



Rapport de visite :

9 au 13 avril 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier régional
universitaire de Lille

(Nord)

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille (Nord) du 9 au 13 avril 2018. Cette visite avait été annoncée la semaine précédente.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport provisoire qui a été soumis le 26 juillet 2018 au directeur général du CHRU, à la directrice générale de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France et au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Lille. Les autorités judiciaires ont informé le CGLPL que le rapport n'appelait pas d'observation de leur part ; les autorités administratives ont fait connaître leurs observations, qui sont prises en compte dans le présent rapport.

Le département du Nord comporte trois établissements publics de santé mentale, huit centres hospitaliers disposant d'un service de psychiatrie, quatre établissements de santé privés d'intérêt collectif, six cliniques et le CHRU de Lille, qui fait partie des quatre plus grands centres hospitaliers de France. En raison de la grande diversité de ses services de soins somatiques, le CHRU reçoit des patients provenant de toute la région des Hauts-de-France et présentant des pathologies parfois lourdes et complexes. La psychiatrie est fortement imbriquée au sein des différents services du CHRU, par des simples consultations, des admissions, des hospitalisations de jour, de semaine ou à temps plein ; **cette diversité d'actions permet d'orienter chaque patient vers le service le plus adapté et, ainsi, d'éviter les phénomènes de sur occupation dans les unités d'hospitalisation à temps plein** – un centre d'accueil et de crise, une unité d'hospitalisation ouverte, une unité fermée, une unité de pédopsychiatrie et une unité de gérontopsychiatrie. Les patients en soins sans consentement sont tous pris en charge dans l'unité fermée

Les principaux constats d'atteinte au respect de la dignité ou des droits fondamentaux des patients en soins sans consentement sont les suivants.

Le personnel soignant a une connaissance insuffisante des spécificités liées aux soins sans consentement – droits, recours possibles – il n'est donc pas toujours en mesure de répondre aux questionnements des patients ; le livret d'accueil manque de précision dans ces domaines ; de la même façon les règles de vie et le fonctionnement de l'unité ne sont pas suffisamment détaillés et sont formulés sans souci de convivialité.

Certaines restrictions de liberté font l'objet de règles systématiques : l'accès à un espace extérieur, comme les déplacements vers toute activité hors de l'unité sont tributaires de l'accompagnement donc de la disponibilité d'un soignant ; l'utilisation du téléphone portable et l'accès à internet sont interdits. De telles restrictions devraient être des exceptions dûment justifiées par une contre-indication médicale.

L'absence de salle d'eau incluant des WC, l'absence de verrou intérieur comme celle de système d'appel ou de placards fermant à clé dans les chambres portent atteinte à l'intimité, voire à la sécurité, des patients. Les traitements sont distribués à l'heure du repas dans la salle de soins, qui est ouverte sur la salle à manger.

Les procédures et pratiques de contention mécanique ne sont pas conformes aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS).

La plupart de ces constats ont été entendus par la direction du CHRU, qui, dans ses réponses au rapport provisoire a signifié son intention d'y remédier.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 13

Au moment de la notification de l'admission en soins sans consentement, il est remis au patient une notice listant ses droits tels que prévus par la loi.

BONNE PRATIQUE 2 30

Les familles peuvent connaître les conditions de vie de leur proche lors de l'hospitalisation en pénétrant dans l'unité, jusque dans la chambre éventuellement.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 14

L'attention des soignants doit être attirée sur l'importance, lors des notifications, des explications à fournir quant aux droits des patients.

RECOMMANDATION 2 19

La CDSP doit transmettre au plus vite aux destinataires prévus par la loi ses rapports d'activité des années 2016 et 2017 et s'organiser pour exercer sans défaillance sa mission de contrôle dans les unités de psychiatrie du CHRU.

RECOMMANDATION 3 20

Les autorités énoncées à l'article L 3222-4 du code de la santé publique doivent prendre les dispositions nécessaires pour effectuer annuellement une visite de contrôle des unités de psychiatrie du CHRU.

RECOMMANDATION 4 29

Il convient de prévoir, au sein de l'unité de soins sans consentement, la possibilité pour les patients de bénéficier de leur équipement informatique personnel, ou, à défaut, de prévoir un équipement informatique dédié aux patients avec accès à internet.

RECOMMANDATION 5 32

Les chambres doivent être mises aux normes actuelles, incluant peinture, dotation en mobilier dont un placard fermant à clé, création d'une salle d'eau et de wc, verrou intérieur, système d'appel aux soignants.

RECOMMANDATION 6 42

La mise sous contention d'un patient doit être réalisée exclusivement par du personnel soignant. En aucun cas des agents de sécurité ne doivent participer autrement que par leur simple présence dissuasive.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 12

Des formations devraient être proposées aux soignants des unités de psychiatrie sur les droits et voies de recours associés aux soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 2 15

En complément des explications qui lui sont données au moment de la notification de son placement en soins sans consentement, il doit être remis à chaque patient un document à jour détaillant de façon compréhensible et conviviale les règles de vie et le fonctionnement de l'unité.

RECO PRISE EN COMPTE 3 15

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction, 9 %, devrait inciter à revoir l'information des patients sur cette démarche.

RECO PRISE EN COMPTE 4 16

Les informations sur les démarches possibles en cas de plainte ou réclamations doivent être complétées et mises à jour.

RECO PRISE EN COMPTE 5 17

La procédure de désignation de la personne de confiance doit être connue des soignants et correctement appliquée ; notamment, le patient doit signer la demande et la personne désignée doit en être informée et invitée à valider son accord par une signature.

RECO PRISE EN COMPTE 6 17

Une information doit être affichée dans l'unité de soins sans consentement, précisant les modalités de contact d'un aumônier.

RECO PRISE EN COMPTE 7 27

L'autonomie dans l'accès au tabac doit continuer à être favorisée en dotant la cour d'un système d'allumage des cigarettes.

RECO PRISE EN COMPTE 8 28

Le lieu consacré au téléphone doit faire l'objet d'une amélioration vis-à-vis tant du confort (permanence du mobilier pour s'asseoir) et du visuel (décoration du mur), que de la confidentialité de la communication. L'interdiction d'utiliser son téléphone portable ne doit pas être une règle de l'unité mais doit être individuelle, temporaire et motivée par l'état clinique du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 9 40

Les patients contenus doivent être équipés d'un boîtier d'appel mobile permettant d'alerter les soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 10 41

Les procédures et les pratiques de contention mécanique doivent respecter la recommandation de bonne pratique de la HAS de février 2017 ainsi que celles du CGLPL en ce qui concerne le lieu de la contention, le support de la prescription, la confirmation de la décision par un médecin senior lorsque la décision a été prise par un interne, le registre.

RECO PRISE EN COMPTE 11 46

En pédopsychiatrie, la tenue du registre de contention et d'un registre d'apaisement doit permettre une entière traçabilité de ces deux mesures.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1 25

L'accès à la cour de l'unité fermée doit être libre.

PROPOSITION 2 26

Les patients doivent pouvoir se rendre librement à des activités dans l'hôpital.

PROPOSITION 3 34

Les patients doivent pouvoir disposer librement dans leur chambre d'un placard dont la porte ferme à clé.

PROPOSITION 4 36

Une offre d'activités physiques adaptées doit être développée au sein de l'unité fermée ou du centre socio-thérapeutique.

PROPOSITION 5 38

La mesure et la prise en charge de la douleur méritent une attention particulière avec une formation du personnel soignant, des internes et des protocoles adaptés.

PROPOSITION 6 39

Les traitements sont distribués à l'heure du repas dans la salle de soins, qui est ouverte sur la salle à manger. Il convient de rechercher une solution garantissant davantage la confidentialité.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	6
RAPPORT	8
1. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT	9
1.1 Le CHRU de Lille assume son ambition d'offrir aux patients psychiatriques un panel complet de types de soins	9
1.2 Les ressources humaines sont suffisantes mais les soignants ne sont pas suffisamment formés sur les droits	11
2. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS 12	
2.1 Les patients en soins sans consentement sont placés dans une unité spécifique ou suivent un programme de soins	12
2.2 L'information du patient prend la forme d'une notification rapide de ses droits mais n'est pas complétée par le livret d'accueil	13
2.3 Les informations sur les plaintes et réclamations ne sont pas à jour	16
2.4 Le rôle de la personne de confiance est méconnu des soignants, qui n'appliquent pas correctement la procédure de désignation	16
2.5 Le droit de vote est correctement exercé	17
2.6 L'accès aux cultes est insuffisamment porté à la connaissance des patients	17
2.7 La protection juridique est essentiellement assurée par deux associations en lien étroit avec les assistantes sociales	17
3. LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN OEUVRE DES DROITS DES PATIENTS 18	
3.1 Les patients hospitalisés sans leur consentement bénéficient de conditions d'admission bien organisées	18
3.2 Le contrôle institutionnel est insuffisamment mis en œuvre	19
3.3 Les registres de la loi sont tenus avec professionnalisme	20
3.4 La confidentialité sur l'hospitalisation est possible	21
3.5 Le juge des libertés et de la détention exerce pleinement sa mission de contrôle	21
3.6 Les sorties de courte durée et les programmes de soins sont largement utilisés	23
3.7 L'équipe peut s'appuyer sur deux espaces éthiques	24
4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	24
4.1 La liberté d'aller et venir est limitée aux locaux fermés de l'unité de soins sans consentement	24

4.2	Les contraintes dans la vie quotidienne sont réduites mais l'autonomie dans l'accès au tabac doit être développé.....	26
4.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont limitées	28
5.	LES CONDITIONS DE VIE.....	30
5.1	Les espaces de vie sont bien conçus mais les chambres sont d'un confort rudimentaire	30
5.2	L'hygiène est assurée avec des douches et wc communs.....	32
5.3	Les biens des patients sont inventoriés mais ne peuvent pas être conservés en sécurité dans les chambres	33
5.4	Les repas ne sont ni conviviaux, ni thérapeutiques	34
5.5	Les activités de loisirs et la télévision sont proposées mais les activités physiques sont inexistantes.....	35
5.6	La sexualité est abordée ouvertement avec les patients quand le cas se présente, de façon médicale et dans le souci de protéger les personnes vulnérables.....	36
6.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	36
6.1	Les hospitalisations psychiatriques sans consentement sont courtes.....	37
6.2	Les soins somatiques bénéficient de l'ensemble des services du CHRU.....	38
7.	LE SOUCI DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	39
7.1	La pratique de la contention est limitée en nombre et en durée	39
7.2	Les agents de sécurité participent parfois à la mise sous contention.....	41
7.1	Les signalements de mauvais traitements et les évènements indésirables graves sont rares	42
8.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	42
8.1	Les personnes détenues ne font l'objet d'aucun traitement spécifique	42
8.2	La gérontopsychiatrie assure une prise en charge très attentive au respect et au bien-être du patient.....	43
8.3	L'unité de pédopsychiatrie offre des prises en charges intensives sur des durées courtes	44
9.	CONCLUSION GENERALE.....	46
	ANNEXE - RECUEIL DES SIGLES UTILISES.....	48

Rapport

Contrôleurs :

- Cédric De Torcy, chef de mission ;
- Marie-Agnès Credo, contrôleuse ;
- Hubert Isnard, contrôleur ;
- Fabienne Viton, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille (Nord) du 9 au 13 avril 2018.

Cette visite avait été annoncée la semaine précédente.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 9 avril 2018 à 14h. Ils l'ont quitté le vendredi 13 avril à 13h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur délégué, en charge du pôle « Psychiatrie, médecine légale, médecine en milieu pénitentiaire ». Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont le directeur délégué, le médecin chef du pôle, le médecin adjoint du chef du service « Psychiatrie adulte », l'assistante de direction, des médecins et des soignants.

Des contacts ont été établis avec la préfecture du Nord et le tribunal de grande instance (TGI) de Lille.

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

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 13 avril en présence du directeur délégué, du médecin chef du pôle, du médecin chef du service de psychiatrie adulte et de la cadre supérieure.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport provisoire qui a été soumis le 26 juillet 2018 au directeur général du CHRU, à la directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France et au président et au procureur de la République près le TGI de Lille. Les autorités judiciaires ont informé le CGLPL que le rapport n'appelait pas d'observation de leur part ; les autorités administratives ont fait connaître leurs observations, qui sont prises en compte dans le présent rapport.

1. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

1.1 LE CHRU DE LILLE ASSUME SON AMBITION D'OFFRIR AUX PATIENTS PSYCHIATRIQUES UN PANEL COMPLET DE TYPES DE SOINS

Le département du Nord compte 2 595 536 habitants¹ ; il comporte trois établissements publics de santé mentale (EPSM) situés dans la partie Nord du département – Bailleul, Armentières et Saint-André, formant un groupement hospitalier territorial (GHT) –, huit centres hospitaliers disposant d'un service de psychiatrie situés dans la partie Sud et formant un GHT, quatre établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), six cliniques et le CHRU de Lille.

L'ensemble offre 1 983 lits d'hospitalisation psychiatrique temps plein, soit un taux de 76,4 lits pour 100 000 habitants, le taux national étant de 86,5 lits pour 100 000 habitants.

Avec ses 16 000 professionnels, le CHRU de Lille est un des quatre plus grands centres hospitaliers de France.

Le campus hospitalo-universitaire regroupe treize hôpitaux présentant des spécialités variées, telles que les maladies respiratoires, les pathologies cardiaques, vasculaires, infectieuses, la chirurgie, la néphrologie, les affections de la peau, des yeux, du sang, la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie, la néonatalogie, la neurologie, les soins dentaires, la psychiatrie.

Le CHRU assume une responsabilité régionale en termes notamment de soins psychiatriques. Intégré dans la sectorisation des soins psychiatriques, il est en charge d'un secteur représentant quelque 100 000 habitants, mais, en raison de la grande diversité de ses services de soins somatiques, des patients proviennent de toute la région des Hauts-de-France – Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme ; cette « activité de recours » concerne des patients présentant des pathologies parfois lourdes et complexes.

1 Chiffre INSEE (22 décembre 2016)

Il a été expliqué aux contrôleurs que le CHRU pratiquait une « psychiatrie médicale » faisant référence, au niveau régional voire national. Une « fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale » (F2RSM) des Hauts-de-France s'est créée en 2007, permettant une réflexion partagée entre l'ensemble des établissements psychiatriques de la région.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Pour éclairer ce terme ["psychiatrie médicale"], le CHU et le pôle de psychiatrie tiennent à souligner que ce pôle est bien intégré et totalement inscrit dans la dynamique hospitalo-universitaire du CHU et que, de ce fait, la pratique médicale du pôle tient compte des apports et de l'interpénétration des différentes disciplines somatiques qui caractérisent l'évolution des pratiques psychiatriques ».

Les soins psychiatriques sont assurés dans un grand nombre de services différents, comme le montre le tableau ci-dessous.

Pôle	Service	Unité d'hospitalisation temps complet	Autres unités	Observations
Psychiatrie, médecine légale, médecine en milieu pénitentiaire	Psychiatrie adulte	CAC		Centre d'accueil et de crise, 12 lits *
		Unité « De Clérambault »		Soins sous contrainte, 18 lits, unité fermée *
		Unité « Deniker »		Soins libres, 16 lits, unité ouverte *
		Unité « Dupré »		Hôpital de semaine soins libres, 8 lits *
		CMP ²		Hôpital de jour, CATTP, consultations **
		Consultations		Sur rendez-vous *
		Psychiatrie de liaison		Pour les patients hospitalisés dans les services somatiques du CHRU *
		Diogène		Prise en charge SDF *
		VigilanS		Soutien aux suicidants *
	2 hôpitaux de jour, centre ressources autismes, VigilanS, CATTP,			
	Pédopsychiatrie	ULU		Unité de liaison d'urgence ; accueil (0 lit) *
		Unité « Pierre Male »		4 à 15 ans ; 15 lits *
		Maison départementale des adolescents, Lille		
	Périnatalité	Hospitalisation de jour et continue ***		
	Médecine légale			
Médecine en milieu pénitentiaire				
Unité commune de recherche				
Gériatrie	Unité de gérontopsychiatrie		Unité fermée, 24 lits ***	
Urgences	Permanence d'un médecin psy et d'infirmiers du pôle psy			

* : localisé à Fontan 1 (CHRU)

** : localisé à Fontan 2 (CHRU)

*** : localisé à Haubourdin

2 CMP : centre médico-psychologique

Ce tableau révèle une forte imbrication de la psychiatrie au sein du CHRU, au niveau des simples consultations, des admissions, des hospitalisations de jour, de semaine ou à temps plein. Cette diversité d'actions permet d'orienter chaque patient vers le service le plus adapté et, ainsi, d'éviter les phénomènes de sur occupation dans les unités d'hospitalisation temps plein.

Ces unités d'hospitalisation temps plein sont regroupées dans les deux bâtiments de l'hôpital Fontan :

- le centre d'accueil et de crise (CAC), qui reçoit des patients pendant moins de quatre jours avant de les réorienter selon leur pathologie ; l'existence de cette unité permet d'opérer un « désamorçage » et d'éviter une « psychiatrisation » ; avec un taux d'occupation de l'ordre de 77 %, elle reçoit quelque 250 patients par mois ; la durée moyenne de séjour (DMS) était de 3,98 jours en 2016 et 4,10 jours en 2017 ;
- l'unité fermée « De Clérambault », en charge des patients en soins sans consentement, dont parfois des personnes détenues, lorsque l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) n'a plus de place ; son taux d'occupation était de 81,36 % en 2016 et 74,42 % en 2017 ; la DMS est passée de 45,45 jours en 2016 à 34,52 jours en 2017 grâce notamment au développement des soins ambulatoires sous contrainte ;
- l'unité ouverte « Deniker », qui ne reçoit que des patients en soins libres ; son taux d'occupation était de 78,95 % en 2016 et 90,57 % en 2017 ; la DMS était de 17,27 jours en 2016 et 21,34 jours en 2017 ;
- l'unité de pédopsychiatrie « Pierre Male », qui reçoit les enfants de 4 à 16 ans ; son taux d'occupation était de 71,91 % en 2016 et 60,79 % en 2017 ; la DMS était de 15,19 jours en 2016 et 16,13 jours en 2017 ;
- l'unité de gérontopsychiatrie ; la DMS était de 3 mois en 2017.

Le budget du pôle de psychiatrie pour 2017 était de 65 millions d'euros, sur un budget total du CHRU s'élevant à 1,3 milliard d'euros.

1.2 LES RESSOURCES HUMAINES SONT SUFFISANTES MAIS LES SOIGNANTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT FORMES SUR LES DROITS

Le pôle de psychiatrie dispose d'une équipe médicale composée de seize praticiens hospitalo-universitaires (8 ETP³), soixante praticiens hospitaliers (55,8 ETP), onze praticiens hospitaliers attachés (1,6 ETP), huit assistants (6,4 ETP) et cinquante-huit internes à temps plein. L'équipe médicale de l'unité fermée est composée de deux médecins psychiatres et deux internes, qui assurent une permanence tous les jours de la semaine, permettant à chaque patient de rencontrer un médecin au moins deux fois par semaine ; l'équipe soignante comporte onze infirmiers et sept aides-soignants.

Les équipes soignantes sont d'au moins trois personnes par demi-journée, quatre les jours d'audience du juge des libertés et de la détention (JLD), dont au moins un infirmier et, si possible au moins un homme.

Le service de nuit est assuré par des équipes affectées à cette fonction qui alternent avec des semaines de deux nuits et des semaines de quatre nuits et tournent entre les différentes unités de psychiatrie :

- dans le CAC : deux soignants dont au moins un infirmier ;
- dans l'unité fermée : trois soignants dont au moins un infirmier et dont au moins un homme ;

3 ETP : équivalent temps plein

- dans l'unité de soins libres : trois soignants dont au moins un infirmier ;
- dans l'unité de pédopsychiatrie : deux soignants – ou trois si l'unité reçoit plus de onze enfants – dont au moins un infirmier ;
- dans l'unité de gérontopsychiatrie : deux soignants dont au moins un infirmier.

En 2016, une enquête a été conduite dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle a révélé une baisse de la qualité de la tenue du dossier du patient, qui est passée de 81 % en 2010 à 68 % en 2016 ; les défauts concernaient en particulier :

- un « dépistage des troubles nutritionnels » toujours inférieur à 13 % ;
- la « mention de la protection juridique et des personnes désignées (de confiance / à prévenir) », qui est passée de 73 % en 2010 à 23 % en 2016 ;
- le « courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval », qui est passé de 71 % en 2010 à 49 % en 2016, avec notamment un délai excessif d'envoi du courrier.

De nombreuses formations sont proposées, portant notamment sur la prévention et la gestion de l'agressivité et de la violence des patients psychiatriques. En 2016, trois infirmiers ont suivi une formation sur l'isolement et la contention. Il n'est pas prévu de formation sur les droits et les voies de recours associés aux soins sans consentement. Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles a été lancée en 2013 sur le thème « *Face à la violence, comment mettre en place la bientraitance ?* » ; le plan d'actions en découlant doit être finalisé avant l'été 2018.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Des formations devraient être proposées aux soignants des unités de psychiatrie sur les droits et voies de recours associés aux soins sans consentement.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« En lien avec la direction des affaires juridiques, une formation spécifique à destination des personnels médicaux et soignants va être élaborée et proposée.

Echéance : décembre 2018 – mars 2019 ».

2. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

2.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT PLACÉS DANS UNE UNITÉ SPÉCIFIQUE OU SUIVENT UN PROGRAMME DE SOINS

En 2017, quatre-vingt-deux patients ont été hospitalisés sur décision du directeur de l'établissement – dont quatre sur demande d'un tiers (SPDT), cinquante-cinq en urgence (SPDTU) et vingt-trois pour péril imminent (SPPI) – avec une DMS de 27 jours, et seize patients ont été hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) – dont deux personnes détenues et cinq personnes sur demande du maire – avec une DMS de 40 jours.

Il arrive que des mineurs de 15 à 18 ans soient hospitalisés hors de l'unité de pédopsychiatrie, celle-ci recevant en priorité des enfants plus jeunes (Cf. *infra* chap.9.3). Ainsi, au cours de l'année 2017,

soixante et un mineurs ont été soignés au CAC, douze dans l'unité de soins sans consentement et douze dans l'unité de soins libres.

Du fait de la présence du CHRU, les pathologies somatiques des patients psychiatriques sont souvent lourdes, nécessitant une assistance accrue des soignants.

Au moment de la visite du CGLPL, aucun des seize patients en soins sans consentement n'était en SPDT et près d'un tiers étaient en programme de soins : onze étaient hospitalisés dans l'unité fermée « De Clérambault » – deux en SPDRE, huit en SPDTU et un en SPPI – et cinq étaient en programme de soins – trois en SPDRE et deux en SPDTU.

Un patient de l'unité fermée « De Clérambault » était en soins libres depuis trois mois ; hospitalisé régulièrement en soins sans consentement dans cette unité depuis 25 ans, il avait préféré y rester.

2.2 L'INFORMATION DU PATIENT PREND LA FORME D'UNE NOTIFICATION RAPIDE DE SES DROITS MAIS N'EST PAS COMPLETEE PAR LE LIVRET D'ACCUEIL

2.2.1 Les informations sur les droits prévus par la loi

Le secrétariat de direction, bureau centralisateur des formalités d'admission des patients hospitalisés sans leur consentement, localisé à Fontan 1, est destinataire des certificats médicaux obligatoires pour procéder à l'hospitalisation sans consentement ; après vérification de la conformité des certificats, la décision d'admission est prononcée par le directeur ou son délégataire, et le patient est alors affecté à l'unité fermée « De Clérambault », où sont envoyées les pièces nécessitant notification auprès du patient.

Cette transmission est faite, dans l'immédiateté, après la signature de la décision d'admission par le directeur ou la réception de l'arrêté préfectoral pour les patients en SPDRE.

Chacune de ces décisions, à laquelle est joint le certificat médical d'admission, porte indication des voies de recours.

Quelle que soit la nature juridique de l'hospitalisation sans consentement, il est remis au patient une notice détaillant les dispositions de l'article 3211-3 du CSP⁴ et déclinant l'ensemble des droits reconnus à tout patient sous contrainte. Ce document est laissé à l'intéressé après signature de l'attestation de réception qui est ensuite versée au dossier administratif.

BONNE PRATIQUE 1

Au moment de la notification de l'admission en soins sans consentement, il est remis au patient une notice listant ses droits tels que prévus par la loi.

Les contrôleurs ont obtenu des renseignements très variables quant aux modalités de notification ; il en ressort essentiellement qu'une telle notification est faite par l'infirmier de service, rarement par le cadre de santé et exceptionnellement par le médecin. Il est très vite apparu que le souci principal était d'obtenir la preuve de cette notification pour la retourner dans les meilleurs délais au secrétariat des admissions plutôt que de donner des explications orales, à visée pédagogique, sur le sens de l'hospitalisation et les droits dont la mise en œuvre peut être demandée par le patient. Les contrôleurs ont constaté que l'état du patient n'était pas toujours pris en compte, la personne chargée de la notification préférant parfois y procéder au plus vite en spécifiant l'impossibilité du

4 CSP : code de la santé publique

malade à signer plutôt que d'attendre, comme la loi le prévoit, le moment où le patient sera en capacité d'apposer sa signature après avoir compris la situation.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Lorsque l'équipe soignante constate formellement l'impossibilité du patient à signer la notification, elle procède à son admission, puis elle attend que ce dernier soit en capacité de comprendre la situation dans laquelle il se trouve pour lui notifier ses droits. En cas de besoin cette explication peut être redonnée à différents temps de la prise en charge ».

Ainsi, les contrôleurs ont constaté que les pratiques, certes respectueuses du formalisme légal, faisaient montre de peu de conviction pour expliquer aux patients l'utilité des voies de recours et l'intérêt des droits qui leur sont reconnus, droits dont certains sont ignorés des soignants.

Les soignants ont indiqué aux contrôleurs qu'à l'avenir ils procéderaient de façon plus pédagogique aux notifications.

Recommandation 1

L'attention des soignants doit être attirée sur l'importance, lors des notifications, des explications à fournir quant aux droits des patients.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Les soignants ont bien conscience de l'importance des explications à fournir et s'assurent en conséquence que l'état du patient soit bien compatible avec la compréhension de sa situation. Quand l'état du patient ne lui permet pas d'y accéder, cela est spécifié sur la notification. Pour autant cela ne signifie pas, bien au contraire, qu'une explication n'est pas donnée dès que l'état de santé du patient le lui permet ».

2.2.2 Le livret d'accueil et les règles de vie

A son admission, le patient reçoit un exemplaire du livret d'accueil du CHRU. Ce document de quarante pages donne de nombreuses informations à l'intention des personnes prises en charge dans un des pôles de l'établissement : les formalités d'accueil, le séjour, les divertissements, la sortie, les règles principales, les droits, l'organisation générale ; il ne donne aucune information spécifique aux soins psychiatriques sans consentement.

Au sein de l'unité de soins sans consentement, le « fonctionnement de l'unité » est affiché dans la salle principale ; il s'agit d'une série de règles énumérées sur deux pages sans aucune recherche de convivialité et d'accueil, comme le montre l'extrait ci-dessous⁵ :

« Organisation de la journée

Lever : 8h

Distribution des traitements et petit déjeuner à partir de 8h

Ouverture des salles de bains : 8h30

Distribution des traitements et déjeuner : 12h

⁵ La mise en forme du texte est conservée, notamment les textes en couleur ou en gras

Une tasse de café est servie après le repas
Distribution des traitements : 18h30
Dîner :18h45
Distribution des traitements, soupe et tilleul : à partir de 21h15

Les traitements prescrits sont fournis par l'établissement. Il est formellement interdit de se procurer d'autres médicaments, quels que soient les moyens.

Les repas sont servis en salle à manger sauf sur indication médicale.

Une tenue décente est exigée dans l'unité.

L'accès aux chambres des autres patients est interdit.

Pour des raisons d'organisation et de sécurité les chambres et les wc sont fermés de 12h à 13h et de 18h30 à 19h30 »

A titre de comparaison, les contrôleurs ont pu consulter le livret d'accueil proposé au service d'hospitalisation mère - enfant (HME) de psychiatrie périnatale. Il s'agit d'un document de huit pages agrémenté de photos, de dessins, de textes encadrés, en couleur, donnant notamment quelques explications sur le projet de soins.

Dans la salle principale de l'unité fermée De Clérambault, un tableau d'affichage protégé par un plexiglas donne quelques indications, parfois obsolètes, sur les droits des patients. Certaines notes sont en partie cachées par d'autres.

RECO PRISE EN COMPTE 2

En complément des explications qui lui sont données au moment de la notification de son placement en soins sans consentement, il doit être remis à chaque patient un document à jour détaillant de façon compréhensible et conviviale les règles de vie et le fonctionnement de l'unité.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Comme nous en étions convenus lors de votre visite, des livrets d'accueil détaillant les fonctionnements des unités vont être créés pour chaque service du pôle de psychiatrie avec une attention particulière sur leur aspect et une lisibilité accessible à tous.

Echéance : mars 2019 ».

2.2.3 Le questionnaire de sortie

En 2016, le taux de retour des questionnaires de satisfaction a été de 9 % pour l'ensemble du pôle de psychiatrie.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction, 9 %, devrait inciter à revoir l'information des patients sur cette démarche.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Les patients seront sensibilisés avant chacune de leur sortie d'hospitalisation sur l'importance du questionnaire de satisfaction. D'ores et déjà, depuis le début de l'année 2018, le nombre de questionnaires remplis et retournés a doublé par rapport à l'année dernière ».

2.3 LES INFORMATIONS SUR LES PLAINTES ET RECLAMATIONS NE SONT PAS A JOUR

Une note de deux pages, affichée dans la salle principale de l'unité fermée De Clérambault, indique les coordonnées des différentes autorités qui peuvent être saisies : le JLD, la CDHP⁶ (Sic), la CRUQ⁷ (Sic), le président du TGI, le directeur général de l'ARS⁸, le procureur de la République, le préfet, le juge du tribunal d'instance et le maire de Lille.

Ce document n'est pas à jour et n'évoque pas l'existence d'un médiateur ni la possibilité d'écrire à une autorité de l'hôpital : le directeur général, le directeur délégué du pôle, le médecin chef du pôle.

Les coordonnées du CGLPL ne sont pas mentionnées.

Il a été déclaré que, depuis plusieurs années, aucune plainte ou réclamation n'avait été formulée par des patients en unité de psychiatrie, ce que confirme l'examen des comptes rendus de la CDU.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les informations sur les démarches possibles en cas de plainte ou réclamations doivent être complétées et mises à jour.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Comme cela avait été entendu, cette recommandation est en cours de réalisation. Les coordonnées du CGLPL y sont désormais mentionnées.

Echéance : octobre 2018. »

2.4 LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST MECONNU DES SOIGNANTS, QUI N'APPLIQUENT PAS CORRECTEMENT LA PROCEDURE DE DESIGNATION

En échangeant sur le sujet avec les soignants, il est apparu que ceux-ci ne connaissaient pas précisément le rôle de la personne de confiance. Selon eux, au moment de la visite du CGLPL, six des douze patients de l'unité de soins sans consentement avaient désigné une personne de confiance mais cela n'était pas toujours mentionné dans leurs dossiers, aucun n'avait signé et aucune des personnes désignées n'en avait été informée.

6 CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques (ancienne appellation de la commission départementale des soins psychiatriques, CDSP)

7 CRUQPC : Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (ancienne appellation de la commission des usagers, CDU)

8 ARS : agence régionale de santé

RECO PRISE EN COMPTE 5

La procédure de désignation de la personne de confiance doit être connue des soignants et correctement appliquée ; notamment, le patient doit signer la demande et la personne désignée doit en être informée et invitée à valider son accord par une signature.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Un rappel général sur cette procédure va être organisé auprès des soignants afin de garantir une bonne application, en lien avec la délégation qualité et la direction des affaires juridiques.

Echéance : décembre 2018 – mars 2019 ».

2.5 LE DROIT DE VOTE EST CORRECTEMENT EXERCÉ

En prévision d'un vote, une affiche type est réalisée par le CHRU et diffusée dans tous les services. Un officier de police judiciaire se rend dans les unités pour recevoir les demandes de procuration des personnes qui ne peuvent pas sortir.

Lors des dernières élections présidentielles et législatives, deux ou trois patients ont ainsi pu voter par procuration et quelques permissions de sortie ont été accordées pour aller voter.

2.6 L'ACCES AUX CULTES EST INSUFFISAMMENT PORTE A LA CONNAISSANCE DES PATIENTS

Le livret d'accueil du CHRU indique les numéros de téléphone des aumôniers catholique, protestant, musulman et israélite. C'est la seule information qui est donnée sur le sujet.

Il a été déclaré aux contrôleurs que les aumôniers ne se déplaçaient jamais en dehors des demandes formulées par des patients, demandes quasi inexistantes dans l'unité de soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Une information doit être affichée dans l'unité de soins sans consentement, précisant les modalités de contact d'un aumônier.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« En cours.

Echéance : octobre 2018 ».

2.7 LA PROTECTION JURIDIQUE EST ESSENTIELLEMENT ASSURÉE PAR DEUX ASSOCIATIONS EN LIEN ÉTROIT AVEC LES ASSISTANTES SOCIALES

Trois assistantes sociales sont en charge des unités adultes et du CAC. Elles travaillent en étroite collaboration avec les équipes médicales et soignantes, participant aux réunions cliniques, de synthèse et de transmission.

Un seul patient est suivi par le service de protection des majeurs de l'EHPAD⁹ du CHRU ; les autres tutelles sont assurées par des associations spécialisées : ARIANE et AGSS. Les assistantes sociales entretiennent des contacts fréquents avec les tuteurs ; elles doivent régulièrement leur rappeler leurs responsabilités, notamment pour la gestion financière de leurs patients. L'assistante sociale de l'unité de soins sans consentement organise systématiquement une réunion dans les semaines qui suivent l'admission d'un patient et à l'approche de sa sortie, avec le patient, le médecin qui le suit, un soignant de l'unité et le tuteur.

3. LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN OEUVRE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT BENEFICIENT DE CONDITIONS D'ADMISSION BIEN ORGANISEES

Avant de rejoindre l'unité De Clérambault, les patients sont, pour la plupart, admis au service des urgences du CHRU ; toutefois, certains, notamment les patients chroniques, sont parfois accompagnés par un tiers directement à l'accueil de l'hôpital Fontan.

Le service des urgences du CHRU dispose d'un médecin psychiatre référent à plein temps, qui est remplacé en cas d'indisponibilité par un psychiatre de Fontan ; ainsi, la consultation au service d'urgences est continuellement assurée par un médecin psychiatre assisté d'un interne et d'un infirmier. Dès leur arrivée dans la zone d'accueil et d'orientation (ZAO), les patients en voie d'admission en soins sans consentement sont dirigés vers le secteur psychiatrique, où un box réservé et sécurisé permet au médecin urgentiste de pratiquer un examen somatique dans de bonnes conditions avant que l'état psychique soit évalué par le psychiatre assisté de l'infirmier dédié. C'est seulement à ce moment qu'est prise la décision de procéder à une hospitalisation sans consentement.

Si son état le permet, le patient est averti oralement par le médecin ou l'infirmier de la spécificité de son statut et des droits qui en découlent. Le secrétariat de direction de l'hôpital Fontan, en charge des formalités d'admission, est avisé téléphoniquement du proche transfert, qui s'effectue, dans l'immédiateté au sein du CHRU, en ambulance interne. Il a été dit aux contrôleurs que les patients n'étaient jamais contentionnés durant ce court trajet dans la mesure où ils venaient de recevoir des soins adaptés à leur état.

Les personnes dont l'hospitalisation est consécutive à un arrêté du maire ou du préfet transitent rarement par les urgences, sauf si leur état somatique nécessite prioritairement un examen par le médecin urgentiste, mais sont cherchées sur les lieux de la constatation de leur état psychique pathologique explicité dans un certificat médical – très souvent rédigé par un médecin de SOS médecin –, par deux ou trois infirmiers de Fontan.

L'accueil à l'hôpital Fontan 1 des patients dont l'hospitalisation est demandée par un tiers en possession d'un certificat médical de moins de quinze jours n'est pas rare. Le patient est alors rapidement examiné par un des médecins du CAC qui, si nécessaire, rédige le deuxième certificat utile à la prise de décision du directeur de l'hôpital. Dans cette hypothèse le patient est très vite conduit à l'unité de soins sans consentement, où ses droits lui sont notifiés par l'infirmier de service.

9 EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

3.2 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL EST INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE

3.2.1 La commission départementale de soins psychiatriques

Le 12 juin 2017, la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), commune au Nord et au Pas-de-Calais, transmettait au CGLPL, comme l'exige la loi, le rapport d'activité pour l'année 2015, faisant état d'une visite de deux de ses membres à Fontan le 27 mars 2015. Au jour du contrôle et malgré leur demande, les contrôleurs n'ont pas été destinataires de documents plus récents.

Des renseignements recueillis autant que de l'examen du registre de la loi, il ressort que le dernier déplacement de la CDSP au pôle psychiatrique du CHRU remonte au 30 janvier 2017.

L'absence de compte-rendu empêche de connaître l'avis de la CDSP sur les conditions de prise en charge et de suivi des patients en soins sans consentement à Fontan, même s'il a été dit qu'aucune plainte ou récrimination ne lui avait été transmise depuis plusieurs années.

Les contrôleurs ont vérifié qu'aucune levée d'hospitalisation complète sans consentement n'avait été proposée par la CDSP au cours des cinq dernières années.

Recommandation 2

La CDSP doit transmettre au plus vite aux destinataires prévus par la loi ses rapports d'activité des années 2016 et 2017 et s'organiser pour exercer sans défaillance sa mission de contrôle dans les unités de psychiatrie du CHRU.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« Les rapports d'activités de la CDSP du Nord 2016 et 2017 seront adressés au CGLPL dans les plus brefs délais. Pour mémoire, 21 suites ont été visés par les membres de la CDSP du Nord en 2017, dont, concernant le CHRU, l'hôpital Fontan (30/01/2017) et l'UHSA (16/05/2017) ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« La CDSP a été sollicitée ».

3.2.2 Le conseil local de santé mentale

Au moment de la visite du CGLPL, le conseil local de santé mentale (CLSM) n'était pas en place.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Le conseil était en préparation depuis décembre 2017 ; il a été installé en septembre 2018 ».

3.2.3 La visite des autorités

Conformément aux dispositions de l'article L 3222-4 du code de la santé publique, le procureur de la République délègue un magistrat du parquet pour faire une visite annuelle, qui consiste essentiellement à contrôler les registres de la loi, sur lesquels les contrôleurs ont trouvé deux visas du substitut : l'un à la date du 30 novembre 2016, l'autre à celle du 8 décembre 2017. Aucune observation n'accompagne la signature du magistrat.

Il n'apparaît pas que le préfet, le président du TGI et le maire de Lille procèdent quant à eux au contrôle annuel tel que mentionné à l'article sus visé.

RECOMMANDATION 3

Les autorités énoncées à l'article L 3222-4 du code de la santé publique doivent prendre les dispositions nécessaires pour effectuer annuellement une visite de contrôle des unités de psychiatrie du CHRU.

3.2.4 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) a été mise en place le 30 novembre 2016 dans la composition suivante :

- le président, représentant des usagers, président du collectif inter associatif sur la santé Nord-Pas-de-Calais ;
- un représentant de l'établissement ;
- un médiateur médical et son suppléant ;
- un médiateur non médical ;
- deux représentants des usagers, dont le président, et leur suppléant.

D'autres personnes, médecins, infirmiers ou membres du personnel administratif du CHRU, assistent régulièrement aux séances plénières – cinq en 2016 – ou aux réunions en formation restreinte pour l'examen des dossiers de médiation – huit en 2016.

Le siège de cette commission se trouve à la maison des usagers, lieu de concertation et d'écoute pour les usagers, qui peuvent y trouver toutes les informations relatives à leur prise en charge.

Les contrôleurs se sont rendus à la maison des usagers pour y rencontrer le président de la commission ; celui-ci, après leur avoir remis le rapport d'activité 2016, leur a indiqué être dans l'ignorance du fonctionnement de l'hôpital Fontan, la commission n'ayant été saisie d'aucune plainte ou réclamation des usagers de ce service.

L'existence de cette commission est pourtant portée à la connaissance des patients et de leurs familles par l'affichage, dans le hall d'accueil à Fontan 1, d'une affiche qui en précise la mission et qui indique ses coordonnées et celles des représentants des usagers, avec leurs numéros de téléphone.

Le président a dit vouloir programmer, dans un proche délai, une visite dans les unités de Fontan.

La lecture du rapport d'activité confirme, certes, qu'aucune plainte n'émane du pôle de psychiatrie mais fait apparaître que les demandes de communication du dossier médical sont en très forte augmentation, passant de quarante-deux en 2012 à quatre-vingt-dix en 2016 et correspondant à 12 % de l'ensemble des demandes. Le délai de réponse ne dépasse qu'exceptionnellement un mois.

3.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TENUS AVEC PROFESSIONNALISME

Les registres de la loi sont gardés au bureau du secrétariat de direction de Fontan 1, où deux agents à temps plein ont en charge l'ensemble des formalités des soins sans consentement. Ces agents, qui n'ont pas reçu de formation spécifique au moment de la mise en œuvre de la loi de 2011 et de ses modifications ultérieures, ont bénéficié de l'assistance du service juridique du CHRU pour se constituer des fiches pratiques qui, en fonction de la nature juridique de l'hospitalisation sans consentement, déclinent les exigences de la loi quant aux documents à produire et à l'échéancier à respecter.

Les contrôleurs ont pu constater combien ces agents, compétents et consciencieux, s'efforçaient d'être à jour dans la tenue des registres. Ainsi, au jour de la visite, seules des pièces datant de la dernière admission étaient en attente de classement.

D'un modèle standard, un unique registre est utilisé pour inscrire toutes les mesures prises après arrêté du préfet (SPDRE) ou sur décision du directeur de l'établissement (SPDDE). Ouvert le 28 octobre 2016, sans paraphe du maire de la commune ou du directeur de l'établissement, ce registre était, au jour du contrôle, utilisé jusqu'au folio n° 177 (admission en SPDRE d'une personne détenue). Les transcriptions manuelles sont faites avec soin et lisibilité tandis que toutes les pièces procédurales concernant les modalités de l'hospitalisation, photocopiées et réduites, sont collées sur le folio correspondant à l'identité du patient.

La consultation de ce registre a permis de vérifier que les mentions visées par l'article 3212-11 du code de la santé publique étaient reproduites à l'exception de la date de délivrance des informations mentionnées à l'article 3211-3 du CSP. Prenant immédiatement en compte l'observation des contrôleurs, les agents responsables de la tenue du registre de la loi ont précisé vouloir faire figurer ce renseignement dès la prochaine admission d'un patient en soins sans consentement.

Les arrêtés préfectoraux mentionnent les voies de recours mais n'indiquent pas les coordonnées du CGLPL ni celles de la commission des usagers.

Malgré les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation du registre de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre alors que, de l'avis unanime, la tenue du registre est chronophage et fastidieuse.

3.4 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST POSSIBLE

Le livret d'accueil explique exhaustivement et pédagogiquement que toutes les informations nominatives recueillies par le personnel sont protégées par le secret médical. Il est de plus précisé que le patient peut demander qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence à l'hôpital Fontan et, bien sûr, sur son état de santé.

La charte du patient hospitalisé affichée dans le hall d'accueil indique que le respect de la vie privée et la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales sont garantis à toute personne hospitalisée.

Les contrôleurs ont constaté que le personnel d'accueil, formé à la discrétion était très attentif à la façon de s'adresser à son interlocuteur, que ce soit en sa présence ou par téléphone.

3.5 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE PLEINEMENT SA MISSION DE CONTROLE

Pour respecter les exigences de l'article 3211-12-2 du code de la santé publique, l'audience du JLD ne se tient plus au TGI mais, depuis 2017, au sein de l'un des deux EPSM dépendant de la psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais. Chacun de ces établissements a mis des locaux à la disposition de la justice. Les patients hospitalisés sur le site du CHRU sont conduits, accompagnés de soignants, alternativement à l'EPSM de l'agglomération lilloise ou à l'EPSM de Lille métropole.

3.5.1 Les modalités d'organisation

Les échanges entre le secrétariat de direction de Fontan et le greffe judiciaire se font sous la forme dématérialisée. La requête, rédigée selon un formulaire standard renseignant l'identité du patient, est transmise au greffe entre le cinquième et le huitième jour après la décision d'admission et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs. Cette saisine

est toujours accompagnée des certificats médicaux de 24 heures et 72 heures et de l'avis médical motivé.

L'attention des médecins a été attirée pour qu'ils rédigent avec précision leurs certificats en s'attachant à décrire les troubles mentaux justifiant la poursuite de l'hospitalisation complète et en expliquant les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en capacité de donner son consentement. Dans l'hypothèse où l'état du patient est incompatible avec sa présence à l'audience, le médecin le précise. Les coordonnées des tiers et l'existence d'une mesure de protection judiciaire sont toujours mentionnées, permettant ainsi au greffe de les aviser de la date d'audience. Dès réception des documents, le bâtonnier est saisi pour désignation d'un avocat au titre de l'aide juridictionnelle.

La convocation du patient est ensuite adressée par mail crypté au secrétariat de direction, qui la transmet à l'unité de soins sans consentement. Le patient signe l'accusé de réception attestant de la remise et, dans l'hypothèse rare où il refuse de comparaître, remplit un formulaire de refus qui l'informe que sa représentation à l'audience sera assurée par un avocat. Ces documents, retournés au secrétariat de direction, sont joints au dossier d'audience.

Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier quelles explications étaient données par l'agent notificateur pour permettre aux patients de comprendre le sens de l'audience ; au cours des échanges, il est toutefois apparu que les soignants ignoraient certains droits attachés à la convocation, notamment la possibilité de consulter le dossier judiciaire, disposition qui, par voie de conséquence, n'est que rarement sollicitée..

3.5.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience tenue le mercredi 13 avril à l'EPSM de Lille agglomération et présidée par l'un des quatre JLD en poste au TGI de Lille – l'ensemble du contentieux du contrôle des hospitalisations sans consentement est géré alternativement par l'un ou l'autre de ces magistrats.

Deux patients hospitalisés à Fontan y étaient convoqués : l'un pour le contrôle obligatoire du douzième jour, l'autre suite à une requête personnelle formulée quelques jours après que la cour d'appel de Douai avait confirmé l'ordonnance du JLD maintenant son hospitalisation complète au douzième jour. Les autres dossiers enrôlés concernaient des patients des deux EPSM.

Tous les patients se sont présentés, accompagnés, selon leur état, d'un ou deux soignants ; ils ont attendu dans une vaste salle d'attente très confortable ; certains se déplaçaient dans le hall d'entrée ou allaient faire quelques pas à l'extérieur ; aucun n'est entré dans la salle d'audience avant l'appel de sa cause et ce bien que l'audience fut publique.

Deux avocats de permanence, particulièrement formés à ce contentieux, étaient désignés en aide juridictionnelle, tandis qu'un des patients était assisté par un avocat choisi dont il assumait les frais d'honoraires. Bien que convoqués, aucun tuteur n'était présent, au contraire des représentants de la direction des établissements ayant pris la décision d'admission en soins sans consentement.

Le juge, qui n'avait pas revêtu sa robe, a été respectueux du contradictoire ; pour chaque affaire, il a résumé précisément les éléments du dossier avant de donner la parole au patient dont il cherchait à connaître l'avis. Il a pratiqué un recueil d'informations indispensables pour étayer son processus décisionnel.

Les patients étaient tous en capacité de s'exprimer ; les personnes hospitalisées à Fontan ont longuement énoncé les raisons de leur opposition à l'hospitalisation. Pour chaque affaire, des

moyens de défense factuels et juridiques ont été développés par les avocats respectifs, auxquels ont répondu les représentants de l'établissement.

Les patients ont eu la parole en dernier ; la capacité d'écoute du juge est apparue réelle.

Le temps consacré à l'examen de chaque affaire a varié entre vingt et trente minutes dans des conditions respectant la dignité et favorisant la sérénité.

3.5.3 Les décisions rendues

A la fin des débats, le juge a informé le patient qu'il rendrait sa décision dans la journée et que l'ordonnance serait immédiatement transmise à l'hôpital pour lui être notifiée.

Au moment de la visite du CGLP, depuis le 1^{er} janvier 2018, vingt-trois patients hospitalisés à Fontan avaient été convoqués devant le JLD et quinze avaient comparu. Le JLD avait prononcé dix-huit maintiens et ordonné cinq levées d'hospitalisation dans un délai de 24 heures. Quatre appels, dont deux du ministère public avaient été interjetés, et avaient abouti à la confirmation de deux décisions de première instance et à la poursuite de deux hospitalisations alors que le JLD en avait décidé la levée.

L'année précédente, sur cinquante-deux affaires soumises à son contrôle, le JLD avait ordonné la levée de la mesure dans les 24 heures, de dix-huit hospitalisations sans consentement, soit près d'un tiers d'entre elles.

L'analyse des ordonnances communiquées aux contrôleurs fait apparaître que les mainlevées sont essentiellement la conséquence :

- d'erreurs procédurales telle l'absence de délégation de signature du directeur voire de l'impossibilité d'identifier le rédacteur de l'acte administratif d'admission ;
- de retard dans la notification de l'une ou l'autre des pièces énumérées à l'article L 3211-3 du CSP ;
- d'absence d'examen somatique ;
- de non-conformité de forme ou de fond affectant les certificats médicaux.

L'application très stricte de la loi par l'ensemble des JLD du TGI de Lille, dont les motifs des décisions répondaient, le plus souvent, aux moyens juridiques soulevés par des avocats spécialisés dans ce contentieux et donc très performants, a conduit la direction de Fontan à revoir les pratiques administratives pour augmenter le niveau d'exigence et de rigueur de tous les actes formels.

Les médecins ont, quant à eux, été sensibilisés et aidés par des fiches pratiques sur les spécificités de la loi variant en fonction du statut juridique de l'hospitalisation sans consentement ; ils ont de plus été invités à rédiger leurs certificats médicaux de manière à démontrer la nécessité absolue de placer un patient en soins sans consentement.

3.6 LES SORTIES DE COURTE DUREE ET LES PROGRAMMES DE SOINS SONT LARGEMENT UTILISES

Dès que leur état est stabilisé, les patients bénéficient de sorties accompagnées de moins de 24 heures puis, s'il existe un milieu familial prêt à les accueillir, de sorties non accompagnées pouvant atteindre 48 heures. Les sorties peuvent être utilisées pour permettre aux patients de se rendre au CMP lorsqu'un programme de réhabilitation psychosociale a été prescrit suite à l'évaluation faite par le neuropsychologue.

Les programmes de soins sont réservés aux patients pour qui cette mesure de soins sans consentement en ambulatoire a du sens. La prise en charge se fait dans ce cas en hôpital de jour.

Les médecins ne rencontrent pas d'obstacles de la part du préfet dans la levée des SPDRE ; celui-ci demande cependant systématiquement un deuxième avis.

3.7 L'EQUIPE PEUT S'APPUYER SUR DEUX ESPACES ETHIQUES

L'espace éthique hospitalier et universitaire (EEHU) de Lille peut être saisi par tout professionnel du CHRU sur un sujet soulevant des questions éthiques. Ainsi, en 2017, dans le champ de la psychiatrie, il a été rendu un avis sur le sujet suivant : « *Face au risque suicidaire important au sein de la population des détenus, comment adapter la structure hospitalière qu'est l'UHSA pour éviter les suicides des patients, tout en préservant un esprit et un environnement soignant ? Comment concilier le soin aux détenus avec le respect de l'intimité et la sécurité nécessaire ?* ».

L'équipe psychiatrique peut aussi bénéficier de l'espace de réflexion éthique de la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy). L'un des thèmes actuellement traités s'intitule « *réflexion éthique et évolution des pratiques sur la relation amoureuse et la sexualité dans les services de psychiatrie* ». Chaque année, cet espace organise trois soirées de réflexion sur les enjeux éthiques des pratiques en santé mentale.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST LIMITEE AUX LOCAUX FERMES DE L'UNITE DE SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1.1 L'organisation architecturale

L'unité De Clérambault constitue un bloc au rez-de-chaussée de l'hôpital Fontan 1. Après avoir sonné devant une porte verrouillée équipée de fenestrons ronds, on accède à un hall : sur la droite, un couloir dessert des pièces de logistique, des bureaux et des salles d'entretien ; en face, une seconde porte, également verrouillée et équipée de fenestrons ronds rendus opaques par un film, ouvre sur l'unité d'hébergement, qui forme un plateau de plain-pied en forme de « L » au sein duquel les patients circulent librement.

Ce plateau offre d'un seul tenant 18 m² occupés par un baby-foot et une table de tennis de table, 25,30 m² pour un espace de télévision avec sept fauteuils et un meuble de rangement de boîtes de jeux de société, 44 m² pour la salle à manger avec cinq tables rectangulaires, une table ronde, dix-huit chaises. Une autre pièce, de 15,62 m², dont la porte n'est pas verrouillée, est équipée d'un téléviseur et de fauteuils. Au centre de l'unité, se trouvent des pièces techniques, dont les wc, longées par un couloir circulaire qui dessert les dix-huit chambres individuelles donnant sur l'extérieur du bâtiment.

Le poste de soins, appelé « PC infirmier », de 33,64 m², accolé à la salle à manger dont il est séparé par un mur coupé d'une baie vitrée à hauteur d'homme, est ouvert sur le plateau de vie grâce à un comptoir et sur la cour par une baie vitrée. Les patients pénètrent dans le PC plusieurs fois par jour, notamment pour y prendre leur traitement.

D'autres lieux sont fermés à clé mais accessibles aux patients par l'intermédiaire d'un soignant qui ouvre la porte : les deux locaux doubles de douche ; une salle d'activité de 24,20 m² pour dessiner et peindre avec du matériel rangé dans un placard ouvert ; un office de 18,28 m² pour le stockage des repas et la réalisation d'activités culinaires ; la cour, formant le cœur du U, dans laquelle on pénètre par une porte vitrée, recouverte d'un dallage bétonné, équipée d'un banc, d'un cendrier, d'une table de tennis de table, de deux tables rectangulaires et quelques chaises de jardin, d'un

barnum ; le jardin, accessible depuis la cour par une porte grillagée, destinée à des activités de jardinage encadrées.



La cour et le jardin vus du bâtiment



Le bâtiment vu de la cour

4.1.2 La fermeture de l'unité

L'unité De Clérambault est une unité fermée.

Des fugues, par franchissement des grillages, sont mises en avant pour justifier la fermeture de la porte de la cour et l'obligation de présence d'un soignant dès qu'un patient est autorisé à s'y rendre. Pour autant, le besoin des patients d'accéder plus facilement à l'air libre a été constaté par les contrôleurs.

PROPOSITION 1

L'accès à la cour de l'unité fermée doit être libre.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Comme discuté, l'accès à la cour est soumis à une demande préalable du patient à l'équipe soignante afin que l'un des professionnels lui ouvre la porte et soit présent avec lui. Cette présence, dans un moment qui favorise les échanges entre les patients et les soignants, évite des fugues intempestives de patients engageant la responsabilité de l'établissement ».

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'unité De Clérambault accueille des patients pour des soins sans consentement. Ces patients n'adhérant pas au contrat de soins, ils présentent un risque de fugue accru. Par ailleurs, certains patients peuvent présenter un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Ainsi, l'établissement, afin d'assurer la sécurité des patients, a mis en place ce système d'accompagnement du patient par un soignant lors de ses déplacements en dehors de l'unité fermée, après simple demande ».

Une admission en soins sans consentement ne suffit pas à justifier une interdiction de sortir sans escorte. Il revient à l'établissement d'offrir aux patients un espace extérieur suffisamment sécurisé pour permettre une sortie sans escorte c'est-à-dire ne dépendant pas de la disponibilité du personnel soignant. Cela existe dans la plupart des établissements de soins psychiatriques.

4.1.3 L'impossibilité de se rendre librement à des activités hors de l'unité

Les patients ne sont amenés à sortir de l'unité qu'accompagnés – consultations médicales dans d'autres services de l'hôpital, rendez-vous administratifs, activités ponctuelles. Un document affiché dans l'unité, non daté, rédigé par un responsable de l'unité, précise qu'ils ne sont plus autorisés à se rendre dans le hall de l'hôpital, même accompagnés, pour prendre une boisson ou consommer une cigarette, sauf autorisation médicale particulière.

PROPOSITION 2

Les patients doivent pouvoir se rendre librement à des activités dans l'hôpital.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'unité De Clérambault accueille des patients pour des soins sans consentement. Ces patients n'adhèrent pas au contrat de soins, ils présentent un risque de fugue accru. Par ailleurs, certains patients peuvent présenter un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Ainsi, l'établissement, afin d'assurer la sécurité des patients, a mis en place ce système d'accompagnement du patient par un soignant lors de ses déplacements en dehors de l'unité fermée, après simple demande ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Dans le régime de soins sans consentement, les patients ont accès à un programme d'activités personnalisées. On retrouve par exemple l'équithérapie, le bodypercussion, l'atelier cuisine, les ateliers culturels au LAM ... Pour le reste, le travail des médecins et des soignants consiste en ce que les patients soient en mesure de se rendre librement à des activités en dehors de l'unité. Dès lors, ils sortent d'hospitalisation complète sans consentement pour bénéficier soit d'une hospitalisation complète libre, soit, de façon privilégiée, d'un programme de soins en hôpital de jour ».

Toute restriction de liberté doit être considérée comme une exception à la règle, justifiée par une indication médicale, et non une règle de principe systématique. Par conséquent, le CGLPL maintient cette proposition.

4.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT REDUITES MAIS L'AUTONOMIE DANS L'ACCES AU TABAC DOIT ETRE DEVELOPPE

4.2.1 L'accès au tabac

L'approvisionnement en tabac des patients fumeurs se fait principalement par le biais des familles. A défaut, le personnel hospitalier procède à son achat à la demande du patient, sur les deniers personnels de ce dernier.

Les patients disposent de leurs cigarettes dans la limite d'un paquet ; le stock éventuel est conservé à part dans le souci de protéger les patients en évitant une consommation excessive et des pressions entre eux.

En revanche, l'intervention d'un soignant est nécessaire, non seulement pour se rendre dans la cour – seul lieu fumeur – mais aussi pour allumer sa cigarette, les patients ne disposant ni d'allumettes ni d'un briquet. Comme il a été rapporté, faire allumer sa cigarette par un soignant est vécu comme infantilisant, et la double dépendance au soignant pour l'accès à la cour et l'accès au feu est plus ou moins limitative selon que les soignants en poste fument ou ne fument pas, ces derniers se montrant naturellement plus restrictifs dans l'accès au tabac. Lors de la visite, il n'a toutefois pas été constaté de limitation excessive liée à ce fonctionnement, qui, selon les informations recueillies, constitue une libéralisation de règles antérieures énonçant un accès au tabac à heures fixes. Il est dorénavant

rapporté la possibilité de fumer une cigarette dès 6h, accompagnée d'un café pour celui qui le souhaite, suivie d'autres cigarettes avant et après le petit-déjeuner.

RECO PRISE EN COMPTE 7

L'autonomie dans l'accès au tabac doit continuer à être favorisée en dotant la cour d'un système d'allumage des cigarettes.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« Le système d'accès au tabac (et à l'allumage des cigarettes) mis en place par l'établissement a été pensé dans un souci de sécurisation des patients et de sécurisation des locaux. Un système d'allumage des cigarettes ne représente pas une sécurité absolue ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Un système d'allumage va être installé ; cependant, le maintien du lien restera favorisé par la présence continue d'un agent dans la cour quand les patients sortent fumer ».

4.2.2 Le port du pyjama

Le port du pyjama résulte d'une consigne médicale, liée à la surveillance du patient présentant un risque suicidaire ou un risque de fugue.

Lors de la visite, un seul patient portait un pyjama fourni par l'hôpital, justifié par un risque d'autolyse et une période d'évaluation due à son arrivée récente ; dans les 36 heures de son admission, la consigne a été levée.

Les autres patients étaient vêtus de leurs vêtements personnels, sauf ponctuellement deux d'entre eux en raison de souillures successives de leurs effets personnels en attendant que leur linge soit lavé.

4.2.3 L'accès aux chambres

Les chambres sont librement accessibles en permanence, sauf motif médical – protection contre le risque d'autolyse ou mise en place d'une contention – amenant à la fermeture de la porte. Lors de la visite, toutes les portes des chambres étaient ouvertes.

Un temps obligatoire en chambre est organisé de 12h30 à 13h30.

4.2.4 Les horaires

Les horaires sont présentés avec souplesse : l'équipe soignante du matin prend son service à 6h45 et procède à un premier passage dans les chambres à 7h30 en invitant les patients à se réveiller, venir prendre le petit-déjeuner à 8h et se rendre à la douche. Il a été rapporté le cas de patients qui se levaient plus tôt et se rendaient librement dans l'espace de vie collective.

Le petit-déjeuner peut être servi jusqu'à 9h30 environ. C'est la prise des traitements, impératif médical, qui commande le lever plus que la mise en œuvre d'horaires de fonctionnement.

Il est ensuite demandé aux patients d'être présents dans la salle à manger à midi et à 18h45.

L'équipe de nuit prend son service à 21h45. Les téléviseurs sont éteints à 23h, sans difficulté rapportée, la plupart des patients regagnant leur chambre plus tôt dans la soirée. Il a été précisé que cet horaire était appliqué avec souplesse lorsqu'une émission de télévision le justifiait, à la demande des patients.

4.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES

4.3.1 Le courrier

Les échanges de courrier sont rares. Le courrier entrant est distribué aux patients par les soignants. Le courrier sortant est remis affranchi par les patients aux soignants.

Des facilités sont accordées pour les courriers adressés aux autorités : les patients n'ont pas besoin de les affranchir, le CHRU s'en chargeant ; cette possibilité est exceptionnellement utilisée, comme en atteste l'absence de demande d'achat de timbres rapportée par les soignants.

4.3.2 Le téléphone

Le 10 avril 2018, sur treize patients, aucun n'est autorisé à utiliser son téléphone portable personnel ; six sont autorisés à consulter ponctuellement leur téléphone portable, aux fins de récupération de numéros de téléphone qu'il contient.



Emplacement du téléphone, détail de l'inscription murale

Le téléphone du service est accessible par l'intermédiaire du personnel soignant : à partir de 16h30 et jusqu'à 20h, le personnel installe au mur un combiné téléphonique dans un angle du couloir des chambres, lieu de passage, visible depuis le PC infirmier à travers une vitre. Les numéros de téléphone sont composés par les soignants sur un poste du service, et la communication est renvoyée sur ce combiné, qui ne permet pas de composer les numéros. Une chaise est parfois installée sous le combiné, ce qui a été le cas une fois sur deux lors de la présence des contrôleurs. Au-dessus de l'emplacement du combiné, est inscrit sur le mur, au marqueur noir, « *Appels limités à 100 MN S.V.P.* ». Il n'a pas été possible de savoir si cette inscription, ancienne, avait été faite par un patient ou par un personnel. Elle n'a pas lieu d'être.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Le lieu consacré au téléphone doit faire l'objet d'une amélioration vis-à-vis tant du confort (permanence du mobilier pour s'asseoir) et du visuel (décoration du mur), que de la confidentialité de la communication. L'interdiction d'utiliser son téléphone portable ne doit pas

être une règle de l'unité mais doit être individuelle, temporaire et motivée par l'état clinique du patient.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Le mur où se situe le téléphone va être repeint et agrémenté d'une cabine permettant plus de confidentialité. Par ailleurs, il est confirmé que l'accès au téléphone portable est désormais autorisé par principe et que son interdiction temporaire est justifiée par décision médicale.

Echéance : octobre 2018 ».

Il arrive que des patients soient autorisés à passer leur communication directement sur le téléphone portatif du service, ce qui améliore confidentialité et confort. Cette solution est appréciée des patients.

4.3.3 Informatique, internet

Aucun accès à l'informatique et à internet n'est prévu. Si un patient le demandait, il ne serait pas autorisé à détenir son matériel informatique. L'impossibilité de fermer sa chambre ne permet pas de sécuriser sa possession.

Pour autant, il a été constaté qu'un patient utilisait un poste informatique du service, dans le PC infirmier, « pour procéder à des démarches administratives sur internet ». Ce besoin est couvert au cas par cas.

L'installation d'un poste informatique, offrant un accès à internet, correspondant aux besoins réels des patients ainsi qu'en attestent les exceptions déjà mises en place, doit être organisée.

RECOMMANDATION 4

Il convient de prévoir, au sein de l'unité de soins sans consentement, la possibilité pour les patients de bénéficier de leur équipement informatique personnel, ou, à défaut, de prévoir un équipement informatique dédié aux patients avec accès à internet.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Si la possibilité pour les patients de bénéficier de leur équipement informatique ou d'accéder à un équipement dédié est une chose envisageable, l'accès à internet reste une question soumise à une indication médicale ».

Toute restriction de liberté doit être considérée comme une exception à la règle, justifiée par une indication médicale, et non une règle de principe systématique. Par conséquent, le CGLPL maintient cette proposition.

4.3.4 La visite des familles

Les visites ont lieu en semaine de 12h30 à 14h et de 16h30 à 18h30, en fin de semaine de 12h30 à 18h30. Les familles se présentent à l'accueil de l'hôpital Fontan 1 puis se dirigent vers l'unité, sonnent, et peuvent se rendre jusque dans la chambre du patient.

Seuls les enfants de moins de 15 ans ne peuvent pas pénétrer dans l'unité. Une salle d'entretien, à l'extérieur de l'espace de vie des patients, équipée de fauteuils, est mise à disposition des familles dans ce cas.

Les restrictions aux visites ne résultent que d'une décision médicale. Le 10 avril 2018, dix patients sur les treize présents étaient autorisés à en recevoir. La situation d'un onzième patient, admis dans la nuit précédente, allait évoluer rapidement, la famille étant associée à un entretien médical dans les 48 heures de l'admission.

Pendant la présence des contrôleurs, il a été constaté quotidiennement des visites.

BONNE PRATIQUE 2

Les familles peuvent connaître les conditions de vie de leur proche lors de l'hospitalisation en pénétrant dans l'unité, jusque dans la chambre éventuellement.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES ESPACES DE VIE SONT BIEN CONÇUS MAIS LES CHAMBRES SONT D'UN CONFORT RUDIMENTAIRE

5.1.1 Les locaux de vie et la cour

La salle à manger comporte dix-huit chaises réparties autour de cinq tables rectangulaires et d'une table ronde. Hors les temps de repas, elle est utilisée pour des jeux de société, que les patients choisissent dans une armoire basse installée dans l'espace télévision et auxquels les soignants participent.

Deux lieux offrent un accès à la télévision : un espace ouvert au centre de l'unité de vie et une pièce dont la porte n'est pas fermée à clé. Une seule télécommande est à disposition, l'autre ayant été perdue récemment, selon ce qui a été rapporté. Les fauteuils de la pièce ainsi que ceux de l'espace central sont parfois occupés par des patients pour s'y reposer hors de leur chambre. Le repos des uns est respecté par les autres.

A l'entrée de l'unité de vie, une table de tennis de table, avec raquettes et balles à disposition, et un baby-foot sont utilisés.

Centrale par rapport à l'unité de vie, la cour, équipée de mobilier de jardin, est attractive pour tous les patients, fumeurs ou non-fumeurs, comme cela a été constaté par les contrôleurs. La lumière naturelle se diffuse facilement dans les espaces collectifs à travers la baie vitrée séparant la cour et la salle à manger. Au-delà de la cour, derrière un haut grillage percé d'une porte fermée également grillagée, une zone engazonnée est utilisée ponctuellement pour des activités de jardinage.

Lors de la visite, il a été constaté que tous les patients vquaient à des occupations dans ces espaces collectifs au fur et à mesure de la journée. Un seul patient est resté à l'écart, pour des motifs liés à sa pathologie.

5.1.2 Les chambres

Dix-huit chambres individuelles offrent chacune une superficie de 8,8 à 10,5 m² – mais 9,5 m² pour la plupart –, ainsi que 13,20 m² pour l'unique chambre adaptée aux personnes à mobilité réduite (PMR). A trois exceptions près qui donnent sur le jardin, elles ont une fenêtre carrée de 1,20 m de côté, non ouvrante, donnant sur le domaine hospitalier, soit sur le parking de l'hôpital Fontan 1 soit sur la rue. Seul un vasistas rectangulaire sur la partie supérieure de la fenêtre peut être ouvert pour aérer la chambre. Les vitres sont équipées d'un film opaque empêchant la visibilité de l'extérieur. Des volets électriques sont abaissés et relevés par les soignants, à l'aide d'une télécommande, aux horaires de la lumière naturelle. Il a été signalé aux contrôleurs qu'il y faisait chaud en été.

Elles ne sont équipées d'une serrure que sur l'extérieur. Seuls les soignants disposent de la clé. Aucun verrou ne permet de s'enfermer de l'intérieur pour protéger son intimité. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, il arrive que des patients s'introduisent dans les chambres des autres.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Cette affirmation n'est pas vérifiée. En effet, des conflits peuvent éclater entre les patients, pour autant le service ne note pas d'intrusion dans les chambres. L'équipe soignante, de jour comme de nuit, est très attentive au respect de l'intimité des patients. Aucune plainte de patient n'a été formulée sur ce point ».

Les contrôleurs maintiennent avoir recueilli des témoignages attestant d'intrusions de patients dans la chambre d'autrui. Cette intrusion, parfois seulement liée à une perte de repère en relation avec une pathologie, se révèle difficile à vivre pour le patient qui la subit.

Les chambres sont dotées d'un mobilier très restreint : un lit médicalisé et, parfois, une petite table, une chaise, un chevet. Le mobilier est trop souvent incomplet. Le lit, non scellé, peut être déplacé par le patient, comme cela a été constaté. Des étagères complètent l'équipement.

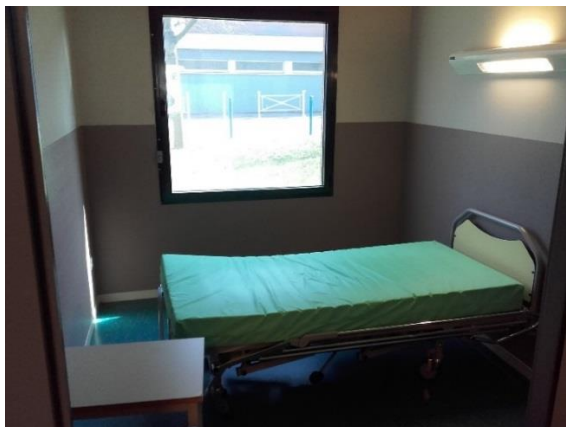
Les patients peuvent décorer leurs chambres par des affichages. Les murs de certaines chambres nécessitent une remise en peinture.

Un lavabo est placé derrière une porte en bois à l'origine dotée d'une serrure mais dont il a été constaté qu'elle ne se fermait plus ; ce lavabo constitue un accès à un point d'eau mais ne répond pas aux besoins de l'hygiène individuelle.

La chambre PMR est la seule à être dotée d'une salle d'eau.

Les chambres ne disposent d'aucun bouton d'appel.

Il a été évoqué un programme de travaux prévoyant en 2018 la rénovation des chambres.



Une chambre de l'unité de soins sans consentement

RECOMMANDATION 5

Les chambres doivent être mises aux normes actuelles, incluant peinture, dotation en mobilier dont un placard fermant à clé, création d'une salle d'eau et de wc, verrou intérieur, système d'appel aux soignants.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Comme évoqué dans le rapport et confirmé ici, la remise en peinture des chambres est l'objet d'une programmation pluriannuelle.

Il n'y a pas de normes concernant les chambres en psychiatrie. Sans doute peut-on regretter qu'il y a plus de 15 ans, il n'ait pas été pensé opportun que chaque chambre bénéficie d'une salle de bain et d'un wc. Pour autant, la configuration des locaux ne permet pas aujourd'hui de donner une suite favorable à cette recommandation. »

Il précise :

« Certes, les chambres de cette unité doivent faire l'objet d'un programme de travaux de rénovation, qui nécessite en outre une organisation tenant compte des impératifs d'accueil car il est impossible de fermer simplement l'unité. On peut considérer qu'il s'agit de chambres inconfortables, c'est-à-dire ne disposant pas à la fois d'une salle d'eau et de toilettes intérieures, ou demandant une remise en peinture par exemple. »

5.2 L'HYGIENE EST ASSUREE AVEC DES DOUCHES ET WC COMMUNS

La chambre PMR est dotée d'une salle d'eau de 4 m², comprenant lavabo, tablette murale, miroir, applique lumineuse, wc à l'anglaise, barre d'appui, douche à l'italienne sans flexible. Lors de la visite, elle était occupée par un patient ne souffrant d'aucun handicap physique mais appréciant d'être hospitalisé dans des conditions matérielles plus confortables.

Pour les occupants des autres chambres, deux pièces sont compartimentées respectivement en trois salles de douche dans l'une, et deux salles de douche et une baignoire dans l'autre. La baignoire n'étant pas utilisée, sa porte est condamnée par une table. Rénovés fin 2017, ces locaux sanitaires sont propres et fonctionnels mais manquent de mobilier permettant aux utilisateurs de conserver des affaires personnelles au sec. Ils sont ouverts aux patients de 7h30 à 10h et de 18h jusqu'au dîner.



Deux douches dont une équipée pour la toilette assistée par les soignants

Les affaires de toilette personnelles des patients sont stockées dans une armoire du PC infirmier comportant des casiers numérotés, chacun correspondant à deux chambres. Une feuille, affichée, trace la remise et la récupération par les soignants des objets et produits considérés comme dangereux ; ainsi, au moment de la visite du CGLPL, il y était mentionné des rasoirs et du vernis à ongles. Une consigne médicale permet de restreindre l'accès aux objets contondants : aucun patient n'était restreint par une telle consigne lors de la visite.

Des produits d'hygiène peuvent être fournis à ceux qui en ont besoin : hygiène dentaire, rasage, serviettes périodiques, gel douche et shampoing, peigne, nécessaire à coiffure.

Quatre wc sont aménagés dans le couloir face aux chambres, deux par deux, identifiés pour les hommes et pour les femmes. Ils étaient propres lors de la visite, mais il a été déclaré aux contrôleurs que leur état était tributaire de la fréquence, variable, de leur nettoyage par les agents des services hospitaliers. Leur caractère commun crée de l'inconfort pour les patients.

Le linge est prioritairement entretenu par les familles à l'occasion des visites. Un lave-linge et un sèche-linge sont installés dans une pièce fermée à clé, à la disposition des patients qui ne reçoivent pas de visites régulières. Un stock important de vêtements issus de dons peut être utilisé par les patients qui en ont besoin ; mal rangé, ce stock en devient peu accessible et l'usage de pyjamas hospitaliers pour les patients qui se souillent a été constaté.

5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT INVENTORIES MAIS NE PEUVENT PAS ETRE CONSERVES EN SECURITE DANS LES CHAMBRES

Lors de l'admission, les biens des patients sont inventoriés sur une fiche conservée dans le dossier du patient. Une somme d'argent – une dizaine d'euros au maximum – et les objets qui ne peuvent être remis directement au patient – ceinture, papiers d'identité, surplus de tabac hors consommation quotidienne, etc. – sont stockés dans des casiers individuels dits « casiers-piscine » dans une pièce fermée à clé faisant face au PC infirmier. Ces casiers sont sécurisés par un cadenas à code connu des soignants, communiqué au patient qui prélève lui-même les affaires dont il a besoin au fur et à mesure, en présence du personnel.

Seules les valeurs sont transmises à la régie, accessible au sein de l'hôpital Fontan 1 quand il s'agit d'obtenir une somme d'argent pour procéder à un achat.

Les patients ne conservent dans leur chambre que des vêtements personnels, qu'ils rangent sur des étagères. Aucun meuble ne permet de ranger en sécurité ses affaires dans sa chambre, qui elle-même ne peut pas être fermée par les patients.

PROPOSITION 3

Les patients doivent pouvoir disposer librement dans leur chambre d'un placard dont la porte ferme à clé.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

5.4 LES REPAS NE SONT NI CONVIVIAUX, NI THERAPEUTIQUES

Si la salle à manger est lumineuse et si les patients se placent à leur convenance à table, les repas quotidiens ne sont pas des moments de convivialité. Les tables ne sont recouvertes d'aucune nappe et font l'objet d'un nettoyage simple à l'issue. Le couvert n'est pas dressé, les condiments sont présentés dans des contenants individuels. Des couverts en plastique sont systématiquement utilisés. Un soignant place deux chariots devant l'office ; les patients y prennent leur plateau, du pain, des condiments. Une fois le plateau terminé, chacun le rapporte au soignant, resté devant la porte de l'office, derrière les chariots. Le personnel ne prend pas place aux côtés des patients. Le déjeuner est pris en quinze à trente minutes, ainsi que cela a été constaté lors de la visite. Un café est servi à l'issue.

Chaque patient consomme le contenu de son plateau, élaboré avec une stratégie personnelle destinée à lutter contre la répétition des mets ou la proposition quotidienne de pommes de terre, ou à l'inverse à choisir ce qu'il préfère. Il n'a pas été fait état aux contrôleurs de difficultés quant aux quantités servies. Outre les consignes médicales, la volonté des patients est prise en compte à travers des régimes alimentaires excluant le porc, la viande, etc. ainsi qu'à travers la précision d'aversion alimentaire et la possibilité de commander un repas froid.

Il a été constaté sur les menus du 9 au 15 avril 2018, affichés, que des pommes de terre étaient inscrites au menu quotidiennement : pommes de terre Panama lundi, pommes de terre fondantes mardi, pommes de terre au thym mercredi, pommes de terre « maître d'hôtel » jeudi, pommes de terre parisiennes vendredi, gratin dauphinois samedi, pommes de terre sarladaises dimanche. Pour les patients qui déclarent une aversion pour les pommes de terre, elles sont remplacées par un autre féculent ou une céréale.

Un goûter est proposé à 16h, ainsi qu'une tisane à partir de 21h15. Des briques de soupe sont à la disposition des soignants dans l'office. De l'eau minérale en bouteille est distribuée tout au long de la journée. Les fruits non consommés sont conservés pour faire une salade de fruits ou des gâteaux avec les patients, animation thérapeutique appréciée.

La salle à manger est décorée seulement lors des fêtes, avec la participation des patients. Les repas préparés par l'hôpital sont aussi agrémentés d'aliments plus festifs prévus par l'équipe soignante.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« L'organisation du travail en unité d'HC sans consentement ne prévoit pas de repas thérapeutique pour les soignants contrairement à d'autres unités comme celles accueillant des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire ou encore en psychogériatrie ».

L'organisation de repas thérapeutiques est une pratique courante dans les établissements psychiatriques. Le CGLPL maintient cette proposition.

5.5 LES ACTIVITES DE LOISIRS ET LA TELEVISION SONT PROPOSEES MAIS LES ACTIVITES PHYSIQUES SONT INEXISTANTES

L'accès aux activités de loisirs au sein de l'unité est aisé grâce à deux téléviseurs, des jeux de société, des livres, un baby-foot, une table de tennis de table. Une pièce est consacrée à une activité de dessin et de peinture, libre ou dirigée, avec du matériel rangé dans une armoire ouverte. Un atelier simplifié de cuisine est animé au moins une fois par semaine par les soignants, entre la salle à manger et l'office, en vue de recycler les fruits non consommés lors des repas.

Une autre pièce a été conçue pour accueillir un atelier de travail du bois. Faute d'intervenant, elle n'est plus utilisée depuis longtemps. Il a été signalé qu'elle allait être rééquipée dans l'optique d'une activité de cuisine.

En revanche, les patients, retenus dans l'unité, n'ont pas accès à des activités permettant de lutter contre les effets de la sédentarité sur la santé. Le centre socio-thérapeutique, qui comporte notamment une salle de sport équipée d'appareils variés en très bon état, situé au premier étage de l'hôpital, n'était accessible à aucun des patients lors de la visite.

De surcroît, ce centre est très peu actif depuis la disparition de l'équipe dédiée. Le règlement intérieur affiché dans l'unité De Clérambault mentionne pourtant un accès possible, même seul, sur autorisation médicale, à certains horaires.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Cette affirmation est inexacte ou incomplète. En réalité, le matériel n'était plus en bon état de fonctionnement et plus utilisé ; il a donc été retiré. En outre, ce centre d'ayant plus d'équipe dédiée (1 ETP) depuis plus de 5 ans, n'a pas pu être maintenu et les espaces correspondants ont été réorientés. Le règlement intérieur de l'unité De Clérambault n'en fait plus mention ». ».

Cette réponse est en contradiction avec les termes du règlement de fonctionnement qui était affiché dans l'unité au moment de la visite du CGLPL.

L'accès au centre socio-thérapeutique

Les modalités d'accès au centre socio-thérapeutique sont fixées après avis médical

Les patients autorisés à sortir seuls sur avis médical pourront quitter l'unité :

⇒ à partir de 10h après la toilette et le rangement de la chambre le matin et

⇒ à partir de 14h l'après midi.

Après 18h, aucun déplacement hors de l'unité ne sera accordé.

Règlement de fonctionnement affiché dans l'unité De Clérambault
au moment de la visite du CGLPL (extrait)

PROPOSITION 4

Une offre d'activités physiques adaptées doit être développée au sein de l'unité fermée ou du centre socio-thérapeutique.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU précise :

« Toutes les activités pratiquées par les patients et encadrées par les soignants sont adaptées, faisant l'objet d'une indication/prescription médicale au regard de l'état de santé du patient. Il ne peut y avoir à priori d'activité recommandée sans évaluation médicale préalable. Par ailleurs, l'espace nommé centre socio-thérapeutique, vestige d'une certaine modalité de prise en charge qui n'est plus privilégiée par le manque de dynamisme qu'elle induit, a été réorienté vers d'autres fonctions ».

Le CGLPL maintient cette proposition.

5.6 LA SEXUALITE EST ABORDEE OUVERTEMENT AVEC LES PATIENTS QUAND LE CAS SE PRESENTE, DE FAÇON MEDICALE ET DANS LE SOUCI DE PROTEGER LES PERSONNES VULNERABLES

Les relations sexuelles ne sont pas autorisées dans la mesure où deux patients ne peuvent pas être dans la même chambre. Si la sexualité entre patients est qualifiée d'extrêmement rare, le cas peut aussi se présenter lors de la visite des familles dans les chambres. Le personnel soignant est, dans l'un ou l'autre cas, amené à intervenir, tant auprès des patients que des personnes extérieures. La question est abordée sous l'angle du consentement du patient, par principe considéré comme peu probable eu égard à l'hospitalisation en cours et invite au report des relations sexuelles à l'extérieur de l'établissement lors de permissions par exemple.

La question de la contraception est abordée avec les patientes en amont, lors des premiers entretiens médicaux. Le service ne dispose d'aucun préservatif alors que des contraceptifs féminins sont prescrits en fonction des besoins. Il est regrettable que des dispositifs de protection masculine ne soient pas disponibles.

6. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

L'équipe médicale intervenant à l'unité De Clérambault comprend :

- un médecin psychiatre, praticien hospitalier qui assure la supervision de l'équipe, anime la réunion de synthèse du mardi matin et assure, à la demande ou en remplacement du chef de clinique absent, des consultations. Ce médecin intervient par ailleurs à l'UHSA et co-anime un groupe de travail sur les soins sans consentement ;
- un médecin psychiatre, chef de clinique, à plein temps sur l'unité et qui assure par ailleurs des travaux de recherche ;
- deux internes en psychiatrie et un interne en médecine générale, les postes étant occupés en permanence du fait de l'attractivité du service. Les deux postes d'interne en psychiatrie sont ouverts à un senior et un junior.

La présence médicale est assurée par les internes et le médecin chef de clinique avec une présence physique le matin et en fin d'après-midi. L'après-midi, un interne est toujours présent dans le bâtiment.

L'une des caractéristiques du service est de différencier le moins possible l'approche somatique de l'approche psychiatrique, visant ainsi à une approche globale du patient.

6.1 LES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SONT COURTES

Les patients sont hospitalisés au sein de l'unité soit après un passage au service d'accueil des urgences (SAU) soit après une consultation sans rendez-vous assurée au sein du pôle. L'équipe du SAU comprend un psychiatre et des infirmiers psychiatriques. Les patients bénéficient d'un examen somatique approfondi comprenant souvent un scanner pour éliminer une pathologie somatique à manifestation psychiatrique.

Un tiers des patients hospitalisés dans l'unité sont hors secteur, le service ayant une fonction de « recours » sur l'ensemble de la région voire au-delà. Il peut s'agir de patients présentant des échecs dans la prise en charge, de patients présentant une pathologie psychiatrique associée à une pathologie somatique nécessitant une prise en charge en CHRU ou bien de patients nécessitant des traitements réalisés uniquement au CHRU tels que la sismothérapie.

Dès son arrivée dans l'unité De Clérambault, le patient est vu par un interne – du service ou de garde – et un infirmier du service. Chacun des trois internes est le médecin référent de quatre à cinq patients.

Il n'y a pas de rendez-vous médical programmé mais, par la suite, une à deux fois par semaine, chaque patient est vu par un interne avec un infirmier.

Des entretiens familiaux sont organisés en début et en fin d'hospitalisation, plus souvent si nécessaire.

Les patients ont une certaine latitude dans le choix du médecin qui les suit pendant leur hospitalisation. Ils peuvent demander à voir le médecin chef de clinique au lieu de l'interne ou à être suivis par un autre interne ; selon l'équipe, cette situation est exceptionnelle.

Chaque patient peut être vu par un neuropsychologue chargé d'évaluer ses capacités cognitives et proposer une réhabilitation lui permettant de retrouver une autonomie. Cette réhabilitation psychosociale a lieu à l'hôpital de jour.

Une réunion de transmissions quotidienne a lieu, associant internes et infirmiers de l'unité. Elle est complétée par une réunion de synthèse hebdomadaire, le mardi, à laquelle assiste le médecin praticien hospitalier, permettant de faire le point sur tous les patients présents dans l'unité. Enfin, le vendredi, chaque patient a la possibilité d'avoir un entretien pluridisciplinaire afin de faire le point sur sa prise en charge.

L'accent est mis sur l'observation du patient dans le service et les entretiens. Les activités sont le plus souvent individuelles : jeux de société, tennis de table, baby-foot, jardinage, coloriage. Des sorties accompagnées peuvent être organisées. Les activités thérapeutiques sont cependant peu nombreuses avec essentiellement un atelier de percussion une fois tous les quinze jours, un atelier animé par un professionnel du musée d'art moderne et de l'équithérapie tous les quinze jours. L'espace socio-thérapeutique situé au premier étage du bâtiment est abandonné : la salle de musculation, le coin cafétéria, l'espace enfant pour les visites familiales, ne reçoivent plus aucun patient. La fermeture de ce lieu tient à plusieurs facteurs : départ d'une des personnes l'animant, économie de personnel, orientation thérapeutique.

Lorsque les séjours se prolongent, certains patients, comme ils l'ont confié aux contrôleurs, s'ennuient.

Les contrôleurs ont examiné, avec l'aide de deux personnes de l'équipe soignante, les dossiers de six patients présents dans l'unité, afin de préciser la prise en charge dont ils bénéficiaient. Ces patients ont tous été très régulièrement vus par un interne et, pour l'un d'eux, par le médecin chef de clinique. Un patient a été vu par le psychologue et un deuxième par le neuropsychologue. La participation à des activités est notée ; le dossier infirmier comprend de nombreuses annotations.

La DMS dans l'unité est relativement courte, de l'ordre de trente jours. La préparation à la sortie est au centre de la prise en charge du patient. Pour cela, sont mobilisés de nombreux outils : sorties accompagnées de moins de 24 heures, sortie de moins de 48 heures, réhabilitation psychosociale à l'hôpital de jour ou en ayant recours à des partenaires extérieurs, accompagnement par l'assistante sociale.

Le secteur ne dispose que de deux appartements thérapeutiques avec une durée de séjour très longue.

6.2 LES SOINS SOMATIQUES BENEFICIENT DE L'ENSEMBLE DES SERVICES DU CHRU

Les soins somatiques sont le fait essentiellement des internes. Ceux-ci bénéficient d'une formation dispensée au sein du service dans ce domaine et disposent de nombreux protocoles, en particulier pour les explorations biologiques. La présence d'un interne de garde dans le service permet de répondre à toute situation à tout moment.

Un protocole pour la surveillance et la prise en charge de la constipation, symptôme très fréquent chez les patients hospitalisés, est en cours d'élaboration. Il n'existe pas de protocole pour la mesure et la prise en charge de la douleur.

PROPOSITION 5

La mesure et la prise en charge de la douleur méritent une attention particulière avec une formation du personnel soignant, des internes et des protocoles adaptés.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« La mesure et la prise en charge de la douleur font l'objet d'une attention toute particulière depuis de nombreuses années : un référent douleur est identifié chez les infirmiers en lien avec la référente douleur du CHU. Cette dernière vient deux fois par an superviser les équipes afin de s'assurer que les dispositifs liés à la disposition des soignants sont bien utilisés. Des forums "douleur" sont également régulièrement organisés et proposés aux soignants ».

Le CGLPL maintient cette proposition.

Le dossier du patient est partiellement informatisé : la partie informatique ne contient que les résultats des examens complémentaires (laboratoire, imagerie) ; les observations des différents professionnels sont dans un dossier papier.

L'accès aux consultations spécialisées se fait sans difficulté. Les internes disposent d'une liste de correspondants qu'ils peuvent appeler pour obtenir un avis pour la prise en charge des patients. Lorsqu'une consultation est nécessaire, les délais de rendez-vous sont courts. Les patients en

hospitalisation sans consentement sont accompagnés de deux soignants du service et sont transportés en ambulance.

L'ensemble des explorations radiologiques (standard et scanner) est accessible avec les mêmes délais que pour les patients en ambulatoire. Le service dispose d'un créneau hebdomadaire pour la pratique des IRM¹⁰. Les examens et les comptes rendus sont consultables sur le dossier informatisé du patient.

Les examens biologiques sont réalisés au laboratoire du CHRU. Les prélèvements sont faits par les infirmiers du service, les tubes envoyés par circuit pneumatique et les résultats consultables sur le dossier informatisé du patient.

La contraception féminine fait partie intégrante du bilan sanitaire. Il n'y a par contre pas de mise à disposition de préservatifs masculins.

La proximité des services du CHRU permet la prise en charge de patients présentant des pathologies lourdes du type cancer.

La prescription des médicaments est faite au moyen d'un logiciel informatique commun à l'ensemble du CHRU. L'assortiment est hebdomadaire et à la demande de l'équipe. Le pharmacien responsable du service se rend régulièrement dans les différentes unités.

La distribution des traitements ne se pratique pas en totale confidentialité ; en effet les médicaments sont distribués individuellement au moment du repas, dans la salle de soins qui est ouverte sur la salle commune où sont regroupés les patients.

PROPOSITION 6

Les traitements sont distribués à l'heure du repas dans la salle de soins, qui est ouverte sur la salle à manger. Il convient de rechercher une solution garantissant davantage la confidentialité.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« La salle de soins est celle qui garantit le plus de confidentialité et permet aux soignants, à ces moments importants du soin, de veiller sur la bonne prise des traitements. Son architecture en "L" permet de renforcer encore la confidentialité ».

Le CGLPL maintient cette proposition.

7. LE SOUCI DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

7.1 LA PRATIQUE DE LA CONTENTION EST LIMITEE EN NOMBRE ET EN DUREE

L'unité de soins sans consentement ne dispose pas de chambre d'isolement. Selon l'équipe soignante, il n'est pas pratiqué d'isolement en chambre ; par contre, le patient peut être contentonné dans sa chambre à l'aide d'attaches fixés sur son lit. Les attaches de différentes tailles

10 IRM : imagerie par résonance magnétique

sont stockées dans un placard de la salle de soin. Chaque infirmier dispose d'un aimant permettant de les ouvrir.

Une procédure datant de janvier 2018 décrit la démarche à suivre pour la mise en contention. Une présence doit être assurée pendant les dix premières minutes puis un passage doit être réalisé toutes les quinze minutes. La durée minimale de la contention est précisée – trente minutes pour les enfants et une heure pour les adultes – mais pas la durée maximale à partir de laquelle une nouvelle décision médicale est nécessaire.

Il est systématiquement fait appel à des renforts dans les autres services de l'hôpital Fontan afin d'être suffisamment nombreux pour réaliser la mise en contention sans risquer de blesser le patient. L'appel se fait *via* l'un des téléphones mobiles professionnels qui disposent d'une touche d'alerte, ou *via* une sonnerie retentissant dans toutes les unités. Les quatre membres et l'abdomen sont systématiquement contenus. Un traitement sédatif est systématiquement administré. Un médecin du service ou l'interne de garde est toujours présent.

Une fois contenu, le patient n'a pas à sa disposition de système d'appel ; il doit donc crier pour attirer l'attention d'un infirmier avec un risque de ne pas être entendu lorsque sa chambre est loin de l'espace de soins. Un patient a dit aux contrôleurs avoir uriné sur lui lors d'un épisode de contention.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les patients contenus doivent être équipés d'un boîtier d'appel mobile permettant d'alerter les soignants.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Ceci sera remonté à l'établissement ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Une chambre dédiée spécialement aux contentions/isolement va être identifiée et équipée conformément aux recommandations en la matière.

Echéance : printemps 2019 ».

Un registre est rempli depuis février 2013. Il s'agit d'un simple cahier comprenant les rubriques suivantes : « date d'entrée », « nom et prénom », « âge », « heure mise en contention », « prescription heure arrêt contention ».

L'analyse du registre montre les pratiques suivantes :

- un nombre de patients ayant eu au moins un épisode de contention dans l'année variant de onze en 2017 à vingt-cinq en 2015, soit, pour les deux dernières années, 2016 et 2017, environ un patient sur dix hospitalisés dans l'unité ;
- un nombre annuel d'épisodes de contention variant de quarante en 2015 à vingt-quatre en 2017 ;
- un nombre moyen d'épisodes par patient contenu oscillant entre 1,8 en 2013 et 3 en 2016 ;
- en 2017, des épisodes de 1 heure 30 pour le plus court à 2 jours pour le plus long.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Les procédures et les pratiques de contention mécanique doivent respecter la recommandation de bonne pratique de la HAS¹¹ de février 2017 ainsi que celles du CGLPL en ce qui concerne le lieu de la contention, le support de la prescription, la confirmation de la décision par un médecin senior lorsque la décision a été prise par un interne, le registre.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Par ailleurs, des travaux régionaux, dans le cadre du PRS 2, seront mis en œuvre sur la thématique des contentions et isolements (étude régionale des pratiques et partage autour des recommandations de bonnes pratiques) ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Un travail sur le respect des procédures a d'ores et déjà été engagé avec les équipes de psychiatrie adulte et enfant, incluant la réflexion en cours sur le dossier informatisé du patient. Un registre conforme est mis en place depuis cet été. Une chambre dédiée va être identifiée et équipée. Echéance : printemps 2019 ».

7.2 LES AGENTS DE SECURITE PARTICIPENT PARFOIS A LA MISE SOUS CONTENTION

Une vidéosurveillance couvre les espaces extérieurs et les halls d'entrée de certains bâtiments, dont les unités d'hospitalisation psychiatrique ne font pas partie.

La sécurité de l'ensemble du CHRU est assurée par une équipe d'agents professionnels. Parfois, les agents sont appelés en renfort par les équipes psychiatriques ; il s'agit en général d'intervenir à l'extérieur des unités auprès de « visiteurs agités ».

Les fugues sont rares : environ une tous les deux mois ; la plupart du temps, les soignants retrouvent le patient avant qu'il ait quitté le campus. Lorsque ce n'est pas le cas, l'équipe de sécurité est systématiquement informée pour participer aux recherches dans l'enceinte du CHRU et, si elles sont vaines, contacter la police. Très souvent, il s'avère que le patient s'est rendu dans sa famille, qui le reconduit à l'hôpital.

Lorsqu'un patient est particulièrement agité, il arrive que les équipes soignantes demandent du renfort, en actionnant le bouton d'alarme générale ou au moyen d'un appareil portatif (PTI : protection du travailleur isolé), qui est reçu par toutes les équipes des unités de psychiatrie.

D'après les déclarations faites aux contrôleurs, tant par des cadres de santé que par l'équipe de sécurité, les agents de sécurité sont intervenus neuf fois en 2016 et onze fois en 2017 à la demande d'une unité de psychiatrie pour « assistance à contention », formule qui, selon l'équipe de sécurité, signifie qu'ils participaient physiquement à la mise sous contention. Ce type d'intervention n'est pas clairement mentionné dans l'article du règlement intérieur du CHRU qui précise les modes d'actions du personnel de sécurité¹². Une fiche d'instruction de la direction de la sécurité, intitulée « Intervention de l'équipe de sécurité pour assistance à personne », précise : « L'assistance à la contention par l'équipe de sécurité doit avoir un caractère exceptionnel ».

¹¹ HAS : haute autorité de santé

¹² Article 205 « Personnels de sécurité générale »

Tous les agents suivent une formation de deux jours, commune avec des soignants, sur les thèmes « Prévention de situations de violence » et « Médiation sociale ».

RECOMMANDATION 6

La mise sous contention d'un patient doit être réalisée exclusivement par du personnel soignant. En aucun cas des agents de sécurité ne doivent participer autrement que par leur simple présence dissuasive.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Par ailleurs, des travaux régionaux, dans le cadre du PRS 2, seront mis en œuvre sur la thématique des contentions et isolements (étude régionale des pratiques et partage autour des recommandations de bonnes pratiques) ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Les agents de sécurité ne réalisent pas de mise sous contention. Ils ne font qu'assister parfois à la mise en contention d'un patient réalisée par le personnel paramédical après prescription médicale. Ils restent attentifs à la sécurité des soignants et du patient et y contribuent par leur présence dissuasive ».

Cette affirmation est contraire à ce que le chef de l'équipe de sécurité a déclaré aux contrôleurs.

7.1 LES SIGNALEMENTS DE MAUVAIS TRAITEMENTS ET LES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES SONT RARES

Les événements indésirables signalés par le pôle de psychiatrie concernent avant tout des situations de violence et des suspicions de viol. Ces dernières, au nombre d'une par an entre 2015 et 2017, sont en cours traitement juridique.

Les signalements en rapport avec un acte de violence sont orientés vers le « comité violence » du CHRU, qui se réunit une fois par trimestre ; il s'agit d'un comité pluridisciplinaire chargé d'analyser les situations de violence et de proposer des mesures de prévention. Une cellule d'analyse se réunit tous les quinze jours pour étudier les signalements.

Sans qu'il soit possible d'identifier les unités de l'hôpital Fontan, l'ensemble du pôle a adressé 119 fiches d'événements indésirables en 2016 concernant des violences ou incivilités. Sur un classement en cinq niveaux de gravité allant de 1 à 5, la moitié d'entre elles concernait les niveaux 1 et 2 et l'autre moitié le niveau 3 ; seuls deux signalements avaient été classés en 4.

8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

8.1 LES PERSONNES DETENUES NE FONT L'OBJET D'AUCUN TRAITEMENT SPECIFIQUE

Les personnes détenues ne sont plus dirigées vers le CHRU pour les soins psychiatriques mais vers l'UHSA de Lille-Seclin, de soixante places, rattachée au même pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHRU.

En 2016 - 2017, l'unité De Clérambault a accueilli deux patients détenus sur décision du représentant de l'Etat, totalisant sept journées d'hospitalisation en 2016 et quinze journées en 2017. Le 9 avril 2018 à 15h, une personne détenue franchissait les portes de l'hôpital Fontan 1 à l'issue de son hospitalisation débutée le 6 avril 2018 à 20h05, menottée et escortée par deux

surveillants la menant jusqu'à un véhicule pénitentiaire. Il s'agit de l'unique hospitalisation d'une personne détenue à la date de la visite pour l'année 2018, pour une durée de trois jours.

Parallèlement, l'UHSA admet près de 600 patients annuellement, en soins libres comme en soins sans consentement.

Une fois admises dans l'unité De Clérambault, comme les autres patients en raison du statut juridique des soins, les personnes détenues sont prises en charge dans les mêmes conditions d'hébergement et de soins que les autres patients.

8.2 LA GERONTOPSYCHIATRIE ASSURE UNE PRISE EN CHARGE TRES ATTENTIVE AU RESPECT ET AU BIEN-ETRE DU PATIENT

L'unité de gérontopsychiatrie, située au deuxième étage de Fontan 2, ne dépend pas du pôle psychiatrique mais du pôle de gérontologie.

D'une capacité d'accueil de vingt-quatre lits, cette unité, dont l'accès est protégé par un digicode, reçoit des personnes âgées présentant, pour certaines une symptomatologie de démence ou de maladie d'Alzheimer, pour d'autres des troubles du comportement d'origine psychiatrique.

Sous la responsabilité d'un médecin praticien hospitalier ayant la double compétence de psychiatre et de gériatre, l'équipe de jour est composée d'un second médecin psycho-gériatre, d'un interne, d'un cadre de santé en formation, de quatorze infirmiers et seize aides-soignants, d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien. La nuit, une équipe dédiée, comptant neuf soignants (six infirmiers et trois aides-soignants), travaille par groupe de trois de 20h45 à 7h.

Tous les soignants ont été volontaires pour être affectés dans cette unité et tous ont reçu une formation spécifique.

Les patients sont répartis dans trois secteurs comportant respectivement huit chambres, l'un des trois étant réservé aux patients atteints de pathologies psychiatriques. Aucun des patients n'est hospitalisé sous le régime des soins sans consentement.

L'unité de gérontopsychiatrie du CHRU est l'une des 120 unités cognito-comportementales (UCC) progressivement réparties sur le territoire national depuis 2008 dans le cadre du plan Alzheimer. Elle bénéficie ainsi de locaux récemment rénovés avec des lieux de vie communs et des salles dédiées à l'ergothérapie et à la psychomotricité.

Les chambres, toutes individuelles, d'une surface de 13 m², sont meublées avec goût et adaptées à la pathologie somatique éventuelle des résidents (matelas spéciaux, etc.).

La prise en charge non médicamenteuse est privilégiée par la mise en place d'un programme individuel de réhabilitation cognitive et comportementale. Les soignants disent ainsi privilégier le soin relationnel ; ils sont apparus très investis et extrêmement présents auprès des patients.

Les contrôleurs ont assisté à un déjeuner pris dans une petite salle à manger ; les huit résidents installés autour d'une table dressée sur une nappe blanche, étaient servis, en assiette individuelle, par deux soignants ; incités à échanger entre eux, les patients étaient souriants et l'ambiance du repas joyeuse.

Encouragés à l'exercice régulier, voire quotidien, d'activités physiques douces, stimulés par l'organisation de jeux ou la mise en place de groupes de paroles, soignés pour leur pathologie somatique, les patients, adressés à ce service par leur médecin traitant, y séjournent pour une durée moyenne de deux mois.

8.3 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE OFFRE DES PRISES EN CHARGES INTENSIVES SUR DES DUREES COURTES

Les enfants âgés de 4 à 16 ans sont accueillis dans l'unité Pierre Male. Cette unité est fermée. Elle comprend douze lits d'hospitalisation en chambres individuelles, une chambre d'apaisement et une chambre servant à la contention. Un lit est réservé pour l'accueil d'enfant placé dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Il s'agit de la seule unité d'hospitalisation complète pour enfants de moins de 12 ans de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais.

L'équipe, multidisciplinaire – soignants, médecins, psychologue, psychomotricienne, enseignant, éducateurs, assistante sociale –, permet une prise en charge intensive des patients en entretien et en activités thérapeutiques dans et hors de l'unité.

En début de semaine, il est remis à l'enfant un planning de son activité, qui a été élaboré le vendredi par l'équipe en tenant compte de l'observation faite tout au long de la semaine.

Chaque enfant bénéficie d'un entretien quotidien avec un interne en présence de son infirmier référent, et de trois entretiens hebdomadaires avec un médecin senior. Sur prescription médicale, il peut avoir des entretiens avec la psychologue, être pris en charge par la psychomotricienne et participer à l'un des quinze ateliers thérapeutiques qui se tiennent dans l'une des nombreuses salles d'activité ou en extérieur. La présence d'un enseignant à temps plein permet d'assurer le suivi de la scolarité et les contacts avec l'école afin d'organiser au mieux le retour en milieu scolaire. Le jeudi matin, se tient le « groupe de vie » associant enfants et équipe pour un passage en revue de la semaine écoulée.

Des activités informelles peuvent avoir lieu tout au long de la journée grâce à la présence de deux à quatre soignants : salle multimédia, salle informatique, jeux de société. Des repas exceptionnels ont lieu au moment de Noël, de Pâques, pour la galette des rois. Pendant les vacances, des sorties sont organisées au cirque, bowling, plage.

Les enfants ont accès à deux lieux extérieurs : un patio au sol antichoc avec un arbuste et un panier de basket-ball, dont les portes ouvertes permettent un accès libre dès lors qu'un soignant est présent dans le bureau infirmier dont les fenêtres donnent sur le patio, une cour au sol bétonné sur une partie et recouvert de gazon sur l'autre, comportant trois tables avec bancs, dont l'accès est limité aux activités encadrées par un soignant.



La cour de l'unité de pédopsychiatrie

Les hospitalisations en urgence sont exceptionnelles. Elles peuvent provenir des services d'accueil des urgences pédiatriques du CHRU ou de la consultation sur place. Une place est réservée pour accueillir les urgences « absolues » telles qu'une tentative de suicide très grave. En général, l'hospitalisation est précédée d'une consultation de pré-hospitalisation permettant de faire visiter le service à la famille et de lui présenter ainsi qu'à l'enfant les règles de vie de l'unité. La liste d'attente est d'une dizaine d'enfants ; le rendez-vous pour une préadmission peut nécessiter un délai de un à trente jours. Le nombre d'admissions est d'environ trois par semaine.

La grande majorité des hospitalisations, 70 % environ, se fait sur une durée courte – deux à trois semaines – pour une évaluation et la mise en route d'un traitement qui se poursuivra ensuite en ambulatoire. Une majorité des enfants, 60 % environ, bénéficie d'une mesure de placement. Des synthèses sont organisées avec l'ensemble des partenaires concernés par l'enfant au cours de l'hospitalisation. Les familles sont reçues une fois par semaine et peuvent appeler tout au long de la semaine.

La sortie est précédée d'un entretien en partenariat avec l'équipe qui va prendre en charge l'enfant en ambulatoire. Les rendez-vous sont pris de façon à ce qu'il n'y ait pas d'interruption dans la prise en charge.

La démarche de prise en charge des enfants en situation de crise avec risque de violence est bien protocolisée et se fait par étapes : sortie du groupe vers une activité individuelle, accompagnement de l'enfant dans sa chambre, conduite dans la chambre d'apaisement avec surveillance permanente et, en dernière instance, contention dans une chambre dédiée.

Les murs et le sol de la chambre d'apaisement, dite « chambre coussin », sont recouverts d'un matériau permettant d'amortir les chocs ; elle est équipée d'un coussin de très grande dimension. Les enfants peuvent s'y rendre à leur demande ou sur proposition d'un soignant. La création de cette pièce a, selon l'équipe, diminué fortement la pratique des contentions.

La contention, lorsqu'elle est jugée nécessaire par l'équipe, se fait dans une pièce dédiée équipée d'un lit médical fixé au sol, les liens de contention y étant fixés en permanence.



Chambre d'apaisement

Chambre dédiée à la contention

L'enfant est toujours prévenu de la nécessité de le contenir. La contention se fait toujours en présence du médecin. Un soignant est présent auprès de l'enfant pendant les vingt premières minutes puis l'enfant est laissé seul dans la pièce fermée à clé avec le passage d'un soignant toutes les quinze minutes. Les parents sont systématiquement prévenus de la mise sous contention.

Un registre de contention existe depuis le 27 octobre 2013. Chaque épisode de contention donne lieu à l'inscription des renseignements suivants : nom et prénom de l'enfant, date de naissance, date d'hospitalisation, date et heure de la mise sous contention. L'heure de fin de contention n'étant pas inscrite il n'est pas possible d'en connaître la durée ; selon l'équipe, elle est courte, de l'ordre de 1 heure à 1 heure 30, sauf si l'enfant s'est endormi.

En 2016, sur les 101 enfants hospitalisés, 25 ont eu au moins un épisode de contention, leur nombre par enfant allant de 1 à 14 avec un total de 63 épisodes.

En 2017, sur les 102 enfants hospitalisés, 7 ont eu au moins un épisode de contention, leur nombre par enfant allant de 1 à 18 avec un total de 35 épisodes.

Le nombre d'enfants contenus a peu changé depuis 2014 (vingt-quatre) et 2015 (dix-huit) ; par contre, le nombre d'épisodes a fortement diminué : 309 en 2014, 157 en 2015 puis 63 en 2016 et 35 en 2017. Cette diminution est liée, selon les déclarations faites aux contrôleurs, à l'évolution du recrutement du service.

L'examen de quelques dossiers a permis de constater la présence d'une feuille de contention dans le dossier et l'existence d'observations dans le dossier infirmier et le dossier médical.

RECO PRISE EN COMPTE 11

En pédopsychiatrie, la tenue du registre de contention et d'un registre d'apaisement doit permettre une entière traçabilité de ces deux mesures.

Dans sa réponse, la directrice générale de l'ARS déclare :

« L'ARS est en accord avec la recommandation dont elle prend acte. Par ailleurs, des travaux régionaux, dans le cadre du PRS 2, seront mis en œuvre sur la thématique des contentions et isolements (étude régionale des pratiques et partage autour des recommandations de bonnes pratiques) ».

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« Un registre de contention conforme aux exigences est en œuvre depuis cet été. Concernant la salle d'apaisement, seules les rares situations où l'enfant ne peut sortir librement de la pièce seront tracées. En effet, cette pièce d'apaisement est en règle générale en libre accès et la porte reste ouverte ».

9. CONCLUSION GENERALE

L'organisation des soins psychiatriques au CHRU comporte des consultations non seulement dans un CMP mais aussi, au sein de l'hôpital, un service des urgences qui dispose en permanence d'une équipe médicale et soignante psychiatrique, un « centre d'accueil et de crise » qui permet de limiter les hospitalisations aux seuls patients qui en ont véritablement besoin. Par ailleurs, dès l'admission le patient est pris en charge avec le souci de préparer sa sortie.

Cependant, les spécificités liées à l'hospitalisation sans consentement ne sont pas suffisamment prises en compte et l'aspect sécuritaire est prégnant dans l'unité fermée.

Le confort rudimentaire des chambres, dont aucune ne dispose de local sanitaire, et le manque d'activités, voire de vie conviviale, ont été déplorés par l'ensemble des patients.

Alors que le livret d'accueil ne contient aucune explication quant à la spécificité de l'hospitalisation en soins sans consentement, les droits des patient, tels que prévus par la loi, sont remarquablement formalisés mais notifiés par un personnel soignant insuffisamment formé à l'utilité d'un tel exercice, donc peu convaincu pour donner des explications pédagogiques sur la mise en œuvre de ces droits.

Quelques activités sont possibles – table de ping-pong, baby-foot, jeux de société, deux téléviseurs – mais les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité n'ont aucune possibilité de se dépenser physiquement pour lutter contre la sédentarité ; des appareils de musculation existent mais ils sont situés à un autre étage donc inutilisables. Quelques ateliers (bois, art-thérapie) situés dans l'unité et un centre socio-thérapeutique, du type « cafétéria », situé à l'étage, ne fonctionnent plus suite à l'annulation des équipes dédiées, il y a quelques années.

L'unité fermée ne dispose pas de chambre d'isolement ; il s'y pratique, certes rarement et dans la chambre du patient concerné, des mises en contention dont un protocole en définit strictement les modalités ; toutefois, il n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, pas plus que n'est adapté le registre de contention, qui ne relève pas l'intégralité des modalités de la durée de la mesure

Enfin, il a pu être constaté la qualité de la prise en charge des enfants dans l'unité de pédopsychiatrie et plus encore l'excellence, au regard du respect des droits fondamentaux, du service de gérontopsychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur général du CHRU déclare :

« La recherche et le soin ne s'opposent pas au CHU de Lille, connu au contraire pour son investissement très particulier dans l'innovation médicale traduite dès que possible en améliorations concrètes pour les patients.

« La recherche est au service du soin, au service des patients. Ces approches se complètent et s'enrichissent, par exemple l'innovation thérapeutique pour des patients multi-résistants et très invalidés qui nous sont référés de toute la région Hauts de France.

« Le nombre d'activités prescrites pendant l'hospitalisation n'est pas un indicateur pertinent ni suffisant de dynamisme en santé mentale aujourd'hui, contrairement aux programmes des établissements médico-sociaux par exemple. Il faut appréhender la prise en charge dans son ensemble et non seulement au regard de son épisode hospitalier ».

« Pour autant, le pôle de "psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire" est décidé à mener une nouvelle réflexion éthique et opérationnelle sur les notions de convivialité dans un espace de soins sans consentement, de confort de séjour, d'articulation du droit d'aller et venir et de la nécessité du soin contraint, de conciliation des lieux de vie et de lieux de soin...

Autant de thèmes qui se retrouvent en filigrane dans le rapport et sur lesquels les responsables médicaux et soignants veulent apporter une réponse avant de s'engager dans l'écriture d'un projet médical de pôle ».

ANNEXE - RECUEIL DES SIGLES UTILISES

ARS	: agence régionale de santé
CAC	: centre d'accueil et de crise
CDHP	: commission départementale des hospitalisations psychiatriques (ancienne appellation de la CDSP)
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CDU	: commission des usagers
CGLPL	: contrôle général des lieux de privation de liberté
CHRU	: centre hospitalier régional universitaire
CLSM	: conseil local de santé mentale
CMP	: centre médico-psychologique
CRUQPC	: commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (ancienne appellation de la CDU)
CSP	: code de la santé publique
DMS	: durée moyenne de séjour
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSM	: établissement public de santé mentale
ESPIC	: établissement de santé privés d'intérêt collectif
ETP	: équivalent temps plein
F2RSM	: fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale
GHT	: groupement hospitalier territorial
HAS	: haute autorité de santé
HME	: hospitalisation mère - enfant
IRM	: imagerie par résonance magnétique
JLD	: juge des libertés et de la détention
OPP	: ordonnance de placement provisoire
PMR	: personne à mobilité réduite
PTI	: protection du travailleur isolé
SAU	: service d'accueil des urgences
SPDRE	: soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SPDT(U)	: soins psychiatriques sur demande d'un tiers (en urgence)
SPPI	: soins psychiatriques pour péril imminent
TGI	: tribunal de grande instance
UHSA	: unité hospitalière spécialement aménagée
ZAO	: zone d'accueil et d'orientation