



---

## Rapport de visite

10 au 14 avril 2017 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier de

Hénin-Beaumont

*(Pas-de-Calais)*

## SYNTHESE

Composé de trois pôles (addictologie, gériatrie et psychiatrie), le centre hospitalier d'Hénin-Beaumont (CHHB) fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Artois avec trois autres hôpitaux : Lens, Béthune et La Bassée, dont il partage une direction commune implantée dans les locaux de l'hôpital de Lens, situé à une douzaine de kilomètres.

Installé depuis 2012 dans un nouveau bâtiment confortable et bien conçu, le pôle de psychiatrie comporte deux unités sectorielles et deux unités transverses – une unité destinée à garder les patients à leur admission pendant une quinzaine de jours et une unité pour les patients « au long cours ». Ces quatre unités sont ouvertes dans la journée : les patients peuvent sortir du bâtiment en passant par l'accueil, qui est ouvert mais où une permanence est assurée par deux soignantes qui connaissent les patients et savent s'ils sont autorisés à sortir et dans quelles conditions ; ainsi, elles interviennent éventuellement pour rappeler, de façon respectueuse, à certains qu'ils enfreignent des consignes. En revanche, tous les patients, y compris ceux qui sont en soins libres, doivent présenter un « bon de sortie » à l'entrée de l'hôpital pour pouvoir en sortir.

Pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir, les quatre unités se partagent, deux à deux, des « secteurs isolables » : un secteur à chaque étage. Ces secteurs, qui peuvent être fermés, comportent un patio pour celui du rez-de-chaussée et une terrasse pour celui de l'étage. Ils sont constitués de quelques chambres normales, de chambres d'isolement thérapeutique mais aussi de « chambres d'isolement septique », destinées à recevoir des patients qui seraient atteints d'une maladie contagieuse, ces chambres d'isolement septique sont souvent utilisées comme chambres d'isolement thérapeutique.

**Les principales marges de progression qui ont été relevées lors de cette visite sont les suivantes :**

- les patients ne disposent d'aucun document leur expliquant les différents statuts de soins sans consentement et les droits et devoirs y afférents ;
- l'hôpital ne se charge pas de prévenir la personne désignée comme personne de confiance, qui donc ne confirme pas son accord, ce qui rend invalide la désignation ;
- sur les quatre établissements psychiatriques placés sous la juridiction du tribunal de grande instance (TGI) de Béthune (dont deux du GHT), seul celui de Saint-Venant dispose d'une salle d'audience, qu'il n'utilise pas : le juge des libertés et de la détention (JLD), en poste depuis 2007, a déclaré préférer tenir toutes ses audiences au TGI, situé à plus d'une demi-heure de voiture du CHHB ;
- les admissions en urgence passent par une polyclinique située à cinq minutes en voiture du CHHB ; depuis un an, par mesure d'économie, le CHHB n'y assure plus de permanence de psychiatre ;
- les activités, tant occupationnelles que thérapeutiques, sont rares malgré l'existence d'une unité spécifique animée par trois soignants ; en revanche, elles sont ouvertes à tous sans distinction de statut de soins.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

1. **BONNE PRATIQUE** ..... 20  

La liberté de circulation offerte aux patients dans le parc du centre hospitalier, participe à leur bien-être.
2. **BONNE PRATIQUE** ..... 21  

Le niveau général de contrainte pesant sur les patients est peu élevé et les responsabilise sur l'organisation de leur temps.
3. **BONNE PRATIQUE** ..... 29  

La mise en place d'une commission dédiée à la recherche de structures d'accueil médico-sociales permet de faciliter la sortie des patients et le placement de personnes qui, n'ayant pas leur place en psychiatrie, satureraient inutilement la capacité d'hospitalisation.

### RECOMMANDATIONS

1. **RECOMMANDATION** ..... 12  

Il convient d'organiser de façon régulière la formation du personnel soignant sur les droits des patients et sur les pratiques d'isolement et de contention.
2. **RECOMMANDATION** ..... 14  

L'information des patients en soins sans consentement sur leur statut et les droits et devoirs y afférents est donnée oralement sans l'appui d'aucun document. Le pôle psychiatrique doit réaliser un livret d'accueil spécifique et le personnel devrait disposer d'une documentation complète sur le sujet.
3. **RECOMMANDATION** ..... 15  

Lorsqu'un patient désigne une personne de confiance, cette dernière doit être systématiquement contactée par les services de l'hôpital et doit notifier son accord ; à défaut la désignation est invalide.
4. **RECOMMANDATION** ..... 16  

A l'occasion de chaque élection, l'exercice du droit de vote doit faire l'objet d'une communication systématique au bénéfice de l'ensemble des patients hospitalisés, idéalement par le biais d'affichages complétés par des informations individuelles.
5. **RECOMMANDATION** ..... 16  

L'accès aux cultes doit être amélioré. Il est à tout le moins nécessaire que la liste des représentants des différents cultes soit complète et exacte.
6. **RECOMMANDATION** ..... 17

Il convient de revoir la procédure de conservation des récépissés des décisions concernant les patients et de s'assurer par un contrôle interne de l'effectivité de la notification des droits.

**7. RECOMMANDATION ..... 18**

Il convient de reprendre les délégations de signature et de préciser dans chaque décision prise par les autorités de l'hôpital la référence à ces délégations.

**8. RECOMMANDATION ..... 18**

La direction doit rappeler la liste des documents qui doivent figurer dans le registre de la loi.

**9. RECOMMANDATION ..... 19**

Les audiences du JLD doivent, conformément à la loi, être tenues dans un établissement hospitalier.

**10. RECOMMANDATION ..... 20**

Les règles de vie, imprécises et incomplètes, comme l'ensemble de la documentation à l'intention des patients, devraient être réécrites tant dans la forme, qui pourrait gagner en termes de convivialité, que sur le fond.

**11. RECOMMANDATION ..... 22**

Les coffres installés dans les placards de rangement doivent être réparés ou remplacés.

**12. RECOMMANDATION ..... 23**

Les chambres des patients doivent pouvoir être fermées à clé de l'intérieur.

**13. RECOMMANDATION ..... 24**

Un état de fréquentation quotidien des participants aux activités thérapeutiques doit être tenu.

**14. RECOMMANDATION ..... 24**

Des activités de psychomotricité doivent être créées, avec un personnel spécifiquement formé.

**15. RECOMMANDATION ..... 24**

Trop d'activités sont suspendues ou moribondes au sein de l'UFAP, unité intersectorielle dédiée aux activités thérapeutiques, faute de personnel qualifié. Il convient d'y remédier.

**16. RECOMMANDATION ..... 24**

Un intervenant extérieur doit prendre en charge les activités propres à la salle de sport.

**17. RECOMMANDATION ..... 25**

Les sorties extérieures culturelles, ludiques et sportives doivent être développées.

**18. RECOMMANDATION ..... 25**

L'accès à la lecture doit être facilité et des espaces créés dans chaque unité de soins.

**19. RECOMMANDATION ..... 26**

Les règles de vie des unités doivent indiquer la démarche que doit suivre un patient pour retirer en cours d'hospitalisation tout ou partie de la somme d'argent déposée au service des admissions et des recettes hospitalières.

**20. RECOMMANDATION ..... 27**

Les patients doivent être associés au choix des repas à venir via des commissions des menus, et leur appréciation doit être recueillie par l'intermédiaire d'un cahier ou d'un questionnaire individuel.

**21. RECOMMANDATION ..... 28**

Il convient de rompre l'ennui des patients dans les unités en organisant des activités occupationnelles adaptées et variées associant des soignants.

**22. RECOMMANDATION ..... 30**

Le remplacement du médecin somaticien durant ses absences est une nécessité, de même que la tenue de statistiques sur ses activités, qui permettrait d'argumenter la nécessité d'un remplaçant et de mieux cibler le nombre et la nature des consultations spécialisées les plus demandées.

**23. RECOMMANDATION ..... 32**

Les modalités d'admission et de prise en charge des patients relevant de soins psychiatriques au sein du SAU et de transferts au CHHB doivent être appliquées et, si nécessaire, actualisées notamment :  
- en prévoyant le recours en tant que de besoin d'un psychiatre aux urgences ; - en réévaluant les modalités de transfert entre les deux établissements ; - en mettant en place une liaison informatique entre le CHHB et le bureau de permanence au SAU ; - en réunissant les instances de coordination et de suivi.

**24. RECOMMANDATION ..... 33**

Outre qu'elles ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS en mars 2017, les pratiques concernant l'isolement et la contention ne respectent pas la dignité et les droits des patients, en termes tant de durée que de statut des patients. Une analyse des pratiques actuelles et l'élaboration d'une politique commune sont une priorité.

**25. RECOMMANDATION ..... 34**

Une simplification des recueils de données concernant l'isolement thérapeutique doit être recherchée, l'idéal étant de tendre vers un seul recueil informatisé répondant aux différentes demandes.

**26. RECOMMANDATION ..... 34**

Il convient de revoir les conditions de prise en charge des affections contagieuses. Les chambres d'isolement septique doivent être équipées comme une chambre ordinaire et notamment disposer d'un système d'appel accessible aux patients directement de leur lit.

**27. RECOMMANDATION ..... 36**

Une analyse annuelle des prescriptions doit être mise en place et un échange organisé selon la même périodicité avec les praticiens du pôle de psychiatrie. La sécurisation du circuit du médicament de la préparation à la distribution doit être assurée.

**28. RECOMMANDATION ..... 36**

Il conviendrait qu'un comité éthique plénier se penche sur les sujets relevant de la psychiatrie. Ainsi le thème « isolement et contention », compte tenu de l'actualité récente pourrait de nouveau être traité.

---

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>7</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>9</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>9</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE</b> .....	<b>10</b>
2.1 L'établissement s'est donné les moyens de ses objectifs en psychiatrie .....	10
2.2 L'organisation de l'établissement, en cours de mutation dans une recherche de cohérence, se détache progressivement du concept de sectorisation .....	11
2.3 Les ressources humaines : la psychiatrie apparait comme un service disposant de moyens suffisants dans une ambiance satisfaisante .....	12
<b>3. LA CONNAISSANCE ET L'EXERCICE PAR LES PATIENTS DE LEURS DROITS</b> .....	<b>13</b>
3.1 La majorité des patients en soins sans consentement le sont sur décision du directeur .....	13
3.2 Les patients hospitalisés sans leur consentement ne sont informés qu'oralement de leur statut et des droits et devoirs y afférents .....	14
3.3 Requêtes, réclamations et plaintes sont repérées, suivies et traitées sans délai .....	14
3.4 La désignation d'une personne de confiance est généralement demandée au patient, mais selon une procédure incomplète .....	15
3.5 Les conditions d'exercice du droit de vote ont été explicitées oralement .....	16
3.6 L'accès aux cultes n'est pas organisé .....	16
<b>4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE PAR LES INSTITUTIONS</b> .....	<b>17</b>
4.1 Les pièces médicales et juridiques sont portées à la connaissance du patient mais avec un formalisme insuffisant et sans garantie d'une compréhension effective .....	17
4.2 Les contrôles ne sont pas exercés de façon régulière .....	18
4.3 Le registre de la loi est tenu de façon rigoureuse mais incomplète .....	18
4.4 La procédure de passage devant le JLD impose le déplacement des patients au TGI de Béthune .....	19
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>19</b>
5.1 Les règles de vie, affichées dans des chambres, sont une synthèse parfois très succincte du règlement intérieur du pôle de psychiatrie .....	20
5.2 La liberté de circulation est très large pour les patients non isolés .....	20
5.3 Les contraintes dans la vie quotidienne des patients sont adaptées et gérées au cas par cas .....	20
5.4 La communication avec les proches est aisée et les restrictions rares .....	21
<b>6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS</b> .....	<b>22</b>

6.1	La qualité des locaux et la liberté d'accès offrent des conditions de vie très convenables ; les patients ne peuvent pas s'enfermer dans leurs chambres .....	22
6.2	En l'absence de personnel formé ou d'intervenants spécialisés, les activités intersectorielles sont peu développées .....	23
6.3	Les biens du patient sont correctement protégés à son admission .....	26
6.4	La restauration est monotone ; les patients ne sont pas associés à l'élaboration des menus.....	26
6.5	Le patient a accès à peu d'activités de loisirs et les soignants des unités sont peu moteurs en la matière.....	27
6.6	La sexualité, vécue dans le régime de la tolérance, ne fait pas l'objet d'une réflexion commune .....	28
<b>7.</b>	<b>LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....</b>	<b>28</b>
7.1	Les soins psychiatriques sont organisés de manière à prendre en compte le parcours du patient et en lien avec les structures extrahospitalières .....	28
7.2	Les soins somatiques sont dépendants de la présence du médecin responsable	29
<b>8.</b>	<b>LE SOUCI DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE .....</b>	<b>30</b>
8.1	Le processus d'admission des soins sans consentement et des urgences psychiatriques ne permet pas toujours d'assurer une consultation spécialisée...30	
8.2	Le recours aux mesures d'isolement et de contention est trop fréquent et les moyens d'isolement sont utilisés de façon inadéquate .....	32
8.3	La distribution des médicaments respecte la confidentialité ; le système d'exploitation ne permet pas d'utiliser de façon partagée les données recueillies .....	35
8.4	Le comité d'éthique traite peu les thèmes liés à la psychiatrie .....	36
<b>9.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>36</b>
	<b>ANNEXE - GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES .....</b>	<b>37</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Cédric DE TORCY, chef de mission ;
- Gilles CAPELLO ;
- Gérard KAUFFMANN ;
- Dominique PETON-KLEIN.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Hénin-Beaumont (CHHB, Pas-de-Calais) du 10 au 14 avril 2017.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 10 avril à 11h. Ils l'ont quitté le vendredi 14 avril à 12h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur adjoint chargé des travaux, qui, en l'absence du directeur, a représenté la direction tout au long de la visite. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), des membres de la direction, des médecins responsables d'unités de psychiatrie, des cadres de santé et des membres du personnel soignant.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec les cabinets du préfet du Pas-de-Calais, et du sous-préfet de Béthune, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Béthune et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS).

Les contrôleurs ont rencontré le procureur de la République, le président et le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance (TGI) de Béthune.

Ils se sont rendus à la polyclinique d'Hénin-Beaumont et se sont entretenus avec la directrice, un médecin du service des urgences (ancien chef de service) et une infirmière du centre médico-psychologique (CMP) de Carvin assurant une permanence aux urgences de la polyclinique.

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'un ordinateur 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 en présence de représentants de la direction, du président de la CME, d'un médecin chef d'unité de psychiatrie et du cadre supérieur de santé.

Un rapport de constat a été envoyé le 5 octobre 2017 au directeur du CHHB, qui y a répondu le 15 novembre 2017 ; ses éléments de réponse sont pris en compte dans le présent rapport.

## 2. PRESENTATION GENERALE

### 2.1 L'ETABLISSEMENT S'EST DONNE LES MOYENS DE SES OBJECTIFS EN PSYCHIATRIE

Le CHHB regroupe un ensemble de services offrant 450 lits. Il a conduit un projet d'établissement de 2012 à 2016 cohérent avec les objectifs du programme régional de santé pour répondre aux besoins de santé du bassin de population de l'Artois/Douaisis. Ce projet, qui a été, par ailleurs, complété par un projet spécifique de groupement sanitaire en psychiatrie mentale, est aujourd'hui achevé sans avoir été remplacé.

Dans sa réponse, le directeur précise : « Le CHHB a participé activement aux travaux relatifs à la mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire. Une convention constitutive préfiguratrice d'une communauté psychiatrique de territoire a été signée le 20 septembre dernier ».

Pour autant, le développement du centre hospitalier s'inscrit dans une double démarche :

- la constitution d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) réunissant les hôpitaux de Lens, Béthune et La Bassée, dont la direction est localisée à Lens ;
- la poursuite d'un plan de retour à l'équilibre et la redéfinition des orientations médicales, avec, en particulier pour la psychiatrie, l'accentuation de l'ambulatoire.

La constitution du groupement hospitalier, comme la démarche de retour à l'équilibre, imposent et imposeront des changements de pratiques et la recherche d'un fonctionnement plus performant. Mais, globalement, la qualité des locaux et des équipements comme le maintien d'un niveau convenable d'effectifs permettent encore de développer une offre de soins cohérente et humaine au profit des patients. La future définition des objectifs devrait permettre, au terme de cette période de changements importants, de définir des objectifs précis capables de motiver les équipes.

Le plan de retour à l'équilibre, lancé à la suite d'un audit du centre hospitalier, est rendu nécessaire par une situation financière difficile : les deux derniers exercices présentés – 2014 et 2015 – se sont soldés par des résultats négatifs. Si la situation s'améliore et si le centre hospitalier a bénéficié d'une aide exceptionnelle, il n'en reste pas moins que l'encours de la dette représente 30 % des ressources annuelles et qu'ainsi, du fait du niveau des amortissements, la capacité actuelle d'autofinancement reste faible voire quasi négative.

La psychiatrie représente 57 % des charges et 53 % des recettes du centre hospitalier. Son déficit n'est que de 45 % du déficit global et sa contribution aux dotations d'amortissement nettement supérieure à son déficit. Elle ne peut donc pas être considérée comme une charge pour l'ensemble de l'établissement, mais le passage au régime de la tarification à l'acte (T2A) aura pour effet de réduire ses ressources et constitue donc un aiguillon.

Pour l'ensemble, le retour à l'équilibre est prévu en 2018. Cette situation ne sera pas obtenue sans un nouvel effort et en particulier la réduction de dix lits en psychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur précise : « Le projet de réorganisation de la psychiatrie adulte prévoit une réduction de capacitaire de vingt lits et prévoit en parallèle le développement d'une nouvelle offre ambulatoire ».

## 2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT, EN COURS DE MUTATION DANS UNE RECHERCHE DE COHERENCE, SE DETACHE PROGRESSIVEMENT DU CONCEPT DE SECTORISATION

Au sein du CHHB, le pôle de psychiatrie et santé mentale réunit un ensemble de moyens assurant l'accueil pour adultes, jeunes majeurs et enfants, les soins ambulatoires, l'hébergement avec une unité « appartement thérapeutique » de douze places, et l'hospitalisation au sein de la clinique psychiatrique Fleury Joseph Crépin. Celle-ci regroupe, au moment de la visite, quatre unités d'hospitalisation complète avec une capacité totale de quatre-vingt-dix lits. Les locaux sont modernes et fonctionnels. Ils ont été ouverts en novembre 2012.

Ces unités d'hospitalisation sont complétées par un bureau d'accueil et d'orientation (BAO) et une « unité de soins d'activités thérapeutiques » (USAT). En 2015, la clinique Fleury Joseph Crépin avait accueilli 590 patients pour 1 138 séjours en hospitalisation complète représentant 29 079 journées d'hospitalisation. En 2015, les effectifs de ces unités étaient de 10,6 équivalents temps plein (ETP) s'agissant des praticiens hospitaliers et de 67,7 ETP s'agissant des infirmiers. Ces effectifs permettent d'assurer les soins dans des conditions qui n'ont pas donné lieu à observations particulières.

Si, actuellement, les deux « unités de soins et de réhabilitation » restent encore sectorisées – l'USRH pour le secteur de Hénin-Beaumont 62G16 et l'USRC pour Carvin 62G17 –, les deux autres – l'unité de soins et d'évaluation (USE) et l'unité de soins et d'accompagnement au projet de vie (USAP) – sont complètement intersectorielles.

Le patient est systématiquement accueilli par le BAO pour une évaluation médicale et paramédicale. En fonction de cette évaluation et du projet de soin, le patient est orienté vers une unité d'hospitalisation si besoin :

- unités de soins et d'évaluation (USE) : pour les primo-hospitalisations et/ou les décompensations psychopathologiques ou psychosociales ;
- unité de soins et de réhabilitation (USR) : patient connu des secteurs Hénin et Carvin.

Enfin, lorsque le séjour se poursuit et que l'élaboration d'un projet de sortie nécessite une prise en charge vers une structure d'hébergement à visée psycho-sociale, le patient est orienté vers l'unité de soins et d'accompagnement du projet de vie (USAP).

L'organisation de la clinique est donc orientée en vue de la sortie du malade, en accompagnement de sa progression et selon une approche partiellement sectorisée.

Le CHHB ne dispose pas de lits de pédopsychiatrie. Le jour du contrôle, aucun mineur n'était pris en charge. Le nombre de lits de pédopsychiatrie serait insuffisant au niveau du GHT. Ce sujet est en discussion avec l'ARS.

Dans le rapport d'activités de 2015, qui présente les chiffres de 2014, la population concernée était de 150 894 habitants, population sensiblement plus jeune que la moyenne nationale mais nettement plus marquée par le chômage avec un taux d'inactivité de 23 % à comparer au taux national de 16 %.

Le pôle d'activité de psychiatrie du CHHB a connu de profonds changements au cours des dernières années notamment par le développement des activités extra hospitalières et la diminution du secteur intra hospitalier.

Le projet de déménagement des unités en 2012 a donné lieu à une réflexion de l'ensemble des intervenants sur les modes de prises en charge et l'organisation des locaux pour y répondre,

celle-ci ayant été réfléchi en tenant compte du parcours des patients et de leurs besoins incluant les prises en charge intra et extra hospitalières.

Le nouveau plan régional de santé en cours de réflexion, mais également le projet médical partagé du GHT auquel est rattaché le CHHB, actuellement à l'étude, vont probablement conduire à de nouvelles restructurations qui incluront une diminution de lits et un renforcement des structures ambulatoires.

Le taux d'occupation des lits du CH avoisine 80 % sur l'ensemble des unités. A noter de même une très forte intrication des activités intra et extra hospitalières pour l'ensemble des psychiatres.

### **2.3 LES RESSOURCES HUMAINES : LA PSYCHIATRIE APPARAÎT COMME UN SERVICE DISPOSANT DE MOYENS SUFFISANTS DANS UNE AMBIANCE SATISFAISANTE**

Les ressources humaines sont pour l'essentiel gérées par une direction située à Lens, mais une antenne permet un traitement des questions de proximité au moins pour le personnel non médical.

Au moment du contrôle, les effectifs ne posaient pas de question de nature à mettre en cause les conditions de vie des patients. A partir de 2014, le centre hospitalier a mis en œuvre une méthode de calcul des effectifs sur la base d'une méthodologie nouvelle qui permet, semble-t-il, d'assurer l'adéquation des moyens au regard de la charge de travail. Plus généralement, la mutualisation des moyens au sein de l'établissement et dans le cadre du GHT offre la possibilité de pallier les difficultés occasionnelles.

Le pôle de psychiatrie se caractérise par un taux d'absentéisme très faible par rapport au reste de l'établissement (6,30 % au lieu de 10,52 % en 2015) et un *turn over* égal à la moitié de celui de l'établissement (9,75 % au lieu de 18,71 % en 2015).

Le pôle de psychiatrie consacre d'importants moyens à la formation : 311 000 € en 2016. De 2012 aux premiers mois de 2017, 116 formations ont été organisées sur les questions de droits et d'éthique mais le sujet des droits des patients en psychiatrie ne vient qu'en troisième position (24) après les droits de l'enfant (40) et la responsabilité des soignants, le droit des patients et l'éthique (25). Compte tenu de l'évolution constante de la réglementation, une mise à jour régulière des connaissances est nécessaire, par exemple sous forme d'un travail interne afin que l'ensemble des membres des équipes puissent profiter des formations reçues. Un tel partage des connaissances peut être l'occasion d'une mise en situation concrète des droits et des pratiques. On ne relève aucune formation dans les trois années précédentes concernant de façon explicite l'isolement et la contention.

#### **Recommandation**

*Il convient d'organiser de façon régulière la formation du personnel soignant sur les droits des patients et sur les pratiques d'isolement et de contention.*

Dans sa réponse, le directeur précise : « Des formations spécifiques sur les droits des patients ont été mises en œuvre et sont inscrites au plan de formation de 2017. Il existe des formations réalisées en interne relatives aux pratiques d'isolement et de contention ».

### 3. LA CONNAISSANCE ET L'EXERCICE PAR LES PATIENTS DE LEURS DROITS

#### 3.1 LA MAJORITE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT LE SONT SUR DECISION DU DIRECTEUR

Il a été remis aux contrôleurs les statistiques suivantes :

Nb de patients présents au 10/4/17 admis en soins sans consentement	Soins sur décision du directeur			SPDRE <sup>1</sup>	Total
	SPDT <sup>2</sup>	SPDTU <sup>3</sup>	SPPI <sup>4</sup>		
USE	0	3	4	1	8
USR Carvin	1	4	0	2	7
USR Hénin	0	4	4	0	8
USAP	0	1	0	0	1
Programme de soins	1	6	2	5	14
Total	2	18	10	8	38
	30				

Nb de patients admis en soins sans consentement en 2016	Soins sur décision du directeur			SPDRE	Total
	SPDT	SPDTU	SPPI		
USE	13	84	54	6	157
USR Carvin	4	18	5	2	29
USR Hénin	1	12	5	0	18
USAP	0	0	0	1	1
Programme de soins	0	0	0	0	0
Total	18	114	64	9	205
	196				

Les tableaux ci-dessus révèlent un nombre important de placements en soins sur décision du directeur sans qu'un tiers ait été désigné : SPDTU et SPPI. Cela concerne essentiellement les admissions *via* les urgences de la polyclinique d'Hénin-Beaumont ; les équipes de ce service ont expliqué aux contrôleurs qu'elles avaient rarement le temps de procéder à la recherche d'un proche qui accepterait d'assumer cette fonction (Cf. *infra* chap. 8).

1 SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

2 SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

3 SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

4 SPPI : soins psychiatriques pour péril imminent

### 3.2 LES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT NE SONT INFORMES QU'ORALEMENT DE LEUR STATUT ET DES DROITS ET DEVOIRS Y AFFERENTS

La procédure d'admission prévoit la remise à chaque patient d'un livret d'accueil. Il s'agit d'un document de vingt-huit pages commun à l'ensemble des services de l'hôpital. Les spécificités des soins psychiatriques sans consentement occupent moins d'une page : il est simplement donné une définition des différents types de soins sans consentement. Le chapitre sur les droits de la personne hospitalisée ne donne aucune indication spécifique à ces types de soins.

Il a été déclaré aux contrôleurs que le statut et les droits et devoirs y afférents étaient expliqués oralement au patient par un membre de l'équipe soignante de son unité – médecin, cadre ou infirmier.

#### **Recommandation**

*L'information des patients en soins sans consentement sur leur statut et les droits et devoirs y afférents est donnée oralement sans l'appui d'aucun document. Le pôle psychiatrique doit réaliser un livret d'accueil spécifique et le personnel devrait disposer d'une documentation complète sur le sujet.*

### 3.3 REQUETES, RECLAMATIONS ET PLAINTES SONT REPEREES, SUIVIES ET TRAITEES SANS DELAI

#### 3.3.1 Les requêtes, réclamations et plaintes des patients

Tout patient, mais aussi tout proche, peut adresser une requête ou une réclamation auprès de la direction de la structure. C'est la direction des risques et de la qualité qui traite cette demande, non sans avoir préalablement adressé un accusé de réception au demandeur.

L'examen des plaintes et réclamations émanant des « usagers » – les patients – ou de leurs proches fait l'objet d'une procédure – en date du 15 décembre 2009 – en cours de mise à jour, dont les contrôleurs ont pu obtenir le contenu.

Le cadre de santé de l'unité de soins considérée est chargé d'effectuer une enquête en interne et d'en apporter les éléments utiles à la direction de la qualité laquelle, sous huit jours, adresse une réponse écrite au demandeur. Dans ce courrier, est toujours proposée, depuis 2016, une rencontre avec l'un des quatre médiateurs, deux médicaux et deux non-médicaux, du CCHB.

La rencontre avec le médiateur peut s'opérer avec un représentant des usagers.

Les requêtes peuvent revêtir plusieurs formes : requête simple, réclamation indemnitaire ou plainte.

Tout problème est traité par la direction de la qualité et les cas les plus sérieux sont évoqués en commission des usagers, qui se réunit tous les deux mois.

Le représentant des usagers, contacté par téléphone, se dit très satisfait d'un tel mode de fonctionnement. Dans son audit de certification réalisé en 2013, la haute autorité de santé (HAS) approuve le fait que « dès la réception d'une plainte ou d'une réclamation, le directeur transmet le courrier à la gestionnaire du risque ».

### 3.3.2 Les autres types d'incident : les événements indésirables

Les incidents graves relèvent d'événements jugés indésirables, qui tous font l'objet d'un recueil à partir d'une fiche remplie par un membre du personnel et transmise à la direction de la qualité.

Le bilan pour l'année 2016 laisse apparaître en psychiatrie un total de vingt-cinq événements de ce type, dont trois fugues, une tentative de suicide, sept violences physiques et trois menaces de mort. Depuis février 2017, tout événement indésirable « grave » est communiqué à l'agence régionale de santé (ARS). En outre, il fait l'objet d'un retour d'expérience (RETEX) en interne et d'une déclaration à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVMS).

Aucun suicide n'a été à déplorer en 2016 et en 2015. Les contrôleurs ont cependant eu accès à quelques éléments d'une procédure en cours, consécutive au dépôt de plainte du conjoint d'une patiente qui, ayant fugué le 11 août 2016, a absorbé au supermarché proche la moitié d'un produit hautement toxique, nécessitant une hospitalisation aux urgences de l'hôpital de Lille (Nord). Le proche de la victime, mettant en cause un défaut de vigilance du CHHB, a déposé une plainte (en cours de traitement par le parquet de Béthune) pour « mise en danger de la vie d'autrui ».

D'autres faits graves ont pu faire l'objet d'un dépôt de plainte devant l'autorité judiciaire, de la part de la victime, de son représentant ou de la direction elle-même.

Une procédure de remontée puis de transmission de l'information existe, intitulée « Conduite à tenir en cas de maltraitance, de suspicion de violence ou de violence », qui embrasse également les actes ayant pu être commis par le personnel. Si la victime est un patient en psychiatrie, des fonctionnaires, en civil ou non, du commissariat de police d'Hénin-Beaumont se rendent à la clinique Fleury Joseph Crépin afin de l'auditionner. Il convient à cet égard d'obtenir en amont une autorisation médicale et l'accord du patient. Selon les informations recueillies, les relations avec les services de police locaux sont jugées très satisfaisantes.

### 3.4 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST GENERALEMENT DEMANDEE AU PATIENT, MAIS SELON UNE PROCEDURE INCOMPLETE

A son arrivée, le patient est invité à remplir et signer un formulaire intitulé « Recueil des choix du patient (relatif à la transmission et à l'accès aux informations concernant sa santé) ». Il peut notamment désigner une personne de confiance ou préciser qu'il refuse d'en désigner une.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, ce formulaire est généralement rempli.

En revanche, il n'est pas prévu que la personne désignée soit contactée ; il a été précisé aux contrôleurs que cette prise de contact était de la responsabilité du patient mais cela ne lui est pas signalé. Par conséquent, la désignation mentionnée dans le formulaire n'a aucune valeur.

#### **Recommandation**

*Lorsqu'un patient désigne une personne de confiance, cette dernière doit être systématiquement contactée par les services de l'hôpital et doit notifier son accord ; à défaut la désignation est invalide.*

### 3.5 LES CONDITIONS D'EXERCICE DU DROIT DE VOTE ONT ETE EXPLICITEES ORALEMENT

Les conditions du droit de vote ont été expliquées oralement dans les unités ; au moment du contrôle, trois patients avaient exprimé l'intention de voter. La direction des soins a prévu les trois accompagnements correspondants dont l'un concerne un patient en SPDRE.

Pour autant, aucune affiche n'avait été placée dans les services, ce qui a pu écarter du vote un ou plusieurs patients n'ayant pas su ou pu réagir au moment où l'information a été décidée.

#### **Recommandation**

*A l'occasion de chaque élection, l'exercice du droit de vote doit faire l'objet d'une communication systématique au bénéfice de l'ensemble des patients hospitalisés, idéalement par le biais d'affichages complétés par des informations individuelles.*

### 3.6 L'ACCES AUX CULTES N'EST PAS ORGANISE

Le livret d'accueil de l'établissement indique : « *Le personnel hospitalier respecte vos opinions et vos croyances. Vous pouvez demander au personnel soignant qu'un ministre de votre culte vous rende visite* ». Aucune information complémentaire n'est mise à la disposition des patients, notamment sous la forme d'affiches.

Le site intranet du CHHB met à la disposition du personnel un document présentant la « Liste des personnes à joindre au regard des différentes confessions » dans une version n° 6 datant du 7 janvier 2015. Les noms, adresses et numéros de téléphone concernant les confessions catholique, juive, orthodoxe grecque, orthodoxe russe, musulmane, protestante (Eglise Evangélique) et des témoins de Jéhovah y sont détaillés. Les contrôleurs ont tenté de contacter les personnes en question, en vain. La liste s'est révélée erronée : des noms comportent des fautes d'orthographe, des numéros de téléphone sont faux, certains correspondants ont expliqué que des personnes mentionnées n'exerçaient plus depuis plusieurs années.

L'établissement ne dispose d'aucun local polycultuel. Aucune permanence n'est assurée par une aumônerie. Apparemment, aucun aumônier ne se rend au pôle de psychiatrie.

#### **Recommandation**

*L'accès aux cultes doit être amélioré. Il est à tout le moins nécessaire que la liste des représentants des différents cultes soit complète et exacte.*

## 4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE PAR LES INSTITUTIONS

### 4.1 LES PIÈCES MÉDICALES ET JURIDIQUES SONT PORTÉES À LA CONNAISSANCE DU PATIENT MAIS AVEC UN FORMALISME INSUFFISANT ET SANS GARANTIE D'UNE COMPREHENSION EFFECTIVE

L'ensemble des dossiers des patients admis en soins sans leur consentement a fait l'objet d'une investigation précise pour apprécier la régularité et la traçabilité des procédures. Les relations avec la préfecture d'Arras sont fluides et rapides. La préfecture de Lille a mis en place un mécanisme de suivi des différentes procédures pour veiller à leur convenable déroulement.

Le suivi de la situation individuelle du patient est fait sur une « fiche d'accueil et d'identification » qui retrace les éléments de sa situation ainsi que ses souhaits en ce qui concerne l'exercice de ses droits. Certaines de ces fiches ne sont pas complètement ou précisément remplies, voire ne sont pas signées.

Les médecins et soignants interrogés ont déclaré procéder de façon régulière à l'information orale des patients sur les décisions prises comme sur les droits, notamment de recours, que ces patients peuvent exercer. Les quelques patients interrogés ont formulé des réponses évasives qui montraient cependant que « quelque chose » à propos de leurs droits leur avait été présenté. Pour autant, dans un grand nombre de cas, la traçabilité de cette procédure d'information n'a pas pu être présentée.

Le service des admissions et des recettes hospitalières (SARH), chargé de conserver et de diffuser les arrêtés préfectoraux, d'élaborer les décisions de la direction et de les diffuser, de susciter les certificats et avis médicaux et enfin de provoquer la procédure de passage devant le JLD, ne reçoit pas et donc ne conserve pas les récépissés actant le fait que les patients ont pris connaissance de ces documents et donc des droits qui y sont mentionnés. Ces documents sont censés être conservés dans les unités de soins et la procédure mise en place<sup>5</sup> ne prévoit pas leur archivage au SARH.

Or, dans les unités contrôlées sur ce point, près d'un tiers des récépissés sont absents ou non signés. La procédure n'est pas bouclée et les unités semblent laissées à elles-mêmes, sans contrôle interne, sur le respect de cette procédure. Des documents sont directement adressés au greffe du JLD sans en garder ou transmettre copie au SARH. A titre d'exemple, un patient qui n'avait pas signé le récépissé concernant la décision du juge, avait tout de même fait appel de cette décision devant la cour d'appel sans que cet appel, dont on n'a pu présenter l'issue, soit porté à la connaissance du bureau chargé des questions administratives.

On peut ajouter que les copies des actes juridiques concernés, comme des récépissés quand ils existent, sont classés de façon aléatoire dans le dossier de chaque patient conservé au sein des unités et quelquefois mélangés aux documents médicaux, ce qui ne permet pas un contrôle facile en raison des règles applicables au secret médical.

### **Recommandation**

5 Procédure portant le numéro P PSY 003 OPC

*Il convient de revoir la procédure de conservation des récépissés des décisions concernant les patients et de s'assurer par un contrôle interne de l'effectivité de la notification des droits.*

Enfin, s'agissant également du respect des droits des patients, une attention devra être portée à la rédaction des décisions de délégation de signature – notamment la décision du 16 janvier 2017 – dont la précision est aujourd'hui insuffisante et pourrait donner lieu à recours.

#### **Recommandation**

*Il convient de reprendre les délégations de signature et de préciser dans chaque décision prise par les autorités de l'hôpital la référence à ces délégations.*

### **4.2 LES CONTROLES NE SONT PAS EXERCES DE FAÇON REGULIERE**

Le collège « de l'article L.3211-9 »<sup>6</sup> est réuni en tant que de besoin.

Par contre la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) souffre de quelques failles. Plusieurs membres ont récemment démissionné dont le président. Les rapports annuels des années 2014 et 2015 n'ont pu être communiqués. Au moment de la visite des contrôleurs, le renouvellement des membres de la CDSP était en cours.

### **4.3 LE REGISTRE DE LA LOI EST TENU DE FAÇON RIGOUREUSE MAIS INCOMPLETE**

Le registre de la loi est tenu de façon régulière et rigoureuse et les contrôles effectués sur trente-deux pages n'ont fait apparaître aucun manquement significatif. En particulier, le registre est tenu à jour en temps réel, les documents photocopiés qui permettent de suivre l'itinéraire du patient sont collationnés de manière systématique, les certificats médicaux sont rédigés de façon circonstanciée et, globalement, la situation des patients est correctement retracée.

Il serait cependant nécessaire que les décisions du JLD, découpées et collées, soient présentées de telle manière que la date de ces décisions puisse apparaître de façon certaine, afin d'éviter des documents figurant avec comme simple date : « *ce jour, ...* »).

Par ailleurs, de même que figure dans le registre une copie des arrêtés préfectoraux, les décisions d'admission prises par le directeur doivent également y figurer ; elles constituent en effet, dans la grande majorité des cas, l'acte administratif majeur de la privation de liberté.

Enfin, l'avis médical précédent l'audience du JLD doit y figurer.

#### **Recommandation**

6 Le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

- 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

*La direction doit rappeler la liste des documents qui doivent figurer dans le registre de la loi.*

#### 4.4 LA PROCEDURE DE PASSAGE DEVANT LE JLD IMPOSE LE DEPLACEMENT DES PATIENTS AU TGI DE BETHUNE

Les passages devant le JLD sont organisés de façon rigoureuse. Un système de pré-alerte a été mis en place à l'intention des médecins et du juge, qui doit organiser ses interventions auprès de quatre centres hospitaliers.

**Les audiences n'ont pas lieu sur place ni dans un centre hospitalier.** Les raisons invoquées par le président du TGI comme par le juge concerné portent sur des arguments pratiques – complexité de l'organisation des déplacements auprès de quatre centres dont l'un plutôt excentré a cependant installé une salle d'audience – ou matériels – absence de liaison informatiques. Pour autant, les contrôleurs ont clairement senti que la position du juge en fonction s'appuyait sur la conviction que le déplacement du patient vers le tribunal créait une « distanciation » à l'égard du monde médical.

Il n'en demeure pas moins que les déplacements correspondants contraignent les patients et peuvent conduire à déclarer leur comparution impossible du seul fait de l'éloignement.

En outre, ces déplacements pèsent lourdement sur l'activité des services, qui doivent accompagner une à deux fois par semaine les patients concernés et que ces dispositions contreviennent autant à l'esprit qu'à la lettre de la loi.

Le président du TGI a déclaré vouloir reprendre le sujet dans le but de trouver une solution qui réponde aux contraintes des services et du terrain.

Concrètement, les audiences, parce qu'elles sont tenues au tribunal, ne posent pas de difficulté concernant la présence des avocats. Les patients sont systématiquement accompagnés par des soignants qui, selon le juge, peuvent, le cas échéant, être interrogés sur l'état d'un patient. En revanche, l'administration (direction de l'hôpital ou préfecture) n'est jamais représentée. Dans quelques cas, la préfecture a fait parvenir un document précisant les éléments qui avaient conduit à l'arrêt concerné. Les audiences sont tenues dans le bureau du juge, qui privilégie un contact direct et personnel avec le patient et choisit de donner un ton personnel et pédagogique à la procédure. Le public n'est en fait jamais présent à ces audiences. En revanche, la présence des avocats est quasi systématique.

Selon les soignants interrogés, les patients transportés ne sont jamais soumis à des mesures de contraintes particulières lors des transports.

En fonction depuis 2011, le juge n'a prononcé qu'une seule mainlevée, pour motif de forme. Sur la même période, un seul patient a fait appel devant la cour de Douai (Nord), qui a confirmé l'ordonnance.

#### **Recommandation**

*Les audiences du JLD doivent, conformément à la loi, être tenues dans un établissement hospitalier.*

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LES REGLES DE VIE, AFFICHEES DANS DES CHAMBRES, SONT UNE SYNTHESE PARFOIS TRES SUCCINCTE DU REGLEMENT INTERIEUR DU POLE DE PSYCHIATRIE

Les règles de vie se présentent sous la forme de deux pages au format A4 affichées dans chaque chambre. On y trouve deux chapitres :

- « Droits » (4 lignes) : « *Toute personnes bénéficie des "principes généraux du droit des français ; non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie". Les droits essentiels sont énoncés dans les principes généraux de la Charte du patient hospitalisé qui se trouve à l'entrée de l'unité* » ;
- « Devoirs » (une page et demie) : quelques obligations ou interdictions regroupées par thème :
  - o « les règles de sécurité » ;
  - o « les règles de vie collective » ;
  - o « les règles d'hygiène » ;
  - o « liens avec les familles ».

#### **Recommandation**

*Les règles de vie, imprécises et incomplètes, comme l'ensemble de la documentation à l'intention des patients, devraient être réécrites tant dans la forme, qui pourrait gagner en termes de convivialité, que sur le fond.*

### 5.2 LA LIBERTE DE CIRCULATION EST TRES LARGE POUR LES PATIENTS NON ISOLES

Une grande liberté de circulation des patients prévaut au sein de la clinique Fleury Joseph Crépin. Les patients peuvent déambuler dans leur unité ou au sein de la structure, par exemple pour se rendre à la cafétéria ou bien encore dans le parc arboré et doté de bancs. Ce mouvement perpétuel, entamé dès la pause-cigarettes du matin devant le hall d'entrée, frappe tout observateur.

L'état clinique actuel du patient, établi par le médecin psychiatre, détermine sa marge exacte de liberté et l'accompagnement ou non par un soignant. En tout état de cause, la circulation des patients est large ; les contrôleurs ont d'ailleurs pu la vérifier lorsqu'un patient en SPDRE depuis une quinzaine de jours a rejoint l'un d'eux sur un banc du parc et a conversé avec lui. Ce parc, vaste et fleuri, offre en outre un agréable espace de promenade ; partout des bancs y sont installés, à l'ombre ou au soleil et un petit étang a été aménagé à côté du self du personnel. Finalement, seuls les patients isolés voient leur liberté de mouvement restreinte.

Les patients de l'USE et de l'USAP, unités situées au rez-de-chaussée du bâtiment, peuvent accéder à toute heure de la nuit au patio, afin notamment de fumer.

#### **Bonne pratique**

*La liberté de circulation offerte aux patients dans le parc du centre hospitalier, participe à leur bien-être.*

### 5.3 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS SONT ADAPTEES ET GERES AU CAS PAR CAS

Les contraintes imposées aux patients sont globalement peu pesantes. Sauf exception déterminée par le médecin, les patients ne sont pas astreints au port du pyjama ni à des restrictions de leur consommation de tabac. L'accès aux chambres n'est pas soumis à des horaires précis mais demeure libre à tout moment. De même, lors des repas, le placement à table est libre sauf incompatibilité manifeste. Seul le tabac reste prohibé en chambre.

En ce qui concerne le lever et le coucher, la souplesse prédomine. Le patient est « invité à », avec tact et mesure, par le personnel soignant, comme d'ailleurs pour la toilette quotidienne.

Aucune brutalité relationnelle n'a été ressentie par les contrôleurs, les soignants n'hésitant pas parfois à employer un tutoiement amical et empathique envers les patients, les appelant par leur prénom.

### **Bonne pratique**

*Le niveau général de contrainte pesant sur les patients est peu élevé et les responsabilise sur l'organisation de leur temps.*

## **5.4 LA COMMUNICATION AVEC LES PROCHES EST AISEE ET LES RESTRICTIONS RARES**

A l'instar de la politique instaurée pour les visites familiales, possibles tous les après-midi du lundi au dimanche inclus de 13h30 à 19h, dans le hall, la cafétéria ou le parc, la communication avec les proches est encouragée. Ainsi l'usage du téléphone portable n'est pas restrictif, sauf pour les patients isolés qui en sont privés en principe. Les patients possesseurs d'un tel appareil peuvent l'utiliser en chambre, de jour comme de nuit. Seul le câble de recharge peut leur être retiré si le médecin pressent un risque suicidaire. Les patients démunis peuvent quant à eux avoir accès au poste fixe du personnel soignant en tant que de besoin et en l'absence de *point phone* dans le couloir.

De même, la correspondance des patients n'est pas lue, sauf rare décision médicale spécifique.

Autre mode de communication : les divers objets confectionnés en atelier thérapeutique (poterie, par exemple) peuvent être remis aux familles.

La cafétéria, chaleureuse, constitue également un utile complément aux voies de communication habituelles : on y consomme ensemble en discutant, dans un espace convivial et lumineux.

Tout est organisé pour maintenir les liens familiaux du patient, vecteur de mieux-être et de retour à la vie civile.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

### 6.1 LA QUALITE DES LOCAUX ET LA LIBERTE D'ACCES OFFRENT DES CONDITIONS DE VIE TRES CONVENABLES ; LES PATIENTS NE PEUVENT PAS S'ENFERMER DANS LEURS CHAMBRES

Les conditions d'hébergement offertes aux patients en hospitalisation complète s'avèrent globalement dignes et décentes.

Installée dans des locaux neufs, clairs, propres et parfaitement entretenus par des agents des services hospitaliers (ASH), la clinique Fleury Joseph Crépin propose en effet majoritairement des chambres individuelles, selon la répartition suivante, unité par unité :

- USE : dix-huit chambres individuelles, deux doubles, une chambre d'isolement ;
- USAP : huit chambres individuelles, cinq doubles, une chambre d'isolement ;
- USRH et USRC : chacune, quinze chambres individuelles, cinq doubles, une chambre d'isolement.

La surface des chambres individuelles est de 16 m<sup>2</sup>, celle des chambres doubles, de 28 m<sup>2</sup>. La lumière naturelle y abonde.

Les chambres sont toutes dotées d'un espace sanitaire – douche à l'italienne, lavabo, miroir et WC –, d'un placard de rangement, d'un fauteuil et d'un coffre pour les objets de valeur autres que ceux confiés au gestionnaire des biens de la clinique. Nombre de ces coffres ont cependant été détériorés depuis l'ouverture de la structure et jamais réparés ni remplacés.



*Une chambre individuelle*

#### **Recommandation**

*Les coffres installés dans les placards de rangement doivent être réparés ou remplacés.*

La décoration des chambres est minimaliste ; parmi celles visitées par les contrôleurs, aucun mur ne comportait de photographies ou de posters, conférant à l'ensemble, de même que dans les couloirs de circulation ou les salles à manger communes, un caractère impersonnel et quelque peu austère.

Si aucun poste de télévision n'y est installé – une salle commune est prévue à cet effet dans chaque unité –, la radio, l'ordinateur ou le MP3 sont autorisés pour rompre tout silence angoissant. L'accès en journée y est libre, sans créneau horaire imposé.

La chambre n'est pas équipée d'un système de fermeture intérieure qui permettrait au patient de s'isoler momentanément des autres et de se sentir en sécurité la nuit.

### **Recommandation**

*Les chambres des patients doivent pouvoir être fermées à clé de l'intérieur.*

L'accès au patio de déambulation diffère selon les unités : libre à toute heure du jour et de la nuit au rez-de-chaussée (USE/USAP), il est limité au premier étage (USRC et USRH) au créneau 9h15/19h. Les patients placés sur le côté « isolable » de cet étage bénéficient d'une passerelle non couverte où ils peuvent fumer, toujours en présence d'un soignant afin d'éviter tout enjambement des parois vitrées la ceignant.

La vie quotidienne en unité est placée sous le signe de la souplesse, le niveau de contrainte dépendant du seul état d'agitation présent du patient. Le lever s'opère à 8h, est suivi de la toilette – incitée, parfois à plusieurs reprises, mais jamais imposée de force par le personnel – puis du petit déjeuner à 9h avant d'accéder aux espaces extérieurs. Sur les unités du premier étage, une pause cigarettes sur une terrasse est possible dès 8h15 et jusqu'à 22h45, peu de temps avant le coucher et l'extinction des feux, fixée à 23h.



*La terrasse*

## **6.2 EN L'ABSENCE DE PERSONNEL FORME OU D'INTERVENANTS SPECIALISES, LES ACTIVITES INTERSECTORIELLES SONT PEU DEVELOPPEES**

En sus des activités purement occupationnelles propres à chaque unité de soins, se développent des activités thérapeutiques (ou sociothérapeutiques) intersectorielles c'est-à-dire pouvant accueillir simultanément en un même lieu des patients de diverses unités présentant un état clinique et un statut juridique différents, toutes regroupées au sein de l'USAT.

Cette unité, dont l'équipe est composée de trois infirmières et qui fonctionne du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30, est en outre animée par l'association Farandole, qui a notamment pour mission la recherche d'intervenants extérieurs au sein de la structure pour des activités ponctuelles (concert, théâtre, etc.).

Les infirmières sont destinataires des prescriptions médicales propres à chaque patient car l'accès aux activités demeure soumis à cette obligation, y compris pour les patients en soins libres. Elles accueillent chaque patient et élaborent le planning hebdomadaire des activités proposées. Des prises en charge individuelles, y compris parfois en chambre, sont possibles toujours sur la base d'une prescription médicale.

Les activités thérapeutiques offertes au jour de la visite se déploient sur une large palette : atelier terre, dessin et peinture, musicothérapie, sport, sophrologie, esthétique, jeux de mots, etc.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients en soins sans leur consentement pouvaient s'y rendre librement ou bien accompagnés par un soignant à l'aller et au retour, selon la prescription.

Aucun état de fréquentation n'est tenu quant au taux de participation, à la provenance et au statut juridique des patients les fréquentant.

**Recommandation**

*Un état de fréquentation quotidien des participants aux activités thérapeutiques doit être tenu.*



*Atelier poterie*

Certains soignants sont formés à l'animation d'une activité – massage, par exemple – mais l'exercice de cette dernière dépend de leur disponibilité.

D'autres activités ont de fait cessé depuis plusieurs mois – atelier bois, par exemple –, faute d'intervenant idoine. Aucune activité de psychomotricité ne s'y déploie.

**Recommandation**

*Des activités de psychomotricité doivent être créées, avec un personnel spécifiquement formé.*

De même, la cuisine dite « thérapeutique » ne présente qu'une activité très limitée.

**Recommandation**

*Trop d'activités sont suspendues ou moribondes au sein de l'UFAP, unité intersectorielle dédiée aux activités thérapeutiques, faute de personnel qualifié. Il convient d'y remédier.*

De même, les activités sportives, qui se déploient en interne dans une salle de 45 m<sup>2</sup> équipée de barres de traction, haltères, stepper et vélos d'appartement, restent sous-développées faute d'un intervenant spécifiquement formé : les infirmières de l'USAT n'y exercent qu'un rôle de pure surveillance, empêchant en particulier l'accès des patients aux équipements jugés dangereux.

**Recommandation**

*Un intervenant extérieur doit prendre en charge les activités propres à la salle de sport.*

Selon les éléments collectés, des sorties extérieures peuvent être organisées – piscine, sports collectifs, randonnée, musée du Louvre-Lens – mais sont dépendantes de la disponibilité du personnel soignant ainsi que des véhicules de transport du centre hospitalier (trois *Kangoo*, un *Partner*), les audiences vers le JLD de Béthune obérant à cet égard certaines initiatives locales.

Aucune donnée précise n'a pu être communiquée aux contrôleurs.

**Recommandation**

*Les sorties extérieures culturelles, ludiques et sportives doivent être développées.*

Par ailleurs, aucun espace de lecture en unité ne vient compléter l'offre des activités culturelles. De même, aucun projet relevant de la médiation animale n'a été monté.

**Recommandation**

*L'accès à la lecture doit être facilité et des espaces créés dans chaque unité de soins.*

Dans sa réponse, le directeur précise : « Un projet de médiation animale est en cours et devrait permettre aux patients d'aller à la SPA ».

Rattachée à l'USAT, la cafétéria sociale située à l'entrée de la clinique, ouverte du lundi au dimanche inclus de 9h15 à 17h, offre un espace chaleureux de rencontres, notamment avec les proches des patients. Ces derniers y accèdent seuls ou accompagnés par un soignant, qu'ils soient en soins libres ou sans leur consentement.



*La cafétéria*

Faute de statistiques, une information orale communiquée aux contrôleurs évalue à environ quatre-vingts personnes le volume quotidien de fréquentation, tout public confondu – patients, familles, soignants, etc. Des boissons froides ou chaudes et des confiseries y sont proposées avec paiement en liquide. Pour les patients sous tutelle, un chèque est versé à l'association Farandole.

### 6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT CORRECTEMENT PROTEGES A SON ADMISSION

Au moment de l'admission, un inventaire contradictoire des biens du patient est dressé par écrit. Le patient n'en reçoit pas une copie mais il est remis dans son dossier.

Les contrôleurs ont constaté que quelques fiches n'avaient pas été signées et que les soignants avaient omis de mentionner l'incapacité ou le refus du patient, ainsi que leur nom et signatures au regard de cette mention.

Selon les soignants, il n'existe pas de liste préétablie détaillée des objets prohibés ; « *cela dépend du profil patient ; c'est le médecin du BAO qui, dans le cadre de son échange avec le patient, sélectionne les objets que celui-ci ne peut pas conserver* ».

Dans sa réponse, le directeur précise : « Une liste des objets prohibés est définie dans le livret d'accueil du CHHB. Cette liste est reprise dans les règlements intérieurs des unités d'hospitalisation complète de la clinique Fleury Joseph Crépin ».

Le patient peut choisir de conserver de l'argent et des biens précieux ou de les remettre au « service des admissions et des recettes hospitalières » (SARH). Aucune indication n'est donnée dans les règles de vie ou dans le guide de fonctionnement des unités quant à la démarche à suivre pour retirer de l'argent au cours de l'hospitalisation.

#### **Recommandation**

*Les règles de vie des unités doivent indiquer la démarche que doit suivre un patient pour retirer en cours d'hospitalisation tout ou partie de la somme d'argent déposée au service des admissions et des recettes hospitalières.*

Chaque chambre dispose d'un petit coffre de sûreté à code ; la plupart d'entre eux ne sont pas en état de fonctionnement.

### 6.4 LA RESTAURATION EST MONOTONE ; LES PATIENTS NE SONT PAS ASSOCIES A L'ELABORATION DES MENUS

Si le grignotage est toléré en chambre, les repas – petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner – sont pris en salle à manger commune, sauf exception.

Les salles à manger des quatre unités présentent une apparence similaire de dénuement : pas, ou très peu, de décorations murales, pas de plantes d'agrément, une dominante blanche.

Les repas y sont pris selon un système de self, deux infirmières distribuant les parts de l'autre côté du comptoir. Le placement à table est très généralement libre, sauf incompatibilité d'humeur.

Les contrôleurs ont pu assister à l'intégralité d'un repas servi à midi. Discipline, respect et silence prédominant, chaque patient venant chercher sa part au comptoir. Les infirmières ont un mot aimable et compatissant pour chacun d'eux. A table, les échanges sont en revanche plutôt rares.

Les repas sont confectionnés au restaurant central, qui nourrit également le personnel et est situé à 200 m du bâtiment Crépin. La composition des repas est identique pour les patients et le personnel.

Un principe de liaison chaude et de transport des portions en chariot isotherme prévaut pour la desserte en unité de soins. Le personnel soignant doit alors, au moment du repas, veiller à ce que tout régime alimentaire particulier soit respecté.

Le jour du contrôle, sept types de repas différents ont été servis à l'unité Carvin (pour vingt patients).

Une diététicienne élabore en amont les menus, sans toutefois consulter les patients ; en aval, aucun questionnaire ou registre de satisfaction n'est mis à la disposition des intéressés.

### **Recommandation**

*Les patients doivent être associés au choix des repas à venir via des commissions des menus, et leur appréciation doit être recueillie par l'intermédiaire d'un cahier ou d'un questionnaire individuel.*

Interrogés par un contrôleur, quelques patients se sont plaints du manque de variété des repas proposés et de la présence très régulière de pommes de terre : après vérification durant la semaine du 10 au 16 avril 2017, huit repas sur les quatorze servis comportaient effectivement des pommes de terre.

## **6.5 LE PATIENT A ACCES A PEU D'ACTIVITES DE LOISIRS ET LES SOIGNANTS DES UNITES SONT PEU MOTEURS EN LA MATIERE**

Les activités de loisirs – ou « occupationnelles » – développées au sein de chaque unité de soins apparaissent particulièrement rares, les soignants disponibles privilégiant à l'évidence l'accompagnement de patients en sortie extérieure – supermarché, sport, culture – ou pour des démarches individuelles – par exemple, rendez-vous chez un spécialiste.

Dans sa réponse, le directeur précise : « Au sein de l'USAP, par exemple, un planning d'activité hebdomadaire est élaboré et mis en place ».

Si le patient a un accès aisé à la salle de télévision, l'accès au livre demeure quasiment inexistant faute d'espace aménagé ; les contrôleurs n'ont pas relevé durant leur visite l'organisation de jeux de société associant le personnel soignant.

L'ennui peut donc guetter certains patients peu enclins à quitter l'unité ou à déambuler à l'extérieur du bâtiment.

Un exemple significatif est apporté à cet égard par la magnifique cuisine thérapeutique, dont l'utilisation, selon les informations recueillies, reste rare alors même que sa vocation, « socialisante » selon la plaquette de présentation de l'USAT, permettrait si elle était élargie, d'établir un échange fructueux entre les participants et une vraie dynamique de groupe avec, en conclusion, le partage du repas.

Son utilisation dans un contexte simplement occupationnel pourrait être réfléchi à partir de chaque unité de soins, afin d'apporter un côté festif et convivial au quotidien des patients.



*L'atelier cuisine*

### **Recommandation**

*Il convient de rompre l'ennui des patients dans les unités en organisant des activités occupationnelles adaptées et variées associant des soignants.*

## **6.6 LA SEXUALITE, VECUE DANS LE REGIME DE LA TOLERANCE, NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION COMMUNE**

Il n'existe pas de règle relative aux relations sexuelles des patients au sein des unités de soins. Chaque cas est traité individuellement. L'accès aux contraceptifs est possible et proposé aux patients. Aucune information ne leur est transmise sur ces questions.

Le comité d'éthique n'a pas été saisi et ne s'est pas saisi de ce sujet spécifique en psychiatrie (Cf. *infra* chap. 8.4).

## **7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES**

### **7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ORGANISES DE MANIERE A PRENDRE EN COMPTE LE PARCOURS DU PATIENT ET EN LIEN AVEC LES STRUCTURES EXTRAHOSPITALIERES**

La clinique Fleury Joseph Crépin (pôle de psychiatrie) comporte une unité d'activité de consultations médicales, psychologiques et sociales.

#### **7.1.1 Patients relevant d'une prise en charge psychiatrique**

La prise en compte du parcours du patient dans la conception des unités de soins et le lien systématique avec le secteur ambulatoire apportent incontestablement une prise en charge de qualité dont les patients sont directement bénéficiaires.

Par ailleurs, l'organisation des équipes soignantes, objet d'un règlement intérieur portant notamment sur les principes généraux de fonctionnement et les réunions à initier, et mise en place à l'identique dans toutes les unités de soins, assure une cohérence de fonctionnement au sein des équipes et un échange d'informations indispensable entre elles.

### 7.1.2 Patients relevant d'une prise en charge médico-sociale

Le CHHB a, lors de cette réorganisation, créé une unité de soins et d'accompagnement au projet de vie (USAP) de dix-huit lits pour les patients non réadaptables en milieu ordinaire.

Conçue à l'origine comme une unité de passage permettant de « désengorger » les autres services, l'unité est en permanence occupée à 100 % du fait des difficultés concrètes pour trouver de véritables solutions d'accueil de longue durée.

Le jour de la mission, les contrôleurs ont noté que seize des dix-huit patients étaient sous tutelle ou curatelle. Ils ont noté un excellent contact avec les personnes en charge des tutelles, très disponibles. En revanche, des contacts avec les familles sont très rares s'agissant de patients au long cours.

Deux patients atteints de la maladie d'Alzheimer n'y avaient pas leur place.

L'USAP fonctionne en étroite collaboration avec la commission réseau pour les établissements médico-sociaux (CREMS). Cette commission a été mise en place après 2012 sur le constat d'un nombre de patient présents dans l'établissement depuis de nombreuses années sans perspectives de sortie dans des structures adaptées à leur état de santé et saturant de fait les capacités d'accueil.

La CREMS est constituée de cadres, de soignants et d'assistantes sociales des différentes unités de soins. Sa mission est de trouver des structures d'accueil médico-social (EHPAD<sup>7</sup>, MAS<sup>8</sup>, ...) pour ces patients, tâche complexe compte tenu du manque de places et de la réticence de celles-ci à les accueillir.

La CREMS a mis en place au fil de ses recherches une base de données de ses structures. Elle s'engage dans le suivi des patients après leur admission (donner l'assurance de reprendre le patient en cas de crise). Le projet est de transformer cette commission en une équipe/structure permanente.

#### **Bonne pratique**

*La mise en place d'une commission dédiée à la recherche de structures d'accueil médico-sociales permet de faciliter la sortie des patients et le placement de personnes qui, n'ayant pas leur place en psychiatrie, satureraient inutilement la capacité d'hospitalisation.*

## 7.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT DEPENDANTS DE LA PRESENCE DU MEDECIN RESPONSABLE

Le pôle de psychiatrie a été doté d'un temps plein de médecin généraliste depuis trois ans. Celui-ci voit systématiquement tous les patients arrivants au BAO, ceux admis à l'USE et répond à la demande des autres unités. Il assure le lien avec les services de médecine et de chirurgie d'autres centres hospitaliers lorsque des consultations spécialisées sont nécessaires. Il a été signalé aux contrôleurs les difficultés rencontrées pour obtenir des consultations dentaires et d'ophtalmologie.

Sont suivis notamment les patients porteurs de pathologies lourdes, 40 à 50 % de celles-ci étant des complications secondaires liées à l'alcool.

---

7 EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

8 MAS : maison d'accueil spécialisée

Le médecin examine également les patients en chambre d'isolement et les patients sous contention.

Les contrôleurs n'ont pu obtenir aucune donnée statistique sur l'activité de 2016 ni celle des années antérieures faute de recueil correspondant. La mise en place d'un tel recueil permettrait de mesurer l'utilité de ces soins mais également d'avoir une meilleure connaissance des pathologies dont ces patients sont porteurs.

Lors de ses absences, ce médecin n'est pas remplacé. Il est fait appel à un médecin d'un autre service en cas de besoin. Se pose alors la question du suivi des patients et de la consultation de tous les patients arrivants au BAO ou admis à l'USE notamment en soins sans consentement.

### **Recommandation**

*Le remplacement du médecin somaticien durant ses absences est une nécessité, de même que la tenue de statistiques sur ses activités, qui permettrait d'argumenter la nécessité d'un remplaçant et de mieux cibler le nombre et la nature des consultations spécialisées les plus demandées.*

## **8. LE SOUCI DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE**

### **8.1 LE PROCESSUS D'ADMISSION DES SOINS SANS CONSENTEMENT ET DES URGENCES PSYCHIATRIQUES NE PERMET PAS TOUJOURS D'ASSURER UNE CONSULTATION SPECIALISEE**

#### **8.1.1 Organisation des admissions ou urgences psychiatriques**

Les admissions de patients en soins sans consentement ou d'urgences psychiatriques pouvant nécessiter ce type de prise en charge peuvent être réalisées :

- soit directement au CHHB lorsque les demandes concernent des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ou des patients déjà connus. Le plus souvent ces patients sont amenés par les sapeurs-pompiers, sinon la famille. Ils sont vus par le BAO lors des heures ouvrées puis transférés à l'USE. En dehors des heures ouvrées, ils sont vus par le psychiatre de garde et transférés directement à l'USE ;
- soit au service d'accueil des urgences (SAU) de la polyclinique de l'AHNAC<sup>9</sup> à Hénin-Beaumont lorsque ces patients sont admis pour des demandes de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou en situation de « crise » pouvant conduire à demander ce type de placement. **Les contrôleurs ont observé une augmentation du nombre de demandes de soins pour péril imminent (SPI) de 46 % en trois ans** corroborant les dires du responsable du SAU. Ces demandes représentent, en 2016, 20 % des soins sans consentement ; ce pourcentage était de 16 % en 2013.

---

9 AHNAC : association hospitalière Nord Artois Cliniques

### 8.1.2 Modalités de prise en charge

Le CHHB et la clinique de l'AHNAC ont conclu une convention en mars 2016 qui fixe les modalités de coordination et de prise en charge des urgences psychiatriques entre les deux établissements. A cette fin, une permanence assurée par des infirmiers du centre médico-psychologique (CMP) de Carvin est organisée au SAU matin et après-midi. Ceux-ci sont chargé d'une première évaluation des urgences psychiatriques et ont recours en cas de besoin au BAO lors des heures ouvrées.

Les contrôleurs ont observé, nonobstant une convention très claire sur les missions et l'organisation médicale, une régression de cette organisation comparée à celle existante précédemment, où un psychiatre était présent au SAU la journée et des infirmiers toute la journée et la nuit ; cette organisation aurait été revue pour des raisons budgétaires.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté les situations suivantes au sein du SAU :

- des infirmiers devant parfois évaluer des situations complexes sans avoir recours directement à un psychiatre ;
- des demandes de soins sans consentement pour péril imminent en augmentation faute d'évaluation et de temps pour établir un double certificat ;
- des transferts au CHHB non médicalisés quel que soit le mode de soins préconisé et conduisant pour certains à des sédations qui pourraient être évitées ;
- une absence de liaison informatique entre le CHHB et le bureau de permanence des infirmiers du SAU. Ceux-ci n'ont de fait accès à aucun élément du dossier patient si celui-ci est connu et ne peuvent transmettre aucune de leurs observations. Des « fiches de situations », documents papier, sont transmises au secrétariat du BAO ;

Dans sa réponse, le directeur précise : « Un déploiement informatique via l'acquisition de tablettes dans les prochaines semaines devrait permettre de régler cette problématique ».

- l'absence de statistiques dûment établies sur cette activité ; les données communiquées sont très générales et n'ont pu être vérifiées :
  - o nombre de SPDT ; un à trois par semaine ;
  - o nombre de patients adressés aux infirmiers ; deux à quatre situations par jour, essentiellement des tentatives de suicide ou comportements liés à des situations de détresse sociale ;
- des réunions des instances de suivi et d'évaluation peu fréquentes, ne respectant pas les périodicités précisées dans la convention. Aucun compte rendu n'a été communiqué aux contrôleurs.

**Recommandation**

Les modalités d'admission et de prise en charge des patients relevant de soins psychiatriques au sein du SAU et de transferts au CHHB doivent être appliquées et, si nécessaire, actualisées notamment :

- en prévoyant le recours en tant que de besoin d'un psychiatre aux urgences ;
- en réévaluant les modalités de transfert entre les deux établissements ;
- en mettant en place une liaison informatique entre le CHHB et le bureau de permanence au SAU ;
- en réunissant les instances de coordination et de suivi.

## 8.2 LE RECOURS AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST TROP FREQUENT ET LES MOYENS D'ISOLEMENT SONT UTILISES DE FAÇON INADEQUATE

### 8.2.1 Secteurs isolables

Le pôle psychiatrique dispose de deux secteurs isolables communs pour chacun d'eux à deux unités.

Le premier, commun aux deux unités de réhabilitation (1er étage) comporte dix lits – cinq par unités – incluant quatre « chambres d'isolement thérapeutique et septique » et six « chambres d'apaisement ».

Le second, propre à l'USE, comporte onze lits incluant trois chambres d'isolement thérapeutique et septique et huit chambres d'apaisement. Dans ce secteur, une quatrième chambre d'isolement thérapeutique est dédiée à l'USAP.

Les chambres d'isolement sont architecturalement identiques incluant un sas et des fermetures renforcées. Les chambres d'isolement thérapeutique ont pour seul mobilier des lits scellés au sol, et un accès visuel à partir du poste infirmier. Les chambres d'isolement septique ont des lits médicalisés pour seul mobilier ; elles ont été conçues pour bénéficier d'un circuit de recyclage de l'air ambiant si nécessaire.

Ces deux secteurs isolables sont ouverts à certaines périodes de la journée. Les patients placés en chambre d'isolement thérapeutique sur décision médicale le sont soit sous un « régime strict » et ne peuvent dans ce cas sortir, soit sous un « régime aménagé » incluant des sorties autorisées à certaines heures.

### 8.2.2 Chambres d'isolement thérapeutique

Ces chambres individualisées sont au nombre de quatre ; en cas de besoin, les chambres d'isolement septique, sous-utilisées, sont réquisitionnées à cet effet.

#### a) Analyse des pratiques

##### i) Le recours à l'isolement sur les trois dernières années

	> 5 jours		> 10 jours		> 15 jours		> 20 jours		TOTAL
2014	101	61,2 %	43	26,1 %	13	7.9 %	8	4.8 %	165
2015	81	51,9 %	41	26.3 %	22	14.1 %	12	7.7 %	156
2016	89	52,1 %	52	30.4 %	20	11.7 %	10	5.8 %	171

Cette analyse conduite par le département d'information médicale (DIM) indique des difficultés en l'état de dégager des repères significatifs mais les durées observées sont longues. Ainsi, en 2016, 48 % des patients ont été isolés plus de dix jours. Il serait utile que les données de 2017 comptabilisent les périodes supérieures à 12, 24 et 48 heures.

Une analyse plus fine sur l'année 2016 détaillant le mode légal d'admission des patients pour une durée supérieure à un jour montre que **33 % d'entre eux étaient en soins libres**. L'analyse des années 2014 et 2015 conclut au même constat.

Une « recommandation de bonne pratique » (RBP) de la haute autorité de santé (HAS) précise que les isolements de plus de 48 heures et les contentions de plus de 24 heures doivent rester exceptionnels. **Elle précise également que seuls les patients faisant l'objet de soins sans consentement peuvent être isolés.**

Les praticiens peuvent décider de deux types d'isolement : les « isolements stricts », où les patients ne peuvent pas sortir, et les « isolements aménagés », où les patients peuvent sortir à certaines heures. Cette distinction ne fait l'objet d'aucun protocole formalisant ces pratiques. Par ailleurs, l'isolement « aménagé » est en contradiction avec la définition figurant dans la RBP de la HAS.

#### ii) Le recours à la contention

L'analyse des données – très générales – communiquées par le DIM montre des chiffres stables durant les trois dernières années. Partant de l'hypothèse que ces mesures concernent les patients en soins sans consentement, ce qui serait à vérifier, entre 7 et 9 % de ceux-ci seraient concernés.

Concernant la durée de ces mesures, une lecture de quelques registres papiers tenus dans les unités de soins et renseignés par les médecins psychiatres a permis de constater **des durées pouvant parfois aller au-delà de huit jours**. La durée acceptable dans la RBP de la HAS est de 24 heures.

#### **Recommandation**

*Outre qu'elles ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS en mars 2017, les pratiques concernant l'isolement et la contention ne respectent pas la dignité et les droits des patients, en termes tant de durée que de statut des patients. Une analyse des pratiques actuelles et l'élaboration d'une politique commune sont une priorité.*

#### b) Tenue d'un registre

Trois types de recueil de données sont en place, dont deux sont informatisés :

- le logiciel Cimaise permet de collecter les données notamment sur le mode légal de séjour, les diagnostics médicaux, l'isolement et la contention. Ces données sont renseignées par les secrétariats médicaux et les infirmières de nuit. Ce recueil correspond aux données à collecter définies au niveau national ;
- un second recueil de données dans le dossier informatisé du patient est en cours d'expérimentation dans une unité de soins : le logiciel Infusion. Les données à collecter ont été arrêtées en interne ; elles sont renseignées par les médecins et les infirmiers.

Ces données sont très complètes. Elles vont au-delà des données à collecter dans le registre devant obligatoirement être mis en place. Tout en reconnaissant le bien-fondé et la valeur

ajoutée de ce suivi pour les patients, le personnel soignant a indiqué aux contrôleurs le caractère astreignant et chronophage de ces recueils, ceux-ci devant être renseignés notamment pour les fiches de surveillance toutes les heures. Ils demandent à être dotés de tablettes numériques qui permettraient de rentrer ces données au lit du patient.

Ces deux logiciels ne communiquent pas entre eux ;

- un troisième recueil, au format papier, a été mis en place dans chaque unité au début de l'année 2016. Renseigné par les médecins psychiatres et somaticiens, il est considéré comme le registre officiel. Il est de lecture très difficile et n'est pas exploité.

### **Recommandation**

*Une simplification des recueils de données concernant l'isolement thérapeutique doit être recherchée, l'idéal étant de tendre vers un seul recueil informatisé répondant aux différentes demandes.*

### 8.2.3 Chambres d'isolement septique

Au nombre de quatre, celles-ci ont été créées pour la prise en charge de patients, quel que soit leur mode légal d'hospitalisation libre ou sans consentement, dont la pathologie infectieuse nécessite, le temps du traitement, un « isolement » des autres patients.

Les principales affections recensées concernent la gale, celles liées aux puces mais également les patients porteurs d'une bactérie multi résistante (BMR). De fait, si cet isolement peut se concevoir pour les BMR, il est plus contestable pour les deux autres pathologies, qui peuvent être prises en charge dans les chambres des patients.

Un isolement peut être néfaste à une personne, surtout dans les conditions prévues dans ces secteurs isolables apparentés à des isolements pour raisons psychiatriques. A noter que les patients n'ont accès à aucun système d'appel accessible depuis leurs lits.

Le nombre de cas recensés est très faible : de l'ordre de trois à quatre par an.

### **Recommandation**

*Il convient de revoir les conditions de prise en charge des affections contagieuses. Les chambres d'isolement septique doivent être équipées comme une chambre ordinaire et notamment disposer d'un système d'appel accessible aux patients directement de leur lit.*

### **8.3 LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS RESPECTE LA CONFIDENTIALITE ; LE SYSTEME D'EXPLOITATION NE PERMET PAS D'UTILISER DE FAÇON PARTAGEE LES DONNEES RECUEILLIES**

#### **8.3.1 Distribution des médicaments**

La distribution des médicaments est organisée deux fois par jour dans la salle de soins de chaque unité.

Chaque patient est reçu seul, les traitements étant pris devant l'infirmier, ce qui est l'occasion d'échanges avec le patient.

La traçabilité de l'administration est assurée dans le dossier informatisé du patient.

#### **8.3.2 Préparation, circuit du médicament**

Les médicaments sont préparés par piluliers pour une semaine à la pharmacie. Aucun contrôle n'est effectué par un préparateur en pharmacie faute d'effectifs suffisants, cette situation étant spécifique pour la psychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur apporte la précision suivante, qui est en contradiction avec ce que la pharmacienne a déclaré aux contrôleurs : « Les médicaments sont préparés quotidiennement pas les infirmiers des services. Une double vérification est réalisée lors de l'administration des traitements ».

#### **8.3.3 Analyse pharmaceutique**

La prescription est informatisée par le logiciel Infusion. Ce logiciel permet d'analyser les interactions médicamenteuses et de repérer les contre-indications éventuelles par des alertes programmées.

En cas d'alerte, le pharmacien contacte le prescripteur par téléphone, celui-ci restant libre de maintenir sa prescription. Faute d'outil informatisé, il n'y a pas de traçabilité formalisée sur ces échanges sinon une traçabilité écrite aléatoire et non contradictoire.

Les contrôleurs n'ont pu se faire communiquer, sur l'année passée ni les deux années antérieures, de bilans quantitatifs sur les principales molécules prescrites et leur évolution dans le temps.

Ils ont noté l'absence d'analyse pharmaceutique des médicaments prescrits au sein des unités de soins du pôle psychiatrie et l'absence d'un comité du médicament au sein de ce pôle. Il serait en effet nécessaire que les médecins psychiatres et somaticiens aient un retour d'information sur leur prescriptions, que des échanges annuels sur ces données et les analyses qui pourraient en découler soient organisées et de mettre en place des échanges par praticien.

L'équipe de pharmacie est consciente de ces retards mais le manque d'effectifs, le retard pris par l'informatisation pour conduire ces études, les conditions de travail et la vétusté des locaux de cette pharmacie sont autant d'éléments pouvant justifier ces retards.

### **Recommandation**

*Une analyse annuelle des prescriptions doit être mise en place et un échange organisé selon la même périodicité avec les praticiens du pôle de psychiatrie. La sécurisation du circuit du médicament de la préparation à la distribution doit être assurée.*

## **8.4 LE COMITE D'ETHIQUE TRAITE PEU LES THEMES LIES A LA PSYCHIATRIE**

Le comité d'éthique se réunit dans sa formation plénière une à deux fois par an. Il définit annuellement des thèmes de travail pour l'année en cours.

Une réflexion est conduite au sein du GHT sur l'organisation d'espace d'éthique dit « café éthique » autour d'un thème commun. En 2015, il avait été retenu le thème « isolement et contention ».

Un colloque est organisé les 4 et 5 mai 2017 sur le thème « Sexualité, autonomie et handicaps : freins et perspectives ». Ce même thème pourrait être débattu pour les patients en psychiatrie.

### **Recommandation**

*Il conviendrait qu'un comité éthique plénier se penche sur les sujets relevant de la psychiatrie. Ainsi le thème « isolement et contention », compte tenu de l'actualité récente pourrait de nouveau être traité.*

## **9. CONCLUSION GENERALE**

Plusieurs éléments confèrent à cette clinique récente, bien entretenue et lumineuse un caractère appréciable pour les patients hébergés : liberté de circulation, souplesse de gestion, qualité des soins somatiques et psychiatriques, attention du personnel soignant, mécanisme de préparation vers la sortie.

La cafétéria, agréablement installée dans le vaste hall d'accueil, vient contribuer au bien-être de tous.

Quelques marges de progrès subsistent toutefois, en particulier dans le domaine de l'information délivrée au patient en soins sans consentement, trop souvent orale en l'état actuel, dans la tenue du registre de la loi, dans la non-fermeture à clé des chambres, dans l'absence d'un intervenant sportif et dans l'absence d'audience locale avec le juge des libertés et de la détention.

Ceci ne saurait cependant entacher la valeur d'une structure où la bientraitance domine.

## ANNEXE - GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

AHNAC	: association hospitalière Nord Artois cliniques
ARS	: agence régionale de santé
ASH	: agent des services hospitaliers
BAO	: bureau d'accueil et d'orientation
BMR	: bactérie multi-résistante
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CHHB	: centre hospitalier de Hénin-Beaumont
CME	: commission médicale d'établissement
CMP	: centre médico-psychologique
CREMS	: commission réseau pour les établissements médico-sociaux
DIM	: département d'information médicale
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	: équivalent temps plein
GHT	: groupement hospitalier de territoire
HAS	: haute autorité de santé
JLD	: juge des libertés et de la détention
MAS	: maison d'accueil spécialisée
ONVMS	: observatoire national des violences en milieu de santé
RBP	: recommandation de bonne pratique
RETEX	: retour d'expérience
SARH	: service des admissions et des recettes hospitalières
SAU	: service d'accueil des urgences
S(P)PI	: soins (psychiatriques) pour péril imminent
S(P)DRE	: soins (psychiatriques) sur décision du représentant de l'Etat
S(P)DT(U)	: soins (psychiatriques) à la demande d'un tiers (en urgence)
T2A	: tarification à l'acte
TGI	: tribunal de grande instance
USAT	: unité de soins d'activités thérapeutiques
USAP	: unité de soins et d'accompagnement au projet de vie
USE	: unité de soins et d'évaluation
USRC	: unité de soins et de réhabilitation du secteur Carvin
USRH	: unité de soins et de réhabilitation du secteur Hénin