologue en intra hospitalier, le soutien d'assistants sociales absentes de la clinique de la Lys. En ce qui concerne les soignants des unités des deux services, leur répartition est sensiblement la même : le service G n'a affecté que des infirmiers dans son unité de moyen séjour, le service F faisant une place aux aides-soignants, qui sont présents de façon identique dans les deux unités de long séjour des deux pavillons.

#### 7.4.6 Les patients

Les patients des deux services ne présentent pas de profils différents du point de vue de leur statut d'hospitalisation. Il convient de noter la présence de deux patients irresponsables pénaux dans le service G. Les personnes détenues sont accueillies dans les deux services ; aucune n'était présente le jour de la visite.

#### Statut des patients présents au pôle Ouest en janvier 2016

	Service F : clinique de l'Audomarois			Service G : clinique de la Lys		
	Admission	Suite	Long séjour	Admission	Suite	Long séjour
Nombre de patients présents 18/01/2016	8 dont 1 SPDRE	22 dont 3 SPDT	7 dont 1 SPDRE	10 dont 1 SPDRE et 1 SPDT	21 dont 1 SPDRE et 6 SPDT	8 dont 1 SPDT
Age du patient le plus jeune	20 ans	25 ans	31 ans	(non indiqué)		
Age du patient le plus âgé	69 ans	81 ans	47 ans			

#### 7.4.7 Le projet thérapeutique

Ne pouvant pas rejoindre leur chambre dans la journée, les patients se tiennent dans les espaces collectifs du rez-de-chaussée.

Si le pôle ne dispose pas encore d'un projet thérapeutique formalisé, les projets thérapeutiques des deux services s'articulent autour de quatre éléments :

- le suivi par les médecins psychiatres, dont l'un est toujours présent dans les services, et le médecin généraliste, très actif quotidiennement dans le secteur F et G ;
- des projets de soins individualisés de l'équipe soignante, qui, dans le service F, font l'objet d'un suivi par une fiche de synthèse, discutée lors des réunions hebdomadaires ;
- une prise en charge multidisciplinaire, actée par une réunion hebdomadaire de service dans les deux cliniques et qui permet de faire le point des prises en charge entre l'équipe soignante, les médecins, les psychologues pour le service G, et les assistantes sociales pour le F ;
- des activités thérapeutiques prescrites ou « libres » qui se déroulent, soit dans les unités, soit dans l'espace d'ergothérapie, avec une équipe mutualisée entre les deux services (six personnes dont quatre de la clinique de la Lys) : ces dernières activités concernent essentiellement les patients des unités de moyen séjour. Ainsi, au vu du registre de la personne responsable de l'ergothérapie, étaient répertoriées sur une semaine les activités suivantes :
  - 14 janvier :
    - matin : musique avec six patients du service F ;
    - après-midi : activités manuelles avec huit patients ;
  - 15 janvier :
    - matin : activités manuelles avec six patients du service F et deux du service G ;
    - après-midi : rangement des décorations de Noël avec trois patients ;
  - 18 janvier :
    - matin : activités manuelles avec quatre patients du service F et un du service G ;
    - après-midi : activités manuelles avec deux patients du service G et quatre du service F ;
  - 19 janvier :
    - matin : activités manuelles avec quatre patients du service F et quatre du service G ;
    - après-midi : randonnée (tous les mardis et vendredi) avec six patients du service G ;
  - 20 janvier :
    - matin :
      - activités manuelles avec six patients ;
      - cuisine (tous les mercredis) avec deux patients du service F ;
    - après-midi :
      - activités manuelles avec cinq patients ;
      - lecture avec deux patients.

Les objets produits doivent être achetés – pour un prix dérisoire qui ne couvre pas le prix des matériaux de fabrication – par les patients qui les fabriquent ; ils ne sont pas facturés pour les personnes démunies. Le sens de cette règle n'apparaît pas clairement, certains soignants soulignant que les patients revendaient les objets fabriqués et que la règle instaurée limitait cette pratique.

## 8. CONCLUSION GENERALE

L'EPSM de Saint-Venant est un établissement globalement bienveillant mais excessivement fermé.

Au jour de la visite l'ensemble des unités – sauf une – fonctionnaient en régime fermé, alors même qu'elles accueillait toutes, en majorité, des patients en soins libres.

L'établissement s'est récemment engagé dans une démarche d'ouverture par la constitution d'un groupe de travail sur la liberté d'aller et venir, avec des projets de mise en place d'unités ouvertes à l'occasion de la restructuration des différents secteurs.

## Annexes

### LISTE DES SIGLES EMPLOYES

ARS	: agence régionale de santé
AS	: aide-soignant
ASE	: aide sociale à l'enfance
ASH	: agent des services hospitaliers
CATTP	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CESF	: conseiller en économie sociale et familiale
CLAN	: comité de liaison alimentation et nutrition
CLIN	: comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	: comité de lutte contre la douleur
CME	: commission médicale d'établissement
CMP	: centre médico-psychologique
COVIRIS	: comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins
CRUQPC	: commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DIM	: département d'information médicale
EPC	: établissement public communal
EPP	: évaluation des pratiques professionnelles
EPSM	: établissement public de santé mentale
ETP(R)	: équivalent temps plein (rémunéré)
HAS	: haute autorité de santé
JLD	: juge des libertés et de la détention
OPP	: ordonnance de placement provisoire
OPQ	: ouvrier professionnel qualifié
SCOMMEDD	: sous-commission médicale du médicament et de la douleur
SPDRE	: soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SPDT(U)	: soins psychiatriques à la demande d'un tiers (en urgence)
TED	: trouble envahissant du développement
TGI	: tribunal de grande instance
TI	: tribunal d'instance
UHSA	: unité hospitalière spécialement aménagée