

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

9 au 13 décembre 2019 -1^{ère} visite

EPSM de Lille-Métropole

(Lille et Armentières, *Nord*)



Maquette du site d'Armentières réalisée par des patients

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont visité l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, sur ses sites d'Armentières et de Lille, entre le 9 et le 13 décembre 2019.

Un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, au directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Lille ainsi qu'au directeur de cabinet du préfet du Nord. Seule la directrice de l'EPSM a fait valoir ses observations intégrées au présent rapport.

L'EPSM Lille-Métropole assure les soins de psychiatrie sur neuf secteurs de psychiatrie générale (649 880 hab. dont 506 934 adultes) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (273 069 hab. dont 70 829 de moins de 18 ans). Les secteurs couvrent des populations qui vont de 64 700 habitants pour le secteur G10 à 118 755 habitants (secteurs G16-17 réunis). Les unités d'hospitalisation complète de l'EPSM sont réparties sur quatre sites : Armentières, qui est le siège de l'établissement (quatre-vingt-trois lits), Tourcoing (quarante-quatre lits), Seclin (trente et un lits) et la Clinique Jérôme Bosch de Lille (dix lits).

Les contrôleurs ont visité les cinq unités du site d'Armentières correspondant aux secteurs G07, G18, G19, G20, ainsi que l'unité intersectorielle de psychiatrie infanto-juvénile Nicolas de Staël et, à Lille, la clinique Jérôme Bosch du secteur G21, la structure de coordination ambulatoire de même que les services d'urgence.

Porté par son médecin chef, le secteur G21 s'est inscrit depuis plus de trente ans dans un modèle de psychiatrie citoyenne. Il s'agit d'une approche de soins en santé mentale communautaire, alternative à l'hospitalisation et respectueuse de la dignité et des droits des patients. L'organisation des soins est conçue en partenariat avec les médecins généralistes, les familles et les acteurs du champ social. L'isolement et la contention ne sont que rarement pratiqués au sein de ce secteur.

Au travers du projet médical de l'établissement, toutes les structures de l'EPSM Lille-Métropole ont redéfini leurs orientations privilégiant de nombreuses alternatives ambulatoires et l'intégration des patients dans la communauté. En conséquence, l'activité d'hospitalisation complète adulte est en baisse constante et les patients en soins sans consentement sont suivis, dans leur majorité, en milieu extra hospitalier.

Cependant si les filières de prise en charge somatique et psychiatrique répondent aux besoins de soins et respectent globalement les droits de patients, toutes les unités d'hospitalisation d'Armentières sont fermées réduisant la liberté d'aller et venir, y compris pour ceux des patients admis en soins libres. Ces derniers, ne serait-ce que pour sortir dans le parc de l'établissement, doivent bien souvent attendre l'accord verbal de l'équipe paramédicale, voire d'un médecin. Pour les patients en soins consentement, les sorties dans le parc sont même considérées comme des sorties extérieures : elles nécessitent une décision formelle (du préfet ou du psychiatre, selon leur statut). Par ailleurs, les chambres de certaines unités sont également inaccessibles durant la journée. Les préoccupations sécuritaires priment donc sur le droit à la liberté de circulation et sont en contradiction avec les concepts d'autonomie et de liberté des patients exprimés tant dans le projet médical qu'au sein des différentes instances. Par ailleurs, hors le secteur G21, l'isolement et la contention sont encore régulièrement pratiqués, à une fréquence certes moindre que dans la plupart des établissements psychiatriques visités par le CGLPL, mais pour des durées souvent trop longues. A ce titre, des différences importantes ont été constatées entre

les secteurs (durées moyennes de l'isolement allant d'une journée et demie à cinq jours selon les unités). Il en va de même pour la contention : dans deux unités, une majorité d'entre elles dépassent les vingt-quatre heures et les durées maximales relevées sont préoccupantes (trente-trois jours). Une analyse plus fine des pratiques en équipe pluridisciplinaire pourrait contribuer à les modifier. Il convient de préciser que l'établissement a tenu compte d'une partie des recommandations émises par les contrôleurs dès réception du rapport provisoire et a engagé une réflexion institutionnelle au sein des instances de gouvernance ainsi qu'au travers de groupes de travail. Les mesures d'ores et déjà mises en œuvre sont mentionnées dans le présent rapport.

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 44

La spécialisation d'un groupe d'avocats du barreau de Lille dans le contentieux relatif à l'admission en soins psychiatriques sans consentement est de nature à favoriser les droits fondamentaux des patients admis sous ce statut.

BONNE PRATIQUE 2 45

La juriste de l'hôpital assure une veille juridique et une diffusion de toutes les informations et évolutions issues des lois et recommandations relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et à la contention, de sorte que l'encadrement et la communauté médicale sont sensibilisés au développement rapide du droit en la matière.

BONNE PRATIQUE 3 58

Les médecins généralistes de ville sont totalement intégrés à la prise en charge des patients par un ensemble de liens entre eux et le pôle de psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 4 71

La gestion des activités thérapeutiques, bien insérée dans le suivi médical des patients, est favorisée par le dynamisme des équipes et une formation spécifique dès le recrutement des agents.

BONNE PRATIQUE 5 71

Les patients placés en chambre d'isolement sont examinés chaque jour par les médecins somaticiens.

BONNE PRATIQUE 6 80

Dans certaines unités, un entretien formel est effectué avec le patient à l'issue de la mesure d'isolement qu'il a subi, centré sur son ressenti. Ce dispositif, qui participe d'une meilleure analyse des pratiques, va être prochainement généralisé à l'ensemble des unités disposant d'une chambre d'isolement ; il mériterait d'être étendu à d'autres hôpitaux psychiatriques.

BONNE PRATIQUE 7 87

La création d'une structure spécifique a permis de prendre en charge, en respectant leur dignité et leurs besoins particuliers, les patients hospitalisés au long cours pour lesquels n'existait aucune perspective de placement extérieur.

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 18

Le modèle de prise en charge dans le secteur G21, par son caractère spécifique et son respect majeur des droits fondamentaux des usagers, doit faire l'objet d'une analyse médico économique afin d'en déterminer l'efficacité et la reproductibilité.

RECOMMANDATION 2 33

L'établissement doit étendre et faciliter dans tous les secteurs une participation active des associations de patients et familles de patients à l'instar de ce qui est fait dans le secteur G21.

RECOMMANDATION 3 36

Face à l'importante augmentation des violences commises par les patients, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions dérivatives et limiter encore plus les passages à l'acte hétéro-agressifs.

RECOMMANDATION 4 38

Si le rôle de la personne de confiance et le processus de désignation sont explicités, son implication dans la prise en charge du patient doit être rendue effective.

RECOMMANDATION 5 41

Il est impératif de mettre en place une procédure visant à garantir l'anonymat de l'hospitalisation des patients qui doivent être informés de cette possibilité lors de l'entretien d'admission.

RECOMMANDATION 6 46

Les demandes d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de douze heures ne doivent pas être effectuées pour une sortie dans le parc de l'établissement ou pour se rendre à des activités ou rendez-vous à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

RECOMMANDATION 7 50

Les restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes en soins libres n'ont aucune base légale. Il est urgent de remédier à cette situation afin de respecter les droits des patients.

RECOMMANDATION 8 51

Une réflexion collective doit être menée sur la sexualité pour unifier les approches et favoriser la discussion avec les patients.

RECOMMANDATION 9 63

Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.

RECOMMANDATION 10 63

Le placement sous contention des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doit être décidé par un médecin psychiatre.

RECOMMANDATION 11 63

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

RECOMMANDATION 12 78

L'architecture et la configuration des chambres d'isolement doivent être revues pour respecter l'intimité et la dignité des patients.

RECOMMANDATION 13 85

Une décision d'isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de douze heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée.

RECOMMANDATION 14 89

La contention d'un patient de psychiatrie sur un brancard doit être décidée par un psychiatre au regard des considérations individuelles et cliniques.

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 22

La formation de professionnalisation mérite d'être renforcée dans ses aspects portant sur les dispositions des lois de 2011 et 2016 relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et la contention, et rendue obligatoire pour tous les soignants des unités d'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 2 28

La copie de tout document inhérent à l'admission en soins sans consentement doit être remise au patient tout au long de son hospitalisation y compris celle des certificats médicaux.

RECO PRISE EN COMPTE 3 30

Lorsque le manquement professionnel d'un agent est rapporté au travers de la réclamation d'un patient ou de l'un de ses proches, la direction de la relation avec les usagers doit recueillir des explications auprès de l'équipe concernée mais également en aviser parallèlement la direction des ressources humaines.

RECO PRISE EN COMPTE 4 37

Les sorties sans autorisation des patients en soins sans consentement et les « disparitions inquiétantes » des patients en soins libres ne doivent pas être compatibles ensemble. Plus généralement, la mesure des sorties sans autorisation, aujourd'hui assez aléatoire, doit

être affinée avant d'en tirer toute conséquence sur le quotidien des patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 5 68

Un comité d'éthique doit être rapidement installé.

RECO PRISE EN COMPTE 6 74

Les prescriptions « si besoin », dans la prise en charge des situations de crise, doivent être prohibées.

RECO PRISE EN COMPTE 7 83

La réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention, dans les unités et au niveau institutionnel, doit être encore développée, basée sur des données statistiques exploitables, et communiquées non pas de façon brute mais analytique. Elle doit conduire à une harmonisation des processus et à une réduction des mesures d'isolement et de contention et de leur durée.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'EPSM Lille-Métropole est un acteur majeur de la psychiatrie dans les Hauts-de-France	13
2.2 Les unités d'hospitalisation complète de l'EPSM sont réparties sur quatre sites	15
2.3 Dans un contexte d'équilibre, l'exploitation de l'établissement est principalement dirigée vers la prise en charge ambulatoire.....	16
2.4 Les effectifs en personnel sont désormais stabilisés et les formations prennent en compte les spécificités des patients admis en psychiatrie.....	18
2.5 L'établissement a mis en place une formation d'adaptation à l'emploi et un tutorat pour les nouveaux soignants.....	21
2.6 Les patients en soins sans consentement, très majoritairement admis sur demande de tiers, constituent 27 % de la file active des personnes hospitalisées	23
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	27
3.1 L'information est donnée aux patients sans consentement de manière sérieuse	27
3.2 Les réclamations des patients et de leurs proches sont prises en compte au niveau individuel comme au niveau institutionnel	28
3.3 Les incidents sont correctement mesurés et signalés, permettant d'objectiver une nette augmentation des violences	33
3.4 La désignation d'une personne de confiance est encouragée mais sa participation à la prise en charge du patient n'est pas organisée	38
3.5 Les patients sont informés de leur droit de voter et mis en mesure de l'exercer	39
3.6 Les patients ont facilement accès à un culte et peuvent bénéficier d'activités et de sorties organisées par les aumôniers	39

3.7	Les mandataires judiciaires sont bien associés à la prise en charge des patients, qu'ils soient de l'établissement, associatifs ou privés.....	39
3.8	La confidentialité de l'hospitalisation des patients n'est pas effective	40
4.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	42
4.1	La commission départementale des soins psychiatriques visite chaque année deux unités de l'établissement.....	42
4.2	Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent dans des locaux adaptés et fonctionnels, mais les patients sont peu présents	42
4.3	Les registres de la loi sont tenus et renseignés conformément à la loi	45
4.4	Les sorties autorisées sont nombreuses pour permettre rapidement une levée des mesures et les programmes de soins peu développés.....	46
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	49
5.1	Les restrictions d'aller et venir s'appliquent indifféremment aux patients en soins sans consentement et à ceux qui sont en soins libres	49
5.2	Les communications avec l'extérieur ne font pas l'objet de restrictions.....	50
5.3	Aucune réflexion d'ensemble n'est menée sur la sexualité	51
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	52
6.1	Les locaux de vie sont inégalement adaptés à la prise en charge des patients ..	52
6.2	L'hygiène est respectée en tous lieux.....	54
6.3	Les patients peuvent conserver leurs biens s'ils sont en capacité de les gérer ..	54
6.4	Un effort particulier est réalisé quant à la qualité des repas	54
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	56
7.1	Les urgences psychiatriques sont prises en charge au sein du milieu de vie.....	56
7.2	Les modalités d'accès aux soins psychiatriques respectent les droits des patients	64
7.3	L'accès aux soins somatiques est garanti	71
7.4	L'accès aux autres soins spécialisés est assuré	72
7.5	L'accès aux traitements respecte la confidentialité et la sécurité	72
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	75
8.1	Les chambres d'isolement ne sont pas aux normes et ne respectent pas toujours la dignité et l'intimité des patients.....	75

8.2	Si les pratiques d'isolement et de contention sont disparates et insuffisamment analysées, le suivi des patients est correctement assuré	78
8.3	L'analyse du registre d'isolement et de contention permet de constater que le nombre de décisions est globalement mesuré mais que leur durée est parfois excessive	83
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	86
9.1	L'espace de soins plurisectoriel (ESPS) permet de trouver des placements à l'extérieur de l'hôpital pour des patients jusque-là sans perspectives d'évolution	86
9.2	Le nombre d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie et la durée moyenne de leur séjour ont beaucoup baissé depuis le virage ambulatoire	87
9.3	Les personnes détenues sont prises en charge par défaut de l'UHSA	88
10.	CONCLUSION.....	90

Rapport

Contrôleurs :

- Chantal Baysse, cheffe de mission ;
- Alexandre Bouquet, contrôleur ;
- Luc Chouchkaieff, contrôleur ;
- Agathe Logeart, contrôleure ;
- Jacques Martial, contrôleur ;
- Annick Morel, contrôleure ;
- Danielle Piquion, contrôleure.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au siège de l'établissement, situé à Armentières, le 9 décembre 2019 à 15h. Ils l'ont quitté le 13 décembre 2019 à 10h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant trente-trois auditeurs dont le vice-président de la commission médicale d'établissement (CME), les directeurs adjoints, les chefs de pôle, les assistants de pôle, les cadres supérieurs et les cadres de santé ainsi que la juriste de l'établissement.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du département du Nord, ainsi qu'avec le secrétariat du procureur de la République et les contrôleurs se sont entretenus téléphoniquement avec le président du tribunal judiciaire(TJ) de Lille et le délégué territorial de l'agence régionale de sante (ARS) des Hauts-de-France. Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) à l'établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise à Saint-André-lez-Lille.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs ; deux d'entre elles ont souhaité avoir un contact téléphonique avec les contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des ceux-ci une salle de travail équipée de plusieurs ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

Des affichettes, signalant la visite du CGLPL, 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 membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. A cet égard, il convient de souligner la qualité de l'accueil réservé aux contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 13 décembre 2019 en présence du directeur, de ses adjoints et des membres présents lors de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire a été adressé à la directrice de l'EPSM Lille-métropole, à la délégation de l'agence régionale de santé du département du Nord, aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Lille ainsi qu'à la préfecture du Nord. Seule la directrice de l'EPSM a fait valoir ses observations reçues le 13 octobre 2020 et intégrées en italique au présent rapport. Outre ses observations, la directrice de l'établissement a fait parvenir à la Contrôleure générale le plan d'action élaboré depuis la visite ainsi que les justificatifs des modifications mises en œuvre pour répondre aux recommandations émises.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'EPSM LILLE-METROPOLE EST UN ACTEUR MAJEUR DE LA PSYCHIATRIE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

2.1.1 De l'asile au groupement hospitalier de territoire

L'histoire de l'EPSM d'Armentières pourrait illustrer, en partie, celle de la psychiatrie en France.

L'hôpital d'Armentières est d'abord, sur un premier site en 1615, « La maison des Bons Fils » du nom de la congrégation de son fondateur Henri Pringuel qui dispense un enseignement pour garçons avant d'héberger au XVIII^{ème} siècle des pensionnaires détenus pour démence.

Sa vocation d'accueil des aliénés, incurables ou agités, selon les époques, traverse la révolution et les vicissitudes de changements de sa gestion qui devient publique à partir de 1815. Conformément aux lois le régissant, il est hôpital psychiatrique en 1937, centre hospitalier spécialisé en 1972, établissement public de santé mentale en 1992. En 350 ans, l'établissement connaît trois reconstructions : une première en 1872 sur le site actuel au 104 rue du général Leclerc ; une seconde en 1921 après sa destruction pendant la première guerre mondiale, période à laquelle on doit l'architecture flamande de l'ensemble ; une dernière à partir de 1951 pour réparer les dégâts du second conflit mondial. Ces reconstructions permettent d'accueillir un nombre croissant de patients : 1 294 avant la guerre de 1914, 2 480 en 1931, 2 020 en 1954 et 2 384 en 1960. Les décennies suivantes, qui voient la création des secteurs, sont marquées par une diminution progressive des capacités hospitalières sur le site (en 2000, l'établissement comptait encore 681 lits), la construction de plusieurs unités d'hospitalisation « déconcentrées » dans les secteurs de vie des patients, parallèlement à la création de nombreuses structures ambulatoires.

Le rapprochement de l'établissement avec l'EPSM des Flandres conduit en 2013 à l'instauration d'une direction commune entre les deux institutions et à la mise en place d'un projet d'établissement et médical partagé.

Un nouveau pas dans les regroupements est franchi en 2017 avec la constitution pour dix ans d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) Nord-Pas-de-Calais, formé de quatre établissements psychiatriques de la région (EPSM Lille-Métropole, des Flandres, Val-de-Lys-Artois et de l'Agglomération lilloise). L'EPSM Lille-Métropole en est l'établissement support. Ce GHT assure la prise en charge en santé mentale sur trente secteurs de psychiatrie adulte et neuf secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, couvrant 895 communes pour 1 987 159 habitants (soit un tiers de la population des Hauts-de-France). Le projet d'établissement commun aux quatre structures de psychiatrie est en cours d'élaboration et abordera cinq thématiques prioritaires : les adolescents et 16-25 ans, la psychogériatrie, la précarité avec un focus sur les migrants et demandeurs d'asile, la réhabilitation psychosociale notamment en favorisant l'accompagnement et le rétablissement du patient dans la cité, l'articulation entre psychiatrie et secteur médico-social.

2.1.2 Le projet d'établissement et le projet médical

Le projet d'établissement des EPSM Lille-Métropole et des Flandres 2018-2022 propose des axes de convergence dans leur prise en charge. Les deux EPSM couvrent un vaste territoire, comprenant plusieurs bassins de vie, des zones diversement peuplées, accessibles et confrontées à des problématiques spécifiques. Le Nord Pas-de-Calais est sous-doté de manière générale avec douze à treize psychiatres pour 1000 000 habitants.

En raison de ces besoins de soins différents, la construction du projet médical des établissements est restée propre à chaque EPSM, voire à chaque pôle, et les éléments partagés se concentrent autour de thématiques de prise en charge transversales. Le projet médical commun assemble ces différents projets des pôles et le travail avec les partenaires y constitue un élément important de la prise en charge, favorisant le repérage et l'orientation vers le soin de patients non connus des EPSM, et le développement d'un accompagnement du patient en lien avec les institutions sociales et médico-sociales.

Le projet médical rappelle entre autres quelques priorités comme la prise en charge pensée en terme de filière principalement ambulatoire, la poursuite des liens avec les partenaires libéraux grâce aux réunions annuelles avec les médecins de ville, l'accompagnement des usagers dans le parcours de soins somatiques, le développement des équipes mobiles de soins intensifs, de réhabilitation psychosociale et de psychogériatrie, la permanence téléphonique, la coordination entre les secteurs de psychiatrie adulte et le secteur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la création d'une équipe « diagnostique » autisme de proximité (EDAP).

La prévention des situations de violence est évoquée à travers l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge (projet de rapprochement des lits des secteurs de psychiatrie générale G19 et G20 à Saint-André-lez-Lille à proximité du CH Saint-Philibert dans des locaux plus adaptés), la formation des professionnels à la prévention des violences, le développement des espaces d'apaisement tout en diminuant le recours à l'isolement et la contention.

Des actions sont prévues à destination des parents de patients : groupe de parole pour les familles ou pour l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile I03, des soins à médiation (cf. *infra* 7.2.7) ou des activités événementielles avec la participation des parents.

Le projet prévoit aussi de compléter la prise en charge par l'intermédiaire de thérapies spécifiques, diversifiées ou innovantes : thérapies comportementales et cognitives, thérapies systémiques brèves, thérapies familiales et de couple, thérapie de groupe, hypnose, consultations des entendeurs de voix, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, méditation pleine conscience, luminothérapie, psychothérapie transculturelle, thérapie à médiation corporelle (psychomotricité, balnéothérapie, activité thérapeutique (cf. *infra* § 7.2.2), développement de la pair-aidance¹.

¹ Entraide entre personnes souffrant de la même maladie

2.1.3 Les pratiques innovantes de l'EPSM au travers du secteur G21

Depuis plus de trente ans, un des secteurs psychiatriques de ce qui était alors « l'hôpital d'Armentières » – le secteur G21 – s'est inscrit dans un modèle de psychiatrie citoyenne. Portée par son médecin chef de l'époque, il s'agit d'une approche de soins en santé mentale communautaire, alternative à l'hospitalisation et respectueuse de la dignité et des droits des patients. L'organisation des soins est conçue en partenariat avec les médecins généralistes, les familles et les acteurs du champ social. L'isolement et la contention ne sont pas pratiqués au sein de « La Clinique » qui dispose de dix lits d'hospitalisation. (cf. *infra* § 7.2).

Reconnu comme promoteur de ce modèle, l'EPSM Lille-Métropole a été désigné au début des années 2000 comme centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (COMS) pour la recherche et la formation en santé mentale. Composé d'une équipe pluridisciplinaire (médecins psychiatres, médecins de santé publique, chercheurs en santé publique, psychologues), il œuvre notamment au soutien et au développement du programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits des personnes ayant un problème de santé mentale en France, à la participation des citoyens au développement de la qualité des soins et à la lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques.

Par ailleurs, l'EPSM Lille-Métropole adhère à la fédération régionale de recherche en santé mentale, est administrateur du groupement de coopération sanitaire pour la « recherche et la formation en santé mentale » au niveau national et vient en appui méthodologique aux conseils locaux de santé mentale (CLSM) au niveau national.

2.2 LES UNITES D'HOSPITALISATION COMPLETE DE L'EPSM SONT REPARTIES SUR QUATRE SITES

2.2.1 L'implantation des structures de soin

L'EPSM Lille-Métropole assure les soins de psychiatrie sur neuf secteurs de psychiatrie générale (649 880 hab. dont 506 934 adultes) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (273 069 hab. dont 70 829 de moins de 18 ans). Les secteurs couvrent des populations qui vont de 64 700 habitants pour le secteur 10 à 118 755 habitants (secteurs G16-17 réunis). Le secteur G21 (86 855 habitants) est avec le secteur G18 l'un des plus denses.

Il dispose pour cela de quatre sites hospitaliers : Armentières (quatre-vingt-trois lits), Tourcoing (quarante-quatre lits), Seclin (trente et un lits) et la Clinique Jérôme Bosch de Lille (dix lits).

Seuls les sites hospitaliers d'Armentières et Lille ont fait l'objet du présent contrôle. Sur le site d'Armentières, les unités relatives aux secteurs G07 (quinze lits à La Pléiade), G18 (vingt lits à La Clinique), G19 (quinze lits à Cap-Hornier) et G20 (quinze lits au pavillon Lasègue) ont ainsi été contrôlées de même que l'unité intersectorielle de psychiatrie infanto-juvénile Nicolas de Staël (sept lits I03). A Lille, les lits situés au sein de la clinique Jérôme Bosch du secteur G21 ont également été visités, de même que la structure de coordination ambulatoire étant donné que les personnes en soins sans consentement y sont majoritairement prises en charge.

Par ailleurs, les contrôleurs se sont également rendus à Armentières dans l'unité de séjour au long cours de neuf lits pour des patients « en hospitalisation inadéquate » dénommée espace de soins plurisectoriel (ESPS).

2.2.2 Les structures extra hospitalières

L'établissement a développé un dispositif ambulatoire particulièrement riche et innovant, qui trouve son aboutissement dans l'organisation de la prise en charge des patients par le secteur G21 (cf. *infra* § 7.1.1).

Pour tous les secteurs, des dispositifs et des structures extra hospitalières, en nombre important, permettent d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients, sans recours systématique à l'hospitalisation. On dénombre ainsi pour l'ensemble des secteurs, 14 centres médico-psychologiques (CMP), 13 antennes de consultation, 21 équipes mobiles, 4 centres de consultations spécialisées, 8 lits au centre intersectoriel d'accueil et de crise, 47 places en appartements thérapeutiques (AT), 10 lits en centre de post cure psychiatrique, 14 places d'accueil familial thérapeutique (AFT), 166 places d'hôpital de jour (réparties sur 10 structures), 13 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 2 ateliers thérapeutiques.

2.3 DANS UN CONTEXTE D'EQUILIBRE, L'EXPLOITATION DE L'ETABLISSEMENT EST PRINCIPALEMENT DIRIGEE VERS LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

2.3.1 Résultats d'exploitation et investissements

Dans un ensemble institutionnel qui comprend outre l'hôpital, une maison d'accueil spécialisée (MAS), un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) mais aussi la gestion d'un GHT, le budget hospitalier représente plus de 90 % des charges et produits de l'EPSM Lille-Métropole.

La dotation annuelle de financement (DAF) s'élevait à 88 M€ en 2018 sur un budget hospitalier total de 104,2 M€ (soit 84,5 % des ressources). Cette dotation fait l'objet d'un socle « reconductible » dans le budget prévisionnel mais connaît des aléas d'attribution en raison de « mises en réserve » prudentielles de la tutelle en début d'année.

Après deux exercices déficitaires en 2013 et 2014 et une diminution de la DAF jusqu'en 2015, l'hôpital connaît à partir de 2015 et jusqu'en 2018 des exercices excédentaires (122 K€ en 2015, 609 K€ en 2016, 359 K€ en 2017, 614 K€ en 2018) dans un contexte de croissance de l'activité. Deux éléments expliquent ce redressement :

- l'augmentation des produits reçus de la DAF (crédits reconductibles dégelés en fin d'exercice et crédits non reconductibles en 2018) ;
- une réduction des dépenses avec maîtrise des achats (moins 1,5 M€ de 2012 à 2016) et surtout baisse des dépenses de personnel (moins cinquante-cinq postes, principalement soignants de 2016 à 2018).

Dans ses observations, la directrice de l'EPSM souligne qu'il est important de contextualiser cette évolution en rappelant la diminution significative du nombre de lits sur la même période, à hauteur de 77 lits.

Les effets de ciseaux entre la stagnation de la DAF reconductible et la progression des charges de personnel continuent de maintenir en 2019 une pression sur la gestion de l'établissement.

Dans ce contexte d'exploitation contraint, l'hôpital reste en mesure de financer des investissements courants (4,9 M€ en 2019) mais aussi des opérations structurantes (2,4 M€ en 2019). Ainsi en 2019, ont été ouvert un restaurant thérapeutique (estaminet d'Halluin) dans le secteur G18 et installés des appartements thérapeutiques à Lambersart pour le secteur G20 et à Marquette pour le secteur G19.

2.3.2 Traduction financière du virage ambulatoire

La réduction des places d'hospitalisation complète « classique » de l'EPSM Lille-Métropole s'est accompagnée de la mise en place d'alternatives comme les appartements thérapeutiques, les placements familiaux ou les centres de crise. Elle s'est surtout appuyée sur le renforcement de dispositifs d'amont et d'aval dont le déploiement est variable selon les secteurs : mise en place d'équipes de liaison hospitalières, d'équipes mobiles dont certaines autorisent l'hospitalisation à domicile, plus grande ouverture et consultations d'urgence en CMP, hospitalisations de jour mais aussi maillage étroit avec les mairies, les associations et les médecins de ville, etc.

Après affectation des charges directes et indirectes de l'établissement à chacun des neuf secteurs de psychiatrie adulte et à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile², une comptabilité analytique, réalisée par l'établissement pour 2018, témoigne du changement de paradigme dans la prise en charge des patients en soins psychiatriques à l'EPSM de Lille-Métropole. Si l'hospitalisation complète consommait, en 2018, 51 % des moyens de l'établissement, certains secteurs affichaient des profils de prise en charge davantage ambulatoires. Hors le cas particulier de l'intersecteur de pédopsychiatrie (l'hospitalisation complète consomme 22 % de ses moyens), telle est la situation du secteur G21 (dix lits pour Jérôme Bosch + dix lits A. Breton et l'AFT soit vingt lits au total) où l'hospitalisation complète n'absorbe que 34 % des ressources sectorielles, du G09/10 (trente et un lits + dix lits AFT soit quarante et un lits ; 53 % des moyens) ou du G07 (dix-sept lits temps plein + dix lits L de Vinci soit vingt-sept lits ; 49 %). Les autres secteurs se situent dans une fourchette plus classique où l'hospitalisation complète concentre la majorité des moyens : 54 % pour les secteurs G18 (vingt lits + deux AFT + six AT), G19 (vingt-trois lits dont la préfiguration des AT) et G20 (quinze lits + huit préfiguration des AT) ; entre 70 et 73 % pour les secteurs G16 et 17 avec cinquante lits + dix AT et trois AFT. Les patients dont les parcours de soins sont principalement gérés par des prises en charge ambulatoires connaissent ainsi des hospitalisations limitées pour de courtes périodes de crise.

L'observation par l'établissement de la répartition des seules dépenses directes (personnel, dépenses médicales, charges hôtelières) par secteur confirme cette analyse. Si, en 2018, 49 % des ressources directes de l'établissement étaient affectées à l'hospitalisation complète, le secteur G21 affichait un ratio de 30,4 % et le G09/10 de 49 %, les autres secteurs se situant à des

² On parle ici de coût complet après répartition des moyens généraux à chacun des secteurs en fonction d'une clé de répartition et affectation des charges directes (personnel, produits médicaux, charges hôtelières) à chacun des secteurs.

niveaux supérieurs à 50 % (G17, G18, G19, G20). Il convient de remarquer que les ressources non médicales (extra et intra hospitalières) du secteur G21 étaient, en 2019, supérieures à celles des autres secteurs : 112,4 ETP comportant l'affectation de cinq « médiateurs pairs » spécifiques à G21, 99,72 ETP pour le G07 (+ 22,19 avec les effectifs de l'unité intersectorielle qui lui est rattachée), 92,6 ETP pour le G20, contre 75,88 pour le G09, 77,16 pour le G10, 72 et 79,09 pour les deux secteurs 16/17, 97,02 pour le G18, 91,79 pour le G19. Si les moyens humains sont rapportés aux populations sectorielles, cet écart s'inverse : G21, G09 et G10 apparaissent moins dotés que les autres.

Une demande de crédits pour la réalisation d'une étude médico-économique est déposée chaque année depuis cinq ans mais n'a toujours pas été acceptée. Ce modèle de prise en charge, rare en France, mériterait pourtant cette analyse afin d'en définir les coûts et les bénéfices par rapport aux autres prises en charge plus traditionnelles. Le coût patient avancé par le pôle est ici de 2 672 euros en 2018 (2 915 en 2017).

RECOMMANDATION 1

Le modèle de prise en charge dans le secteur G21, par son caractère spécifique et son respect majeur des droits fondamentaux des usagers, doit faire l'objet d'une analyse médico-économique afin d'en déterminer l'efficacité et la reproductibilité.

Dans sa réponse au rapport provisoire la directrice indique que cette étude demandée à trois reprises auprès de l'INSERM n'a jusqu'alors pas été retenue. Une analyse médico-économique sera menée en comparaison avec les autres secteurs de l'EPSM.

2.4 LES EFFECTIFS EN PERSONNEL SONT DESORMAIS STABILISES ET LES FORMATIONS PRENNENT EN COMPTE LES SPECIFICITES DES PATIENTS ADMIS EN PSYCHIATRIE

2.4.1 Le personnel médical

Le personnel médical est en nombre suffisant pour assurer des soins de qualité et une présence réelle dans les unités ; l'absence de trois praticiens (qui ont quitté l'établissement) dans le secteur G21 au moment du contrôle impose cependant aux médecins restants un rythme de travail très soutenu et un investissement particulièrement éprouvant.

Selon les données fournies par la direction des ressources humaines, l'ensemble de l'EPSM affiche globalement, en intra et extra hospitalier, un total de 112 médecins, internes, spécialistes et pharmaciens, soit 102,90 ETP répartis sur les quatre sites de l'EPSM et dans toutes les structures en ville.

S'agissant des médecins psychiatres, au jour de la visite des contrôleurs, seuls quatre postes étaient non pourvus mais les deux services déficitaires bénéficiaient d'internes supplémentaires (G21 et IO3).

Pôles	Nombre de psychiatres		ETP	Internes	ETP non pourvu
	Praticien Hospitalier (PH) Psychiatre	Praticien Contractuel Psychiatre			
Pôle G07*	6	2	5,86	2	
Pôle G18	6		5,4	1	
Pôle G19	5	1	5	2	
Pôle G20	7		6,5	2	
Pôle G21	6	2	6	3	3
Pôle IO3	8	2	7,38	3	1
Total	38	7	36,14	13	4
	45				

*Pour rappel, le pôle G07 comporte deux unités à Armentières, une unité d'admission et l'ESPS pour les patients au long cours.

S'agissant de la présence de ces médecins psychiatres au sein des unités d'hospitalisation complète, les données chiffrées font état de dix-sept praticiens hospitaliers intervenant sur le site d'Armentières pour 7,3 en équivalents temps plein (ETP) et six praticiens hospitaliers intervenant à l'unité d'hospitalisation complète du secteur G21 à Lille, correspondant à 0,83 ETP. Chacune des unités bénéficie en outre de la présence d'internes.

Un renfort a été assuré auprès de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, partenaire du GHT, déficitaire en personnel médical. Une douzaine de praticiens hospitaliers des EPSM Lille-Métropole et des Flandres se sont déplacés en renfort sous forme de temps partiel partagé de 20 à 40 %.

Enfin, dans le cadre de la participation des psychiatres et du personnel soignant aux urgences des hôpitaux généraux des quatre sites de l'EPSM : centres hospitaliers d'Armentières, de Tourcoing, de Seclin et Saint-Philibert, des conventions sont en cours (cf. *infra* § 7.1).

2.4.2 Le personnel non médical

L'établissement dispose au total de 1 680 professionnels, soit 1 570,06 ETP.

Chacun des secteurs d'Armentières totalise en intra et extra hospitalier entre 71 (G09) et 122 ETP (G07) de personnel non médical.

En unités d'hospitalisation complète, le personnel est composé de 220 professionnels pour 213,68 ETP répartis dans l'ensemble des unités, ce qui assure à chacune une vingtaine d'ETP d'infirmiers. Le taux de féminisation avoisine 73 %.

Le cadre de fonctionnement prévoit la présence substantielle de quatre soignants le matin, quatre l'après-midi, deux de journée et deux de nuit, dont au minimum un infirmier. Selon les plannings fournis aux contrôleurs, les plages horaires sont couvertes en conformité avec ce cadre de fonctionnement hormis le week-end où il n'y a pas le soignant de journée. Dans certaines unités, un cinquième soignant intervient en renfort le matin. Le roulement des infirmiers et des aides-soignants dans chaque unité d'hospitalisation est identique : 6h-14h ; 13h30-21h30 ; 21h15-6h15. Les transmissions sont de quinze minutes matin et soir et de trente minutes à la mi-journée.

A leur arrivée au sein de l'établissement, les infirmiers sont affectés dans les unités d'hospitalisation afin d'acquérir une formation puis une politique de mobilité interne incite le personnel à changer de pôle ou d'unité ou à partir vers les dispositifs ambulatoires.

2.4.3 L'absentéisme

Le taux d'absentéisme, quoiqu'en diminution, s'inscrit à un niveau élevé, toutes catégories d'absence confondues. De 13,93 % en 2017, le taux d'absentéisme a baissé à 13,44 % en 2018 pour être à 12,12 % de janvier à novembre 2019.

Globalement, au travers des statistiques sur l'ensemble de l'établissement, les congés de longue maladie et de longue durée apparaissent comme étant relativement stables alors que les congés pour maladie ordinaire diminuent. Ce phénomène serait dû à la mise en place du jour de carence, à la prime de « présentéisme » de 150 euros pour les agents absents moins de huit jours par an et à une nouvelle organisation des remplacements. Un pool de remplacement dit unité de compensation et de suppléance de vingt-cinq professionnels compense les absences de moins d'un mois. Les absences prévisibles de plus de 30 jours sont compensées par une réaffectation d'un membre du pool de suppléance ou par un recrutement externe. En ce qui concerne les courtes absences dites « perlées », le cadre supérieur de santé recherche d'abord une solution en interne, y compris par le biais des heures supplémentaires effectuées par du personnel volontaire et, par défaut, il est fait appel au pool de remplacement spécifique.

S'agissant des unités d'hospitalisation d'Armentières et de l'unité Jérôme Bosch du secteur G21 de Lille visités par les contrôleurs, les données fournies pour les onze premiers mois de l'année 2019 (hors congés de longue maladie et de longue durée) présentent des variations de grande ampleur d'un secteur à l'autre : de 4,76 % pour le secteur G18 à 10,75 % pour le secteur G21. Les accidents de travail sont en baisse dans trois unités et en hausse au sein des unités des secteurs G18 et G21 et de l'unité intersectorielle de pédopsychiatrie.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que le réajustement du cadre de fonctionnement a en effet permis de dégager des moyens pour compenser l'absentéisme qui se différencie selon les pôles.

2.4.4 Les relations sociales

Les organisations représentatives du personnel à l'EPSM Lille-Métropole sont au nombre de quatre : la CGT a obtenu cinq sièges aux élections professionnelles, l'UNSA quatre sièges, Sud deux sièges et FO un siège. Chacun des syndicats travaille sur des sujets différents ; le compte-

rendu du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du 11 décembre 2019 permet de le constater : problèmes de violence, remplacement des médecins par un autre, suppression de l'intervention de la société privée de sécurité, non-respect du cadre de fonctionnement, procédures isolement et contention, etc. répartis entre eux.

Le dialogue social est présenté comme étant de bonne qualité et le CHSCT, dynamique. Deux des représentants syndicaux ont souhaité faire part de leurs remarques aux contrôleurs après la mission et ont participé à la réunion de restitution.

2.5 L'établissement a mis en place une formation d'adaptation à l'emploi et un tutorat pour les nouveaux soignants

2.5.1 La formation de professionnalisation

En amont de la formation continue, un socle de consolidation des savoirs et savoirs-être est obligatoire pour tous les agents nouvellement embauchés. A raison de dix-sept jours durant douze mois, chaque nouvel infirmier arrivant, intégré à un groupe de douze à quinze personnes, bénéficie d'une formation de professionnalisation. Tous les aspects tant organisationnels que techniques et cliniques de leurs nouvelles fonctions y sont abordés. Les droits des patients en soins sans consentement n'y sont cependant évoqués que lors d'une demi-journée consacrée aux enjeux et paramètres de la certification. Une formation OMEGA (gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité) est dispensée en outre durant quatre jours. En deuxième année, après la formation de base et une expérience dans les services est mis en place un tutorat individuel. Ce dispositif regroupe vingt tuteurs (deux soignants par secteur) qui, ayant cinq ans d'expérience au minimum, bénéficient eux-mêmes de trois à quatre jours de formation par an. Le tutorat, de 126 heures au total, se traduit par des temps de face à face pédagogique, des journées à thème et si nécessaire des formations complémentaires.

Les membres du personnel rencontrés par les contrôleurs qui assurent ces formations militent pour l'adjonction d'une année de spécialisation en psychiatrie aux études d'infirmier en institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

La directrice précise dans ses observations que cette demande est également portée au niveau institutionnel par l'EPSM et le GHT psychiatrie Nord-Pas-de-Calais.

2.5.2 La formation continue

Le développement professionnel continu reprend certaines des thématiques de base afin d'en assurer la mise à jour et s'attache notamment à la prévention et la gestion des moments de violence. Dans ce cadre, sont également formés les professionnels soignants intervenant dans le Groupe d'Intervention d'Urgence (GIU)³.

³ Le groupe d'intervention d'urgence est constitué de soignants volontaires qui, selon un planning prédéfini, interviennent lors des sollicitations de leurs collègues face à des difficultés de prise en charge des patients ; un infirmier le matin et un autre l'après-midi assurent la gestion d'intervention d'urgence (GIU).

En revanche, tous les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) n'ont pas été formés à la mise en œuvre des dispositions de loi du 5 juillet 2011⁴ sur les droits des personnes admises en soins sans consentement et aucun module obligatoire n'est prévu. Une formation étendue a eu lieu dès la promulgation de la loi en 2011 regroupant toutes les catégories de personnel mais n'a pas été réactivée depuis. Un guide à destination des usagers et de leur entourage avait alors été édité. Depuis lors, les professionnels doivent s'inscrire à la formation proposée au plan de formation. Facultative, sur les 1 600 professionnels que compte l'EPSM, seules 28 personnes (cadres, IDE et secrétaires) y ont participé en 2019. Les infirmiers du bureau de soins infirmiers qui procèdent au premier accueil et les agents administratifs de la direction des relations avec les usagers (DRU) ont été formés ce qui permet aux soignants de les consulter et aux médecins de bénéficier d'alertes pour l'établissement des certificats médicaux.

Les internes sont formés dès leur arrivée par le directeur des relations avec les usagers et ce de manière obligatoire ; les praticiens hospitaliers bénéficient d'informations complémentaires voire de rappels à chacune des réunions de la commission médicale d'établissement, à partir des décisions prises par le JLD lors des audiences précédentes. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ces dispositions ont été prises à la suite de nombreuses erreurs ou omissions dans la production des écrits ayant conduit les avocats à soulever des erreurs de procédure. En externe, l'un des médecins a participé à une formation à Paris portant sur « *optimiser et sécuriser les écrits professionnels dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement* ».

S'il convient de saluer la qualité de la formation d'adaptation à la prise en charge en psychiatrie ainsi que le tutorat mis en place au profit des nouveaux agents, il est regrettable que les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et celles relatives à l'isolement et la contention du 26 janvier 2016 n'y soient qu'affleurées.

RECO PRISE EN COMPTE 1

La formation de professionnalisation mérite d'être renforcée dans ses aspects portant sur les dispositions des lois de 2011 et 2016 relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et la contention, et rendue obligatoire pour tous les soignants des unités d'hospitalisation.

A la suite de la recommandation émise par les contrôleurs, des formations sur la loi de 2011 ont été dispensées de février à août 2020, signale la direction de l'EPSM. L'inscription dans le plan de formation prendra dorénavant un caractère obligatoire.

2.5.3 La supervision

Les agents ont la possibilité de s'inscrire à des séances de supervision financées par l'établissement par convention avec un organisme extérieur ; elles sont animées par des psychologues ayant une formation de cliniciens. Depuis 2017, cinq groupes ont pu en bénéficier associant des agents travaillant dans des structures diverses (pédopsychiatrie, unités

⁴ Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

d'hospitalisation, centre médico-psychologique, hôpitaux de jour, etc.). Dernièrement, le personnel du secteur G18 a bénéficié de cette possibilité lors de quatre séances.

2.6 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, TRES MAJORITAIREMENT ADMIS SUR DEMANDE DE TIERS, CONSTITUENT 27 % DE LA FILE ACTIVE DES PERSONNES HOSPITALISEES

2.6.1 L'activité

La file active globale de l'EPSM augmente régulièrement, de 21 162 patients en 2014, 22 378 en 2017 et 22 937 personnes en 2018, vues ou suivies en soins à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. L'activité d'hospitalisation complète adulte est en baisse constante et ne représente que 10,13 % de la file active en 2018 ; 2 324 patients ont été hospitalisés à temps plein et 20 613 ont bénéficié de soins sous forme ambulatoire.

7,9 % des patients de la file active de psychiatrie générale ne sont pas originaires des secteurs appartenant à l'EPSM Lille-Métropole.

Le taux d'occupation des unités d'Armentières est variable selon les secteurs de 47 % en pédopsychiatrie, 63 % au secteur G21 jusqu'à 84 % dans le secteur G07, la situation éventuelle de suroccupation d'une unité pouvant être jugulée par les secteurs voisins. La durée moyenne de séjour (DMS) dans les unités de l'EPSM à Armentières s'étage de 11 à 20 jours à l'exception du secteur G21 qui affiche une DMS de 6,5 jours.

Les patients admis en soins sans consentement représentaient 27 % de la totalité des admissions à temps plein en 2018. Parmi eux, une dizaine de personnes détenues transitent annuellement par l'EPSM dans l'attente d'une place à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (Nord) (cf. *infra* § 9.3).

Au 10 décembre 2019, sur les soixante-quatorze patients admis en unité de psychiatrie adulte (Armentières et Lille), vingt-six relevaient d'une mesure de soins sans consentement (soit 35,14 %) dont neuf à l'unité du secteur G20, cinq à l'unité du secteur G07, cinq à l'unité du secteur G18, quatre à l'unité du secteur G19, et trois à l'unité du secteur G21. Aucune personne détenue n'était présente. Au sein de l'unité intersectorielle de pédopsychiatrie aucun des sept mineurs présents n'avait été admis en soins sans consentement.

2.6.2 Les soins sans consentement

En 2019 – 1^{er} et 2^e trimestre –, les patients sans consentement constituent moins de 30 % des hospitalisés : ce rapport est stable depuis 2017 (en 2018, 27 %, en 2017, 28 %).

Parmi eux, la majorité est hospitalisée sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Environ un tiers de ces personnes entrent à l'hôpital sous le statut de péril imminent (SPI) : ce chiffre est croissant depuis trois ans (34 % en 2019, 31 % en 2018, 27 % en 2017).

15 % sont des patients sans consentement sur décision du représentant de l'Etat -SDRE- (13 % en 2018, 15 % en 2017). Parmi eux, l'hospitalisation des personnes détenues est stable (huit en 2019, dix en 2010, huit en 2017) avec des durées de séjours inférieures à une semaine en 2019 (5 jours contre 7 en 2017).

2.6.3 Les suroccupations

La réduction de la capacité hospitalière de l'EPSM, notamment au secteur G21, interroge deux autres sujets : la suroccupation et le transfert de patients d'un secteur à l'autre en l'absence de places dans leurs secteurs concernés. Autrement dit, la réduction des capacités d'hospitalisation conduit-elle à un « débordement » des patients de certains secteurs sur les autres ?

Sur le premier point, le secteur G21 qui dispose de dix lits d'hospitalisation connaît le taux d'occupation le plus bas de tous les secteurs en 2017 et 2018 (60 % et 63 %), les autres affichant des ratios supérieurs ou égaux à 80 % en 2018 (G07, G09/10, G16/17 dont le taux d'occupation est le plus élevé soit 90 %, G20) ou inférieurs à 80 % (G18, G19). De 2017 à 2018, les secteurs G20 et G16/17, à l'inverse des autres secteurs, ont enregistré une réduction sensible de l'occupation de leurs unités d'hospitalisation.

Pour autant, sur les deux années étudiées, des suroccupations, limitées dans le temps, sont constatées dans tous les secteurs, conduisant à des accueils de patients hors de leurs unités sectorielles. Dans ces situations, les patients sont en général suivis par le secteur de prise en charge et non celui de rattachement. Des formules particulières peuvent être trouvées : ainsi l'unité du secteur G18 peut accueillir la nuit des patients d'autres secteurs, suivis le jour par l'unité de leur secteur. Ainsi qu'il sera précisé plus bas, les durées d'hospitalisation hors secteur sont courtes et les malades transférés dans « leur secteur » dès qu'une place, assortie d'un moyen de transport, est disponible.

Une analyse de l'hospitalisation des malades hors de leurs secteurs (faute de places pour les malades sectorisés et pour les personnes sans domicile fixe (SDF) – répartis selon le mois de naissance), a été réalisée par l'établissement à la demande de la mission en 2018 et au premier semestre 2019. Durant cette période, toutes les unités d'hospitalisation des secteurs ont reçu des malades des autres secteurs et ont fait hospitaliser leurs patients dans d'autres unités mais à des degrés divers.

Dans l'analyse des flux extra sectoriels de patients, il convient de faire la distinction entre les patients admis sans leur consentement (SSC) et ceux en soins libres (SL).

En ce qui concerne les premiers, le secteur G20 apparaît le moins « débordant » et le plus accueillant des huit secteurs, l'équilibre des « échanges » des autres secteurs étant variables.

En 2018, si l'on s'en tient aux seuls patients sectorisés, G20 (26 % de patients accueillis hors secteur), G09 (18 %) et G10 (17 %) apparaissent les plus accueillants et les G21 (5,6 %) et 18 (9 %), les moins « disponibles ». Le rapport est différent si la file active intègre les SDF. Dans ce cas, l'unité Jérôme Bosch (G21) accueillait 30 % des patients SDF ou d'autres secteurs : ce taux était inférieur à celui du secteur 20, le plus « ouvert » (45 %), identique à celui des secteurs 9 et 10, mais supérieur à celui des secteurs 7 (16 %), 16/17 (18 %) ou 19 (24 %). Le pourcentage de journées d'hospitalisation imputables dans l'année aux patients d'autres secteurs, y compris les SDF, était de 10,8 % au G21, 14,6 % au G20, 8,9 % au G10, 19 % au G09, traduisant la brièveté des séjours extra sectoriels.

Au premier semestre 2019, le secteur G21 a reçu 43 % de patients SDF ou d'autres secteurs, soit moins que le G20 (46 % au total) et le G09 (42 %) mais plus que tous les autres qui se situent entre 18 % (G16/17) et 37 % (G19). Hors SDF, les files actives hors secteur sont les plus importantes pour les secteurs G20 et G19 (plus de 30 %), les plus faibles étant sur les secteurs G16/17 (8 %) et G07 (14 %). Au total, 21,8 % des journées d'hospitalisation du G21 dont la DMS est plus faible que les autres ont été imputables aux séjours de patients hors secteurs (39 % pour le G20, 27 % pour le G19, 21,2 % pour le G18) contre moins de 20 % pour les autres (6 % pour le G17/18, 8,3 % pour le G07).

Si l'on s'intéresse à l'équilibre des transferts de patients entre les secteurs, l'étude montre en 2018 des profils de secteurs « pourvoyeurs » (plus de patients du secteur placés hors secteur que de patients des autres secteurs accueillis dans l'unité) : G07 (14 placés/ 9 accueillis), G09 (17/10), G10 (14/8), G18 (14/6), G21 (14/5) contre des profils de receveurs : G16/17 (9/16), G19 (8/16) et surtout G20 (3/26). Durant le premier semestre 2019, les rapports entre les secteurs pourvoyeurs/ accueillants apparaissent plus équilibrés : le G21 a accueilli neuf patients d'autres secteurs tandis que huit de ses patients ont trouvé temporairement un accueil dans d'autres secteurs. Comme en 2018, le G20 est le plus accueillant (dix-neuf patients d'autres secteurs accueillis et cinq de ses patients accueillis temporairement ailleurs). Pour les autres, les rapports accueils/placements sont relativement équilibrés : G07, rapport 11/13 ; G09, 8/8 ; G10, 7/10 ; G16/17, 16/19 ; G18, 6/4 ; G19 13/5.

Concernant les « hospitalités » sectorielles des patients en soins libres, en 2018, G21 et G20 ont reçu davantage que les autres les patients d'autres secteurs et les SDF (33 % et 35 %), les autres se situant en dessous de 30 % et de 20 % pour le G07. Si l'on s'en tient aux seuls patients sectorisés, en excluant les SDF, le secteur G18 est le plus accueillant (21 % des patients d'autres secteurs), les autres affichant des taux entre 12 et 18 %.

Au 1^{er} semestre 2019, hors SDF, c'est toujours le secteur G18 qui est le plus accueillant (28 % de sa file active hors secteur) mais les « scores » de G21, 20 et 10 sont importants (22 %) contre moins de 15 % pour les autres. Tous patients confondus (SDF et sectorisés), les secteurs G18 mais aussi G21 comptent pour plus de 40 % de leur file active des patients d'autres secteurs et SDF, les autres étant largement en dessous.

L'analyse de l'équilibre des flux de patients entre les secteurs, hors SDF, montre des profils un peu différents de celui des patients en soins sans consentement. En 2018, si les G07 (26/51), G09 (29/64), G10 (29/38) sont toujours « débordants » et les G16/17, 19, 20 toujours accueillants, le G18 est pour ces patients également « hospitalier ». Le secteur G21 (vingt-neuf patients d'autres secteurs accueillis pour trente des patients de son secteur temporairement pris en charge dans un autre secteur) est dans un rapport « d'échange » équilibré. Au 1^{er} semestre 2019, les secteurs accueillants sont les mêmes qu'en 2018 (G18 à G21 qui accueille trente hors secteur contre quinze patients accueillis dans d'autres secteurs) à l'exception du G16/17 qui devient « pourvoyeur » (14/44).

Mais au total, la plus faible capacité d'hospitalisation de certains secteurs (G21-dix lits ; G20-quinze lits) ne se traduit pas par un débordement de « leurs » patients vers les autres.

Le secteur G20 (unité Lasègue de quinze lits) est de loin le plus accueillant et le moins « débordant » durant les deux années tant pour les patients en soins sans consentement que pour ceux en soins libres.

Le G21 qui a la capacité hospitalière la plus réduite (dix lits) contribue autant que d'autres à la solidarité collective. L'intensité de la prise en charge ambulatoire et hospitalière qui le caractérise explique une file active hospitalisée comparable aux autres mais avec des durées moyennes de séjour hospitalier plus courtes (en 2018, DMS de 8,8 jours et DMH (durée moyenne d'hospitalisation) de 9,4 jours pour le G21 contre respectivement 11/24 jours pour les DMS des autres secteurs et 16,2/28,9 jours pour les DMH). Les ré hospitalisations dans l'année qui se situent à 28 % des journées d'hospitalisation de l'établissement en 2018 (27,12 % en 2015) ne sont pas plus fréquentes au G21 qu'ailleurs.

En dépit d'une occupation annuelle non saturée des unités, les transferts d'un secteur à l'autre des patients hospitalisés et pour de courtes périodes sont relativement importants et devraient être interrogés par les pôles.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 L'INFORMATION EST DONNEE AUX PATIENTS SANS CONSENTEMENT DE MANIERE SERIEUSE

L'organisation de l'établissement, fondée sur une permanence 24h/24 des services d'admission, ainsi que l'intensité de ses relations avec ses partenaires, notamment les services d'urgence des hôpitaux généraux où sont présentes des équipes de liaison psychiatrique, permettent une transmission rapide des documents relatifs aux soins sans consentement.

C'est la cellule des soins sans consentement dans la journée (deux assistants médico-administratifs), intégrée à la direction des relations avec les usagers (DRU), qui assure, à l'aide d'une boîte mail sécurisée, les correspondances entre l'établissement, les hôpitaux généraux et l'ARS ainsi que l'information des unités sur les entrées. Ce service tient en outre le calendrier des échéances des certificats médicaux, des audiences du JLD et celui des collèges des professionnels de santé. Elle est relayée à partir de 17h30 et jusqu'à 6h15 mais aussi le week-end par le bureau des soins infirmiers (BSI) dont les dix infirmiers dépendent de la direction des soins.

Ces deux bureaux qui ont délégation du directeur reçoivent les demandes d'admission et les transmettent si besoin à l'ARS. Ils établissent les décisions d'admission relevant de la compétence du directeur, reçoivent celles de l'ARS, les transmettent aux unités qui se chargent des certificats médicaux.

Plusieurs documents précisent les droits des patients sans consentement :

- le livret d'accueil qui en trace les principes (édition de 2016 en voie de réimpression et semble-t-il en rupture de stock à l'unité La Pléiade. Il est remis à l'arrivée, ou lorsque le patient est en état de le recevoir par les IDE des unités ;
- pour les décisions préfectorales, les formulaires de décision, accompagnés de l'énumération des droits, auxquels est jointe une notification des droits ;
- pour les décisions du directeur, les mêmes éléments sont fournis ainsi qu'un « *guide à destination des usagers et de leur entourage* », élaboré par la cellule des soins sans consentement. L'ensemble est clair et précis : adresses et numéros de téléphone des instances de recours sont mentionnés ;
- lorsqu'un patient est placé en programme de soins, une fiche informative, élaborée par la cellule des soins sans consentement, lui est remise.

Les décisions et les droits sont expliqués aux patients par les infirmiers des unités dont on a vu qu'ils n'étaient pas tous formés aux lois de 2011 et 2013. En cas de difficulté, ils peuvent interroger le bureau des SSC, le BSI ou la juriste qui travaille depuis juin 2012 à 90 % dans l'établissement (spécialiste du droit de la santé), ou encore la secrétaire de l'unité, qui sont tous très disponibles et compétents pour répondre à toute question de nature juridique.

Fournies à l'arrivée, les explications peuvent être réitérées lorsque le patient n'est pas en état de les comprendre. Certaines unités (La clinique G18 et Lasègue G20) ont établi des *check-lists* afin

que les soignants notifient les droits dans les formes (expérience tirée d'erreurs soulevées par des avocats). Le nécessaire formalisme de la procédure (signature des décisions et de la notification des droits, remise des décisions, des notifications et des certificats médicaux) a été rappelé aux unités par une note de la cellule des soins sans consentement après validation de la CME du 8 février 2017.

Néanmoins, les certificats médicaux dont les termes sont en général commentés aux patients par les praticiens ou reprennent le « verbatim » des patients, ne leur sont remis que s'ils le demandent : seul, le G21 les remet systématiquement.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La copie de tout document inhérent à l'admission en soins sans consentement doit être remise au patient tout au long de son hospitalisation y compris celle des certificats médicaux.

Si les décisions sont remises aux patients, ce n'est pas toujours le cas des certificats médicaux confirme la directrice dans ses observations. Elle affirme que cela sera fait de manière systématique dans tous les secteurs.

En outre, une consultation juridique avec un avocat est accessible une fois par mois aux patients qui le souhaitent, grâce à la présence d'un point d'accès aux droits du conseil départemental de l'accès aux droits (CDAD).

3.2 LES RECLAMATIONS DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES SONT PRISES EN COMPTE AU NIVEAU INDIVIDUEL COMME AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

3.2.1 Les plaintes et réclamations

Une grande partie des réclamations des patients est traitée au sein de l'unité, ceux-ci s'adressant à un infirmier ou au cadre de santé. Les réponses apportées ne sont pas tracées.

Les patients et leurs proches peuvent aussi saisir l'administration de l'hôpital, hors de l'unité. Les soignants leur indiquent qu'ils peuvent s'adresser par écrit au directeur (unité Lasègue, par exemple). Mais d'autres voies existent et sont prises en compte, comme les appels téléphoniques ou les courriels.

Les réclamations sont traitées par la direction des relations avec les usagers (DRU). Les agents de cette direction estiment que doivent être considérées comme réclamations toutes les saisines écrites (courrier ou mail), les appels téléphoniques à la DRU, ainsi que les griefs portés dans les questionnaires de satisfaction lorsque ceux-ci ne sont pas anonymes (cf. *infra*, § 3.2.2). Si la requête est téléphonique, les agents de la DRU l'enregistrent mais demandent à leur interlocuteur de la préciser par écrit. Elle sera traitée dans tous les cas.

Les contrôleurs ont consulté le registre – informatique – des réclamations. Entre le 1^{er} janvier et le 22 août 2019, 168 saisines ont été enregistrées pour l'ensemble de l'hôpital. Le nombre de saisines est en augmentation ces dernières années (76 en 2016 et 65 en 2017). Elles émanent

surtout des patients (86 % des cas, le reste étant divisé entre les familles et les tiers⁵). Elles sont majoritairement issues de l'exploitation des questionnaires de satisfaction (106 sur 168, soit 63 %). Moins fréquemment elles sont formulées par courrier (38 cas), par téléphone (13 cas), par courriel (11 cas) ou par oral (1 cas). Parmi ces 168 saisines, 151 constituent des réclamations au sens strict.

Une grande partie néanmoins des réclamations ne provient pas des unités visitées. Sur les 151 réclamations, seules 58 concernent des patients qui y sont hospitalisés (17 pour l'unité Cap-Hornier, 17 pour Lasègue, 10 pour La Pléiade, 7 pour Jérôme Bosch, 7 pour La Clinique et aucune pour Nicolas de Staël).

Les trois sujets qui reviennent le plus fréquemment sont le confort et l'aménagement des locaux (27 %), la faiblesse des activités proposées ou leur nature (17 %) et la qualité des soins (13 %). Beaucoup de demandes portent sur un changement de médecin (souvent accordé) ou un changement de secteur (souvent refusé). Par ailleurs, comme cela avait déjà été remarqué à l'examen des fiches d'événement indésirables (FEI), beaucoup de patients ou de proches se plaignent de disparitions d'objets : argent liquide, ordinateur, téléphone, parfum, sac à dos, chaussettes. Les investigations de la DRU se heurtent régulièrement à l'absence d'inventaire saisi dans le logiciel Cariatides.

Ce registre est particulièrement bien tenu et constitue un témoignage précieux du quotidien des patients, tel qu'ils le ressentent. Plusieurs réclamations, concernant les unités qui font l'objet du rapport, traduisent bien les difficultés de l'enfermement : altercation avec une infirmière lors d'une visite à son épouse, mère d'un patient placé en chambre d'isolement se plaignant qu'il ait réussi à fuguer, patient mécontent de n'avoir que « *deux tranches de pain et une tasse de café au petit déj.* » et d'être confronté à des soignants désagréables lors des sollicitations pour le lever et la douche et de bénéficier de trop peu d'activités, patiente qui prétend être harcelée par un autre patient, dans le cadre d'une relation à l'originale amicale, sinon affectueuse, et qui souhaite désormais porter plainte.

Les réclamations sont toutes traitées par la DRU selon la même procédure. Une copie est adressée au médecin chef et au cadre supérieur de pôle ainsi qu'au secrétaire de l'unité. Si la réponse est aisée, la DRU y répond directement. Si elle nécessite des investigations, un accusé-réception est d'abord envoyé dans les deux jours. Les agents de la DRU obtiennent les informations requises auprès des unités (souvent auprès des cadres de santé, qui « *instruisent* » la requête, comme à La Pléiade). Toutes les réclamations reçoivent une réponse, adressée sous la même forme que la saisine, par parallélisme. Pour les saisines non écrites, une confirmation écrite complète la première réponse.

Les contrôleurs ont pu constater le sérieux avec lequel les réponses sont étayées. En revanche, les conséquences à tirer de ces réclamations dépendent de chaque unité. Certaines sont

⁵ Notamment le président du conseil de surveillance pour deux d'entre elles. Cet élu local a formulé des réclamations pour le compte de ses administrés et il a été difficile de lui répondre sans trahir le secret médical.

attentives aux griefs formulés et modifient leurs pratiques en fonction des dysfonctionnements révélés. D'autres paraissent peu intéressées par ce suivi.

Quelques situations nécessitent une médiation. C'est la DRU, et particulier le directeur adjoint qui en a la charge, qui prend la décision de les organiser « *pour apaiser un différend ou clarifier une demande* ». Ont été nommés deux médiateurs médecins (dont l'un n'exerce pas à l'établissement, ce qui constitue une garantie de plus grande indépendance, donc une plus-value pour désamorcer les conflits) et deux médiateurs non médicaux, agents administratifs. Aucun IDE ou aide-soignant n'est médiateur. Quatre médiations ont été réalisées en 2018 (contre sept en 2017 et sept en 2016). Un compte-rendu est établi à chaque fois.

Qu'il y ait ou non médiation, la commission des usagers (cf. *infra*, § 3.2.3) est informée de toutes les réclamations et des suites qui lui sont réservées. En revanche, elle n'est qu'exceptionnellement associée à la réponse.

Les patients peuvent également déposer une plainte au pénal ou devant le conseil de l'ordre des médecins. Le cas échéant, ils peuvent être accompagnés par un IDE ou un cadre de santé jusqu'au commissariat (au Cap-Hornier, par exemple). Si la plainte est déposée contre un autre patient, l'unité qui l'héberge est informée ; si la plainte est déposée contre un soignant (une fois en deux ans selon la DRU), la direction des ressources humaines (DRH) est également avisée.

En revanche, si un manquement professionnel fait l'objet d'une réclamation sans plainte pénale, les contrôleurs ont constaté qu'il n'y avait pas de communication entre la DRU et la DRH. La réclamation est instruite comme les autres, par l'unité. Le pôle est considéré comme l'autorité hiérarchique de contrôle, ce qui le place dans une situation de juge et partie.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Lorsque le manquement professionnel d'un agent est rapporté au travers de la réclamation d'un patient ou de l'un de ses proches, la direction de la relation avec les usagers doit recueillir des explications auprès de l'équipe concernée mais également en aviser parallèlement la direction des ressources humaines.

La directrice, dans ses observations au rapport provisoire, confirme l'absence de communication directe entre la DRU et la DRH pour les manquements professionnels ne faisant pas l'objet d'un dépôt de plainte. Elle indique qu'une nouvelle procédure a été établie pour prendre en compte la recommandation. Mais elle précise néanmoins que tout manquement important est déjà signalé à la DRH via un rapport écrit de l'encadrement.

3.2.2 Les questionnaires de satisfaction

La mesure de la satisfaction des patients s'effectue principalement par un questionnaire, remis avec le livret d'accueil à l'arrivée et récupéré en principe à la sortie de l'hôpital. Les soignants sont chargés de sensibiliser le patient sur ce thème la veille ou le jour de son départ, et l'assister, le cas échéant. Le questionnaire peut être renseigné de façon anonyme.

Dans la pratique, les patients ont parfois d'autres sujets de préoccupation à leur départ et les soignants ne sont pas très investis sur cette question. Dans certaines unités, les questionnaires

ne sont quasiment pas récupérés (Jérôme Bosch), d'autres agents sont plus attentifs mais estiment pour autant la démarche peu utile, ce qui ne les motive guère (La Pléiade). C'est pourquoi le taux de retour est faible (25 % dans les unités intra hospitalières en 2018) même s'il est en progrès (12 % en 2012). A partir de janvier 2020, il sera possible de renseigner ce questionnaire en ligne. La direction des relations avec les usagers (DRU) suppose que le taux de retour augmentera.

La majorité de ces questionnaires provient des six unités d'hospitalisation qui font l'objet du présent rapport (en 2018, 414 questionnaires sur un total de 519 pour l'ensemble de l'établissement). Unité par unité, les chiffres sont restés stables entre 2017 et 2018, à l'exception d'une hausse très importante des retours au Cap-Hornier (+ 54 % en un an).

Compte-tenu du faible nombre de répondants (dont seulement 17 % sont en soins sans consentement par ailleurs), les enseignements tirés de ces questionnaires ne peuvent être qu'indicatifs.

Globalement, les taux de satisfaction sont élevés. La moyenne générale (de 1 à 10) était de 7,85 en 2018 (contre 7,97 en 2017 et 7,84 en 2016). Les points pour lesquels les critiques des patients sont les plus saillantes concernent les activités proposées (31 % de patients peu ou pas satisfaits), les repas (22 %), les locaux (17 %), les conditions d'aller et venir (16 %), la propreté (15 %), l'information sur les droits (15 %) et celle transmise aux proches (14 %), le livret d'accueil (11 %). Une baisse est constatée s'agissant de l'insatisfaction relative aux locaux (22 % en 2016, 20 % en 2017 et 17 % en 2018). En revanche, une hausse du mécontentement quant à la propreté (9 % d'insatisfaits en 2016, 11 % en 2017, 15 % en 2018) devrait préoccuper la direction et l'encadrement.

Des enquêtes-flash sont par ailleurs réalisées tous les trois ans environ : droits et libertés en 2010 (qui sera refaite en 2020 sous le même mode, permettant de comparer l'évolution sur le long terme), alimentation en 2014 et en 2017.

Enfin, à l'unité Jérôme Bosch, une boîte à suggestion a été installée. Les suggestions sont récupérées par les porte-paroles des usagers qui les analysent et émettent des propositions.

3.2.3 La commission des usagers et la place des représentants des usagers

a) La commission des usagers

La CDU est présidée par le directeur adjoint chargé des relations avec les usagers. Elle est composée de trois représentants des usagers, dont l'un est vice-président, de quatre médiateurs, d'un représentant de la CME et de la directrice en charge des soins, de la qualité et de la gestion des risques. Sont par ailleurs systématiquement invitées deux cadres supérieures de santé (secteurs G10 et G19) et, depuis 2018, une représentante du service socio-éducatif. D'après les comptes-rendus, les cadres supérieurs de santé sont très souvent absentes. La directrice des soins n'est présente en moyenne qu'à une commission sur deux.

La CDU s'est réunie quatre fois en 2018 et quatre fois en 2019. A chaque fois, sont présentés pour le trimestre l'analyse des questionnaires de satisfaction, les fiches d'événements

indésirables graves, les réclamations, les remerciements et les demandes d'accès aux dossiers médicaux – soixante-dix-huit demandes en 2017, traitées sous six jours en moyenne pour les dossiers de moins de cinq ans, et sous trente jours en moyenne pour les dossiers plus anciens. L'administration informe la CDU des actions correctives mises en œuvre pendant le trimestre écoulé au regard de l'ensemble de ces demandes, plaintes et signalements.

L'ordre du jour est fonction de l'actualité. Ont ainsi pu être évoqués le suicide d'un patient, l'amélioration de l'accès à la Wi-Fi, de nouveaux supports d'information relatifs à la personne de confiance et aux directives anticipées, ou encore le refus « *quasi systématique* » des préfectures d'accepter la domiciliation au centre communal d'action sociale (CCAS) des patients qui n'ont pas de domicile pour leur permettre une ouverture des droits.

Le président a également organisé des rencontres entre la CDU et les porte-paroles des usagers du secteur G21 ou encore avec des médiateurs-pairs.

Enfin, la CDU accepte de recevoir les patients requérants à l'issue des médiations (cf. *supra*, § 3.2.1). Elle sollicite en amont le professionnel « mis en cause » pour s'assurer qu'il ne s'oppose pas à cette rencontre. Aucun refus n'a été formulé à ce stade mais l'initiative est récente. La rencontre avec les patients peut être profitable mais aussi parfois conflictuelle : en avril 2018, à l'occasion d'un échange avec un ancien patient, celui-ci, mécontent des réponses apportées par la CDU, a déposé sur la table de la salle de réunion un couteau de cuisine pour intimider l'assemblée.

L'instance est donc très investie, les débats sont riches et, selon la direction, la représentation des usagers apporte beaucoup à l'administration. De leur côté, les représentants des usagers estiment que la parole reste libre et que le débat est très ouvert. Ils n'interviennent pas pour demander des médiations dans le cadre de l'examen de certaines réclamations mais il peut leur être demandé d'y assister, ce qu'ils acceptent. Certains membres de la CDU reconnaissent cependant un sentiment d'impuissance à quelques égards : absence de coffres dans les chambres alors que la CDU le réclame depuis plusieurs années, manque d'harmonisation des prises en charge, les disparités étant importantes entre les unités et ne semblant pas pouvoir être réduites.

Les patients sont informés de l'existence de la CDU par le biais d'un affichage dans les unités, qui comporte l'adresse mail et le téléphone du secrétariat de la DRU.

Il existe en outre un comité des usagers à l'échelle du GHT de psychiatrie (EPSM de l'agglomération lilloise, EPSM Val-de-Lys, EPSM des Flandres, EPSM Lille-Métropole) depuis 2018. Les représentants des usagers de chacune des CDU de ces hôpitaux en sont membres de droit.

b) La place des représentants des familles et des usagers

Les représentants des usagers bénéficient d'une place importante dans l'institution, notamment les bénévoles de l'UNAFAM⁶.

⁶ UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Comme indiqué *supra*, ils sont associés au comité des usagers du GHT, à la commission des usagers de l'établissement (la vice-présidence), à la commission départementale des soins psychiatriques mais également à la commission médicale d'établissement. En revanche, suivant la localisation (Armentières ou Lille) leur intervention revêt des aspects différents. Si leur participation aux instances de décision et de consultation du CHS est majeure, ils ne sont connus ni des soignants ni des patients à Armentières. L'UNAFAM ne tient pas de permanences sur site, ses représentants n'ont pas de contacts réguliers avec les familles et ne se rendent pas auprès des patients dans les unités. A l'inverse, les représentants des usagers sont actifs sur le secteur G21 et sur l'agglomération Lilloise où une maison des usagers assure des permanences pour les familles. Par ailleurs, toujours à Lille, en complément des représentants associatifs de l'UNAFAM et des groupes d'entraide mutuelle, le secteur G21 a instauré l'élection de porte-paroles des usagers qui sont en lien étroit avec les patients du secteur en intra et en extra hospitalier. Ces représentants ont une part active dans les instances mises en place par le pôle (cf. *infra* § 7.1.1 g).

RECOMMANDATION 2

L'établissement doit étendre et faciliter dans tous les secteurs une participation active des associations de patients et familles de patients à l'instar de ce qui est fait dans le secteur G21.

3.3 LES INCIDENTS SONT CORRECTEMENT MESURES ET SIGNALES, PERMETTANT D'OBJECTIVER UNE NETTE AUGMENTATION DES VIOLENCES

Les incidents sont signalés par fiches d'événement indésirable (FEI), saisies informatiquement sur l'application ENNOV. Tout agent de l'hôpital, soignant ou non, peut ouvrir une FEI. En revanche, la déclaration anonyme n'est pas prévue (« *parce qu'il n'y a pas d'omerta dans cet établissement* », selon la direction). L'agent signalant doit choisir, dans un menu déroulant, le « *domaine de risque* » et son « *degré de criticité* ». Le service de la qualité, qui analyse les FEI et assure leur suivi, peut revenir sur les choix de l'agent en cas d'erreur manifeste.

Un mail d'accusé de réception est envoyé automatiquement au signalant. Depuis octobre 2019, un autre courriel est adressé au signalant, au cadre de santé de l'unité concernée, au cadre supérieur du pôle et au médecin chef de service, avec un lien vers l'application ENNOV. Ce lien permet de suivre en temps réel les suites apportées par l'administration.

Les agents rédigent régulièrement des FEI. A l'échelle des seules unités intra hospitalières qui font l'objet du rapport, le nombre de FEI dépasse le millier par an. Selon le bilan établi par le service qualité (au niveau de l'hôpital en son ensemble), les signalements les plus fréquents concernent la violence hétéro-agressive, les sorties sans autorisation et les suicides ou tentatives.

Les contrôleurs ont consulté les 100 dernières fiches émanant des six unités visitées. La plus ancienne datait du 15 novembre, la plus récente du 9 décembre 2019. Sur ces 100 fiches, les incidents les plus souvent signalés sont la sortie sans autorisation ou le non-retour de permission de patients en SSC (treize cas), les agitations auto ou hétéro-agressives sans passage à l'acte (sept cas), les violences physiques envers le personnel (cinq cas), les vols ou tentatives de vol (cinq cas), les erreurs médicamenteuses (cinq cas).

En cas d'incident grave, les incidents sont également remontés sans délai à l'agence régionale de santé à l'aide d'un formulaire-type de signalement.

3.3.1 Les violences commises par les patients

S'agissant des violences physiques entre patients, les remontées par FEI semblent fiables et le chiffre noir ne serait pas élevé selon la direction des soins, de la qualité et de la gestion des risques (DSQGR). A l'échelle de l'hôpital en son ensemble, trente et une FEI rapportent ce type d'incident en 2018, et vingt-six pour les onze premiers mois de 2019 (soit vingt-huit en projection sur l'année complète). Des comités de retour d'expérience (CREX) sont régulièrement organisés lorsque l'incident est particulièrement grave ou soulève une difficulté de prise en charge. Sur les 100 FEI examinées concernant les six unités visitées, deux seulement avaient trait à des violences entre patients. Dans ces unités, les soignants évoquent également des violences verbales entre patients, traitées hors FEI, ou des violences sexuelles réelles ou plus souvent prétendues (une situation récente à l'unité La Clinique, un à deux signalements par an à La Pléiade).

S'agissant des violences à l'encontre du personnel, elles sont en nette augmentation ces dernières années. Les FEI distinguent quatre types de violences : les assauts graves, les coups et blessures, les menaces de mort et les insultes. Pour l'ensemble de l'hôpital, les chiffres progressent dans chacune de ces catégories, parfois de façon exponentielle (source DSQGR) :

- cinq assauts graves pour les onze premiers mois de 2019 (contre trois en 2018 et aucun en 2017) ;
- quarante-trois coups et blessures durant la même période (contre vingt-six en 2018 et trois en 2017) ;
- sept menaces de mort durant cette période (contre trois en 2018 et une en 2017) ;
- trente-deux insultes durant cette période (contre dix en 2018 et une en 2017).

La direction et les professionnels du service qualité estiment que ce n'est pas le taux de déclaration qui augmente mais bien les violences elles-mêmes. Les statistiques tenues par la direction des ressources humaines corroborent ces chiffres. Concernant les six unités qui font l'objet du rapport, trente-trois déclarations d'accident de travail ont été effectuées en lien avec la violence en 2018, et trente pour les onze premiers mois de l'année 2019. L'intensité des violences semble également augmenter. Sur les trente-trois déclarations de 2018, seules quatre étaient accompagnées d'un arrêt de travail, soit 12 % (représentant 26 jours d'arrêt, soit une moyenne de 7 jours par arrêt) ; sur les trente déclarations de 2019, un arrêt de travail a été prononcé à huit reprises, soit dans 27 % des cas (représentant 175 jours d'arrêt, soit des arrêts de 22 jours en moyenne). Les risques liés à la violence constituent d'ailleurs pour les agents la deuxième famille de risque la plus mise en avant, selon le document unique d'évaluation des risques professionnels, mis à jour en octobre 2019.

La gestion des violences, une fois qu'elles surviennent, paraît adaptée. La majorité des soignants des unités d'hospitalisation à temps complet a été formée (formation de type OMEGA). Ils utilisent la « grille du potentiel de dangerosité » OMEGA : les niveaux de cette grille sont connus

de tous. Le langage est commun (niveau 1, 2, 3...) entre les soignants et les médecins sur cette question, quelle que soit l'unité. Les situations sont systématiquement reprises en réunion clinique (par exemple à l'unité La Clinique). Un entretien infirmier puis un entretien médical peuvent être réalisés (La Pléiade). Lorsqu'un patient ne peut plus être admis dans l'unité à cause de son comportement à l'égard d'un soignant, les médecins l'affectent dans une autre unité, quitte à procéder à un échange de patient avec cet autre secteur (Cap-Hornier). Des CREX se réunissent, comme pour les violences entre patients. Les actions visant l'apaisement et la désescalade sont également favorisées. De ce point de vue, la situation est perfectible : la création de véritables salles d'apaisement est attendue dans toutes les unités, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Un *pack* d'accompagnement est en outre systématiquement proposé. La directrice des soins reçoit toutes les victimes. Une prise en charge psychologique peut être mise en place, de même qu'un soutien juridique si l'agent souhaite déposer plainte (liberté est laissée aux soignants en ce domaine ; lorsqu'une plainte est déposée, le parquet classe souvent sans suite compte-tenu de l'état psychique de l'auteur). L'un des substituts du procureur de la République a rencontré la directrice et certains cadres de l'établissement en 2017 pour échanger avec eux sur la politique du parquet relative aux infractions commises à l'intérieur de l'hôpital.

En cas de situation conflictuelle avec un patient, les cinq unités situées sur le site historique d'Armentières peuvent bénéficier de l'appui des infirmiers du GIU. Ce groupe n'est pas sollicité de façon univoque selon les unités. En principe, il est contacté lorsque l'agitation est très intense ou lorsque les effectifs internes à l'unité sont faibles. Mais parfois, le GIU est appelé préventivement, notamment lorsque les soignants de l'unité se sentent peu à l'aise avec un patient (souvent après 18h, le médecin étant absent).

L'EPSM a en outre établi une convention avec une société privée de sécurité. Même si le recours à cette société est possible pour l'ensemble des secteurs de l'hôpital, seule l'unité Jérôme Bosch la sollicite. Le médecin peut prescrire la présence d'un agent à la journée, lorsque le patient est très violent, paraît peu gérable ou encore s'il s'agit d'un patient détenu. 110 jours ont été prescrits en 2018 pour dix-sept patients (155 jours pour seize patients en 2017). Cette disposition est présentée par l'équipe du secteur G21 comme indispensable pour sécuriser les malades et les soignants au regard des portes toujours ouvertes et de la concentration de patients lourds au sein de l'unité. Le salarié privé n'est jamais en contact physique avec les patients et surveille à l'écart.

Malgré cette augmentation des violences, il n'existe pas de plan de prévention au niveau de l'hôpital et le sujet est curieusement peu évoqué en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)⁷.

⁷ Source : bilan 2018 du CHSCT

RECOMMANDATION 3

Face à l'importante augmentation des violences commises par les patients, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions dérivatives et limiter encore plus les passages à l'acte hétéro-agressifs.

3.3.2 Les violences ou maltraitances commises par le personnel

Les patients rencontrés n'ont pas mentionné de situation de maltraitance. Peu de réclamations font état de violences ou maltraitances subies (cf. *infra* § 3.2.1).

Une note juridique relative à la bientraitance et la prévention de la maltraitance, datée de novembre 2015, est régulièrement diffusée par la juriste. Il s'agit d'un document de neuf pages rappelant les définitions de la maltraitance, ses différents types, le cadre pénal, le risque pour le professionnel maltraitant, les obligations du professionnel de santé et notamment celles relatives au signalement.

Pour autant, ces faits ne sont pas inexistants. Selon les statistiques obtenues à la direction des ressources humaines (DRH), ces dix dernières années dix-huit procédures ouvertes pour des comportements inadaptés vis-à-vis des patients ont conduit leurs auteurs devant le conseil de discipline. Il s'agit de violences, propos grossiers, comportements inappropriés, relations intimes avec une patiente, non-respect du secret médical et divulgation d'informations à des tiers. Ont été prononcés quatorze blâmes et quatre exclusions temporaires (la plus longue était de neuf mois dont six avec sursis)⁸. En outre, deux procédures disciplinaires sont en cours. L'hôpital formule aussi des réponses infra disciplinaires en adressant des courriers d'avertissement lorsque le manquement est minime. Des recadrages sont également assurés dans les unités, en interne, et souvent en prévention. Un protocole du 6 mai 2019, rédigé par la DRH, est relatif à la « *gestion d'un dysfonctionnement ou d'une faute par le personnel* ».

Les contrôleurs ont découvert que des violences volontaires avaient été perpétrées dans l'une des unités un mois avant leur visite. Les faits, établis notamment par le témoignage du patient victime et des soignants présents, ont conduit à de nombreuses mesures dans les jours qui ont suivi : ouverture d'une enquête interne et d'une procédure disciplinaire, signalement au procureur de la République, saisine de l'ARS. Cette situation grave a fait l'objet d'un comité de retour d'expérience, a été mise à jour à l'ordre du prochain collège des chefs de pôle, et a valu une demande de réunion exceptionnelle du CHSCT. L'agent, contractuel, s'est vu signifier l'ouverture d'une procédure de licenciement pour faute.

3.3.3 Les autres incidents

Au sein des six unités visitées, il s'agit majoritairement des sorties sans autorisation, des vols et de la consommation de stupéfiants.

⁸ Par ailleurs, deux blâmes ont été prononcés pour des manquements professionnels qui ne constituent pas de la maltraitance : défaut de surveillance, communication inadaptée ayant abouti à un passage à l'acte violent.

Les sorties sans autorisation sont prises au sérieux par l'hôpital même si l'ambiance n'y est pas particulièrement sécuritaire (ni au regard des bâtiments et de leurs équipements – très peu de caméras par exemple – ni au regard de l'état d'esprit majoritaire des soignants). Dès qu'une personne disparaît du service sans raison, les soignants la cherchent dans l'unité puis dans le domaine. Si elle n'est pas retrouvée, une FEI est rédigée et un signalement est adressé à l'ARS et à la police (la famille peut également être prévenue).

Cette procédure concerne indistinctement les patients en SSC et les patients en soins libres (SL) dont la disparition apparaît inquiétante : grand âge, pathologies somatiques, risque de désorientation. Les chiffres recueillis ont également trait à ces deux types de population, bien différentes puisque les secondes, même si elles se mettent en danger, ont le droit de quitter l'hôpital d'elles-mêmes. Cette confusion est d'autant plus regrettable que la DSQGR utilise ses chiffres pour mesurer les « fugues » et adapter, le cas échéant, les solutions mises en œuvre. Quarante-trois sorties sans autorisation ou non-retours de permission ont été recensées par FEI pour les onze premiers mois de 2019, contre huit en 2018 et quatre en 2017. Cette progression exponentielle n'a pas été particulièrement expliquée par l'encadrement ; une modification du décompte n'est pas à exclure.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les sorties sans autorisation des patients en soins sans consentement et les « disparitions inquiétantes » des patients en soins libres ne doivent pas être compatibles ensemble. Plus généralement, la mesure des sorties sans autorisation, aujourd'hui assez aléatoire, doit être affinée avant d'en tirer toute conséquence sur le quotidien des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM mentionne que, faisant suite au contrôle, la fiche d'événement indésirable (FEI) de sortie sans autorisation intègre désormais le mode d'hospitalisation du patient permettant d'analyser plus finement les événements. En outre, un nouveau formulaire sera déployé en janvier 2021 afin d'affiner notamment les moments à risques.

Des vols sont régulièrement signalés par les soignants ; ils le sont également par les patients au travers de leurs réclamations (cf. *supra* § 3.2). L'absence de coffre ou d'armoire fermant à clef, l'impossibilité de fermer sa chambre dans certaines unités, l'absence d'inventaires systématiques constituent autant d'explications à la récurrence de ces disparitions.

Enfin, l'encadrement a signalé une importante problématique de stupéfiants (notamment à l'unité Jérôme Bosch), associée à un phénomène de sous-déclaration. Effectivement, une seule FEI sur les 100 consultées signale la consommation de stupéfiants par un patient. Ce phénomène a été abordé lors d'un CREX parce qu'une situation de violence était liée à la consommation importante de stupéfiants par l'un des protagonistes. Aucune réflexion institutionnelle n'a abouti sur ce sujet.

Certaines unités procèdent à des fouilles de sac au retour des autorisations de sortie (La Pléiade, par exemple), d'autres non. Les équipes paraissent parfois frustrées, sans solution, lorsqu'elles

constatent une problématique d'addiction non traitée, voire non reconnue. Pourtant, les médecins prescrivent des tests réguliers, notamment pour les patients en soins libres dans le cadre du contrat de soins. Ils le font aussi pour certains patients en SSC qui y ont consenti mais s'agissant de soins contraints, le dispositif a ses limites. Des orientations sont possibles en addictologie au CH d'Hazebrouck, spécialisé en la matière ; les addictologues de ce CH se déplacent même parfois sur le site d'Armentières.

Il a été mentionné pendant la mission l'existence d'une convention entre l'hôpital et la direction départementale de la sécurité publique relative à ces différents incidents mais les contrôleurs ne sont pas parvenus à l'obtenir. En réalité, la directrice indique dans sa réponse au rapport *provisoire qu'il n'existe pas de convention en tant que telle mais « des conventions entre les pôles et les commissariats de police, en proximité, régissant l'ensemble des relations et interactions entre le pôle et les services de police selon les différentes situations pouvant se présenter ce dont elle justifie. « Densifier le travail avec les partenaires dans le champ police/justice » est l'un des objectifs du projet d'établissement*⁹.

3.4 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST ENCOURAGEE MAIS SA PARTICIPATION A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT N'EST PAS ORGANISEE

La juriste de l'EPSM a réalisé, en février 2016, une brochure intitulée « *La personne de confiance en psychiatrie* ». Son contenu reprend le cadre légal de la désignation, sa forme, les missions de la personne de confiance et ses limites d'intervention. Au dos de cette plaquette mise à disposition dans les unités, sont mentionnées les coordonnées de Santé info droits, de Psycom, du Défenseur des droits et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté afin que les patients puissent se renseigner de manière approfondie sur leurs droits ou saisir le CGLPL en cas de non-respect. La désignation d'une personne de confiance apparaît également dans une plaquette plus générale sur les droits des patients. En outre, lors de la formation dite de professionnalisation à l'arrivée des nouveaux soignants, la désignation de la personne de confiance est abordée dans le cadre des droits et de la protection juridique des patients.

Cependant, malgré la multiplicité des circuits d'information, la personne de confiance n'est pas invitée à cosigner sa désignation et elle n'est que rarement associée à la prise en charge du patient. Dans les faits, la personne de confiance n'est informée de sa désignation que si elle est présente au moment de l'admission.

RECOMMANDATION 4

Si le rôle de la personne de confiance et le processus de désignation sont explicités, son implication dans la prise en charge du patient doit être rendue effective.

Au travers de ses observations la directrice de l'EPSM précise qu'un formulaire de demande est remis aux usagers pour la signature de la personne de confiance et que l'implication de cette

⁹ Projet des établissements 2018-2022 EPSM des Flandres et EPSM Lille-Métropole, p. 99

dernière est réalisée à la demande et à l'initiative du patient dont la liberté et la responsabilité individuelle doivent être respectées.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la personne de confiance, même régulièrement désignée n'est pas réellement impliquée dans la prise en charge.

3.5 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEUR DROIT DE VOTER ET MIS EN MESURE DE L'EXERCER

Les soignants des unités, saisis par courriel par la direction en amont des élections, diffusent oralement les informations, qui font par ailleurs l'objet d'un affichage dans les unités.

A titre d'exemple, lors des élections présidentielles d'avril 2017, la direction de l'établissement, par un premier courriel, a informé l'ensemble des professionnels du « *process pour l'exercice du droit de vote* » rappelant les termes de la loi (droit de vote, procuration, autorisation de sortie, certificats médicaux). Un second courriel, à la veille de l'élection, interpellait l'administrateur de garde le dimanche sur la nécessité de veiller à ce que les patients puissent exercer leur droit de voter.

Sur les quarante et un patients en soins sans consentement à cette date, dix avaient obtenu une autorisation de sortie de douze heures accompagnés (cinq par un proche, cinq par un soignant) et six de moins de quarante-huit heures non accompagnés ; trois avaient fait établir une procuration ; cinq patients ne disposaient pas du droit de vote ; quatre n'étaient pas inscrits sur les listes électorales, cinq avaient refusé de voter et huit patients n'étaient pas en mesure d'aller voter pour des raisons médicales.

3.6 LES PATIENTS ONT FACILEMENT ACCES A UN CULTE ET PEUVENT BENEFICIER D'ACTIVITES ET DE SORTIES ORGANISEES PAR LES AUMONIERES

Deux aumôniers catholiques salariés de l'EPSM, exercent à Armentières. Alors qu'un imam est présent dans les unités de Tourcoing, aucune demande n'émane des patients du site principal qui, selon les propos rapportés, n'ont pas le même profil sociologique que la population des secteurs tourquennois. Toutefois, l'accès aux différents cultes est rendu possible par l'intermédiaire des aumôniers qui contactent les représentants sollicités.

Un office a lieu tous les dimanches auquel les patients peuvent être accompagnés. Par ailleurs, aidés de bénévoles, des ateliers de petits travaux manuels (confection de cartes de Noël) sont organisés au centre social ainsi que des séances d'éveil au culte.

Plus rarement, des sorties de courte durée peuvent être initiées par les aumôniers.

L'établissement leur attribue un budget de 100 euros pour la mise en place des activités et des sorties.

3.7 LES MANDATAIRES JUDICIAIRES SONT BIEN ASSOCIES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, QU'ILS SOIENT DE L'ETABLISSEMENT, ASSOCIATIFS OU PRIVES

Les patients sous protection juridique représentent la semaine de la mission selon les unités entre près de la moitié des patients au G20 et moins de 25 % dans d'autres. La plupart des

patients au long cours ne se trouvent plus dans les unités d'admission mais à la MAS « Berthe Morisot » de l'hôpital, à l'espace de soins plurisectoriels, parfois dans des établissements belges : certains sont à domicile ou en appartements protégés.

Les tuteurs sont soit les mandataires du service de l'EPSM, soit des acteurs associatifs, notamment l'association tutélaire du Nord, privés ou familiaux.

Le service de protection de l'établissement avec deux mandataires était en charge en décembre 2019 d'une centaine de patients.

La désignation par les juridictions du service mandataire de l'établissement s'effectue après identification d'un besoin de protection par les assistantes sociales présentes dans chacune des unités : la réaction judiciaire peut être longue (de 6 à 8 mois), même si une mesure de sauvegarde de justice peut être prononcée rapidement.

La désignation d'un mandataire de l'hôpital conduit, en même temps que le contrôle de sa situation administrative et patrimoniale, à une rencontre avec le patient et à l'élaboration d'un budget prévisionnel. Une synthèse a lieu tous les ans avec le cadre, l'assistante sociale et le psychologue de l'unité si le malade y est encore présent : pour la MAS, les mandataires institutionnels participent au conseil trimestriel de la vie sociale.

La suppression de la régie de l'EPSM en janvier 2020 a conduit le service mandataire de l'établissement à ouvrir des comptes individuels pour chacun des patients à la *Caisse d'épargne*, à les doter d'une carte bancaire ou d'une carte de retrait plafonné. En outre, les bons d'achat ont été développés.

Dans la vie quotidienne, ce sont les soignants ou les assistantes sociales qui saisissent les tuteurs en cas de besoin mais il arrive que les médecins demandent à les voir. Quel que soit leur statut, les mandataires sont étroitement associés à la préparation de la sortie d'hospitalisation même si leur implication est plus ou moins forte ; peu d'entre eux assistent à l'audience du JLD (cf. *infra* § 4.2.2).

3.8 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION DES PATIENTS N'EST PAS EFFECTIVE

La confidentialité de l'hospitalisation ne relève pas d'une procédure formalisée mais uniquement de la vigilance du personnel médical. Seule une case à cocher sur leur dossier informatisé pourrait faire état de leur souhait d'anonymat, mais les patients ne sont pas informés systématiquement de cette possibilité. Si le standardiste ne dispose pas de la liste de personnes admises à l'établissement, il est amené à adresser les communications à l'unité correspondant au secteur d'habitation du patient.

RECOMMANDATION 5

Il est impératif de mettre en place une procédure visant à garantir l'anonymat de l'hospitalisation des patients qui doivent être informés de cette possibilité lors de l'entretien d'admission.

Dans ses observations, la directrice de l'établissement indique que le droit à la non-divulgence de l'hospitalisation sera intégré au livret d'accueil durant le dernier trimestre 2020. Considérant que la majorité des patients admis en soins sans consentement ne prend pas connaissance du livret d'accueil dès l'arrivée, les contrôleurs maintiennent la recommandation d'information orale dès l'entretien d'admission.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES VISITE CHAQUE ANNEE DEUX UNITES DE L'ETABLISSEMENT

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Nord comprend six membres : deux psychiatres, un médecin généraliste, un représentant de l'UNAFAM, un représentant de l'association Nord mentalité et un magistrat du tribunal judiciaire de Lille. Elle est présidée depuis plusieurs années par un psychiatre de l'EPSM d'Armentières. Elle est compétente pour tout le département du Nord qui compte douze établissements habilités pour l'hospitalisation en SSC, répartis sur vingt et un sites.

Chaque année, la commission rédige un rapport d'activité¹⁰ ; elle s'est réunie cinq fois en 2016 et quatre fois en 2017 et 2018.

Elle a répondu à une dizaine de courriers qui lui ont été adressés par les patients ; elle a examiné plus de 160 dossiers et formulé ses remarques portant sur le fond et sur la forme.

La CDSP ne prévoit qu'une seule visite par an de chaque site, organisée sous la forme d'un binôme composé d'un médecin et d'un autre membre. A chacune de leurs visites, annoncées au préalable, ils se rendent dans deux unités et s'entretiennent avec les patients qui le demandent. Le site d'Armentières a reçu une visite au mois d'octobre 2018.

4.2 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE TIENNENT DANS DES LOCAUX ADAPTES ET FONCTIONNELS, MAIS LES PATIENTS SONT PEU PRESENTS

4.2.1 Les chiffres communiqués par l'EPSM

Le directeur des relations avec les usagers (DRU) présente régulièrement le bilan des audiences des juges des libertés et de la détention (JLD) à la commission médicale d'établissement (CME).

Le JLD est peu saisi directement par les patients, soit seize requêtes en 2017, et dix-neuf en 2018 et 2019 ; ce sont au total quatre magistrats qui assurent à tour de rôle la présidence de l'audience.

Le constat est que les patients sont très peu présents, soit 50 % d'entre eux en 2018, contre 59 % en 2017 et 32 % en 2016.

En 2018, ce sont trente certificats médicaux d'incompatibilité qui avaient été délivrés contre vingt-neuf pour l'année 2019.

Des motifs divers peuvent expliquer les nombreuses absences. Les patients qui sont hospitalisés régulièrement connaissent assez bien la procédure judiciaire : ceux d'entre eux qui ont constaté que leur présence à l'audience ne leur a jamais permis de sortir plus tôt de l'hôpital préfèrent ne

¹⁰ Le CGLPL n'en est pas destinataire.

plus s'y rendre. D'autres patients ne souhaitent pas se déplacer, car la salle d'audience peut être située sur un autre site que celui de leur unité et le trajet apparaîtrait dissuasif.

Durant l'année 2018, le greffe judiciaire a reçu 409 saisines, parmi lesquelles 46 se sont révélées sans objet. A l'examen des 363 dossiers actifs, seuls 182 patients se sont présentés. Les magistrats ont rendu quatorze ordonnances pour lever les mesures de SSC (huit SPDRE et six SDDE), soit 3,8 % des décisions, contre 9 % en 2017.

Pour les onze premiers mois de l'année 2019, 366 saisines ont été enregistrées, dont 47 étaient sans objet. A l'examen des 319 dossiers actifs, ce sont 156 patients qui se sont présentés.

311 ordonnances ont maintenu les mesures ; treize patients ont fait appel de la décision du JLD, et la cour d'appel de Douai (Nord) a confirmé le maintien de la mesure pour douze patients (quatorze mainlevées en 2018 et trente en 2017). Une récente décision de la cour d'appel a fait l'objet d'un vif débat, notamment en CDU. La cour a refusé d'examiner les moyens invoqués par l'avocat lors de l'audience devant le JLD et s'en est tenue aux seuls moyens invoqués par la patiente concernée dans sa déclaration d'appel. Ce procédé inhabituel était préjudiciable à la patiente (en SPI) : compte-tenu de ses faibles connaissances en droit, elle s'était bornée à écrire qu'elle faisait appel « *pour sortir de l'hôpital* » alors que son avocat avait mis en avant d'autres arguments plus précis et plus juridiques en première instance. Le refus par la cour d'appel de l'examen complet de la situation de cette patiente en SPI a été considéré par la CDU comme un « *déni de justice* ».

Les motifs justifiant les mainlevées sont multiples : absence d'information du tuteur lors de l'admission, date erronée du certificat médical de 24h, certificats non visés dans l'arrêté d'admission, avis insuffisamment motivé par le médecin, avis motivé en l'absence du patient, absence de notification des droits, absence de trouble à l'ordre public, absence de la décision de réintégration après le programme de soins (PDS). Ces difficultés ont conduit la direction des relations avec les usagers (DRU) à la formation systématique des internes aux lois de juillet 2011 et 2013 et à l'information des médecins à chaque CME des problèmes juridiques soulevés par les décisions médicales.

4.2.2 L'audience

Aucune convention n'a été signée avec l'ARS et le président du tribunal judiciaire de Lille, mais ont été installés dans un des nombreux bâtiments au fond du parc du site d'Armentières mais aussi à Saint-André, des locaux multiples (salle d'audience, salle de délibération, bureau avocats, bureau du juge, hall d'attente), spacieux, clairs, parfaitement propres et très bien aménagés (mobilier de qualité) et équipés ; la salle d'audience est utilisée au moins une fois par semaine.

Pendant le contrôle, l'audience ne s'est pas tenue à l'hôpital d'Armentières mais dans la salle d'audience de l'EPSM de l'Agglomération lilloise, sur son site de Saint-André-Lez-Lille. Les contrôleurs ont assisté à l'audience qui comprenait six dossiers : un seul patient s'est présenté, tous les autres étaient absents dont un seul avait déjà bénéficié d'une mainlevée de la mesure.

Le rôle du JLD est expliqué dans la brochure remise au patient après son admission, dont le titre est « *les SSC- guide à destination des usagers et de leur entourage* » (cf. *supra* § 3.1.). Les enjeux

de l'audience sont également abordés par les IDE ou le médecin. Selon les informations recueillies, certains soignants et patients ont estimé que, selon les présidents d'audience, la durée de l'audience était très courte (voire expéditive) et l'ambiance « *stressante* ».

Des dossiers complets sont présentés au JLD comprenant notamment la fiche sur laquelle il est inscrit que des démarches ont été faites pour rechercher le tiers qui pourrait faire la demande d'admission du patient. Les dossiers sont transmis sous forme dématérialisée et cryptée.

Le JLD et sa greffière ne portaient pas leur robe d'audience, souhaitant rassurer les patients, et pour qu'il n'y ait aucune confusion avec une audience pénale.

Les patients sont en tenue de ville et aucun ne porte de pyjama mais ils peuvent se présenter avec des chaussons ; ils sont accompagnés par un ou deux IDE.

La décision du juge n'est pas rendue sur le siège, mais mise en délibéré pour être communiquée soit l'après-midi, soit le lendemain matin. Elle est transmise soit par fax aux avocats, soit par mail à l'établissement. Le secrétariat adresse ensuite la décision par fax à l'unité concernée et l'ordonnance du juge est expliquée puis notifiée au patient par l'infirmière ou par le médecin si la situation est complexe ou s'il y a une levée de la mesure avec mise en place d'un programme de soins. Une copie de la décision est remise au patient avec tous les certificats médicaux.

Les tuteurs sont tous convoqués par le greffe, mais peu nombreux sont ceux qui se présentent à l'audience. Les soignants, présents dans la salle aux côtés du patient, ne sont jamais interrogés par le juge ; en revanche un représentant de l'hôpital (un cadre administratif) est présent et peut être soit interrogé directement par le magistrat soit répondre aux arguments développés à l'audience par l'avocat, notamment lorsque ce dernier soulève à la barre des nullités de fond ou de forme. Les avocats reçoivent les dossiers tardivement, soit la veille de l'audience, soit le matin sur leur boîte structurelle et de façon cryptée depuis quelques mois.

Au barreau de Lille, depuis fin 2016, un groupe d'environ quarante avocats s'est spécialisé dans le contentieux relatif aux droits des patients en SSC. Ils participent à une commission spécifique relative au « *droit des personnes vulnérables* » et sont volontaires pour assurer les permanences requises à raison d'une journée par mois. Ils sont sélectionnés à la suite d'un examen, après avoir suivi une formation juridique spécifique sur le droit de la psychiatrie, un module sur la déontologie et la notion de mandat, des séances d'évaluation, des ateliers sur la jurisprudence en cours et l'étude des moyens de défense soulevés.

BONNE PRATIQUE 1

La spécialisation d'un groupe d'avocats du barreau de Lille dans le contentieux relatif à l'admission en soins psychiatriques sans consentement est de nature à favoriser les droits fondamentaux des patients admis sous ce statut.

En revanche, à la suite d'un mouvement de grève des avocats au niveau national remettant en cause le montant de l'aide juridictionnelle, le barreau avait décidé que les patients ne seraient pas assistés à l'audience du JLD, ce qui a duré pendant deux ans. La plupart des avocats ont à ce

jour un entretien téléphonique avec les patients, puis les voient en entretien individuel quelques minutes avant leur passage à l'audience.

4.2.3 La cellule juridique au sein de l'EPSM

L'établissement a créé un poste de juriste à temps plein, qui est occupé depuis 2012 par une spécialiste du droit hospitalier très impliquée et réactive. Elle a en charge la rédaction et la diffusion de brochures et d'informations juridiques sur les droits des patients. Elle alimente une veille juridique ventilant des avis du CGLPL, les rapports de visite du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) ou encore les décisions de jurisprudence. Elle se saisit également des motifs exposés dans les ordonnances des JLD lorsqu'ils ordonnent la mainlevée d'une mesure afin qu'ils soient étudiés en CME (cf. *supra* 4.2.1). A chaque modification de la loi, elle rédige des fiches de synthèse juridique (cf. *infra* § 8.2).

BONNE PRATIQUE 2

La juriste de l'hôpital assure une veille juridique et une diffusion de toutes les informations et évolutions issues des lois et recommandations relatives aux soins sans consentement et à l'isolement et à la contention, de sorte que l'encadrement et la communauté médicale sont sensibilisés au développement rapide du droit en la matière.

4.2.4 Le COPIL

Un COPIL « comité de pilotage hospitalisations sous contrainte » se réunit au moins deux fois par an depuis 2011, présidé par le coordonnateur des JLD du tribunal judiciaire de Lille et comprenant une quinzaine de participants, notamment les représentants des EPSM de Lille-Métropole et de l'Agglomération lilloise (cadres administratifs et psychiatres), de l'ARS des Hauts-de-France et du bâtonnier ; le dernier COPIL s'est tenu le 29 avril 2019.

Cette instance permet des échanges constructifs et un dialogue permanent sur les procédures et les bonnes pratiques à mettre en avant pour une meilleure protection des droits des patients.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TENUS ET RENSEIGNES CONFORMEMENT A LA LOI

Les registres de la loi sont tenus au sein de la cellule des soins sans consentement de la direction des relations avec les usagers (DRU). par deux adjointes administratives.

En bon état, ces registres présentent un format peu habituel (52 cm sur 34,5 cm) qui laisse beaucoup de place pour y intégrer tous les documents nécessaires. Chaque registre comprend 200 folios, deux pages étant disponibles par patient.

Le registre consulté par les contrôleurs est celui portant le numéro 92, intitulé « *registre des personnes hospitalisées* » qui est un document unique pour tous les patients quel que soit leur statut juridique et tenu de façon chronologique.

Toutes les pages du livre 92 qui en contient 201 ont été paraphées par le juge du tribunal d'instance de Lille à compter de son ouverture le 29 septembre 2019.

Sur la deuxième page, ont été apposées les signatures le 24 septembre 2019 du président de la CDSP et d'un représentant de l'UNAFAM. Un représentant du procureur de la République contrôle les registres une fois par an.

La dernière page, renseignée le 11 décembre 2019, porte le numéro 145 et correspond à l'admission d'un patient en soins sur demande d'un tiers en urgence (SDTU) le jour même à 11h25.

Les agents du service sont particulièrement attentifs et vigilants et enregistrent chaque jour toutes les admissions, après avoir reçu par mail toutes les pièces du dossier ; ces pièces sont immédiatement réduites au plus petit format, imprimées, découpées et collées sur chaque page du registre ; les certificats médicaux sont vérifiés, au niveau de la date et du nom du psychiatre.

La consultation du registre est aisée, les pages se tournant très facilement même si le registre est complètement rempli. Deux pages sont réservées pour chaque patient, ce qui est suffisant en règle générale compte de la durée moyenne de séjour qui est d'environ trois semaines. Les pièces prévues par l'article L 3212-11 du code de la santé publique se retrouvent dans les registres (certificats médicaux, dispositifs des décisions de justice, avis de notification des droits, arrêtés municipaux, arrêtés préfectoraux avec les voies de recours, avis du collège des professionnels de santé). Cependant ne figure pas dans ces registres la date de la décision de mise sous tutelle éventuelle du patient.

4.4 LES SORTIES AUTORISEES SONT NOMBREUSES POUR PERMETTRE RAPIDEMENT UNE LEVEE DES MESURES ET LES PROGRAMMES DE SOINS PEU DEVELOPPES

4.4.1 Les sorties

En raison de l'ouverture du parc sur la ville et de nombreuses fugues, les patients admis en SDRE ne sont autorisés à s'y rendre que lorsqu'une autorisation de sortie non accompagnée leur a été accordée par la préfecture. Pour les personnes admises en SDT, c'est le psychiatre qui doit signer la permission de sortie ; il a pu arriver qu'une sortie soit annulée, faute de personnel soignant disponible.

RECOMMANDATION 6

Les demandes d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de douze heures ne doivent pas être effectuées pour une sortie dans le parc de l'établissement ou pour se rendre à des activités ou rendez-vous à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

L'établissement indique que cette recommandation est en contradiction avec les exigences de l'ARS considérant que le parc est ouvert sur la ville, mais qu'elle sera appliquée.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation à destination de l'ARS.

Les premières sorties peuvent intervenir très rapidement s'il y a des problèmes urgents à régler (récupérer des vêtements, nourrir le chien, etc.). Pour chaque patient est mis en place un « programme progressif de levée de la mesure ».

Le préfet refuse régulièrement les premières demandes de sorties, avant d'autoriser au moins trois sorties de 12 heures, puis d'accorder une première sortie de 48 heures.

Les possibilités de sorties, leur adéquation ou faisabilité compte tenu de l'état clinique du patient, sont discutées lors des réunions cliniques avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi les avis de la psychologue et de l'assistante sociale sont écoutés attentivement et les éléments pratiques permettant l'organisation concrète de la sortie sont présentés avec précision. Les motifs pour accorder les sorties de moins de 12h ou de 48h sont nombreux : visites d'un logement social, retour en famille, présence à l'occasion de l'enterrement d'un patient, préparation d'un dossier de surendettement, retour au domicile personnel pour le préparer, rendez-vous dans un CMP, visite d'une maison de retraite en vue d'une admission, convocation chez le juge des tutelles, etc. Le patient peut donc bénéficier de plusieurs sorties pendant la même semaine ainsi que le week-end.

4.4.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont peu nombreux, car les sorties sont privilégiées pour aboutir rapidement à une levée totale de la mesure (cf. § suivant). Sinon, ils peuvent être prévus quand il est nécessaire de privilégier un séjour de rupture.

La cellule juridique a rédigé un support qui doit être remis au patient en programme de soins lors de sa consultation médicale mensuelle, sur lequel sont rappelés ses droits soit : saisir le JLD, la CDSP, la commission des usagers, choisir son praticien, accéder à son dossier médical. Et les conditions dans lesquelles sa réintégration pourrait être ordonnée sont également à nouveau mentionnées pour que le patient soit pleinement informé des conséquences d'un non-respect strict des prescriptions prévues dans son PDS. Il a été constaté que ce support n'était pas systématiquement remis aux patients.

4.4.3 La préparation de la levée de la mesure

Les assistants sociaux sont particulièrement réactifs et sont en relation permanente avec le secteur extra hospitalier.

Les dispositifs et structures présentes sur le territoire comme alternatives à l'hospitalisation sont nombreux, ce qui permet de préparer dans les meilleures conditions la sortie définitive de nombreux patients (cf. *supra* § 2).

Les sorties sont nombreuses et programmées pour la préparation de la levée de la mesure ; en effet les psychiatres sont dans la majorité des unités très peu favorables à l'hospitalisation dans le cadre d'un programme de soins.

L'équipe pluridisciplinaire va faire tout ce qui est nécessaire pour que le patient admis sous contrainte voit la mesure levée le plus rapidement possible, sans passer par l'étape intermédiaire que constituerait le programme de soins.

Beaucoup de permissions sont accordées sous forme « d'autorisations de sortir », documents signés par le directeur adjoint. Si le patient ne se rend pas au domicile du tiers ayant signé

l'admission, celui-ci est informé systématiquement de la sortie par lettre simple, quelle que soit la durée de celle-ci.

Il a été également indiqué par les psychiatres que les sorties, même pour quelques heures avec la famille proche, sont fortement encouragées dès que la crise aiguë est passée, sauf s'il subsiste un risque somatique.

A défaut de programme de soins, sont encouragés les accueils dans l'hôpital de jour du secteur, au sein de la résidence thérapeutique Les Pierres bleues à Linselles ou l'accès au dispositif d'intervention à domicile (DIAD).

Pour les personnes admises en SDRE, le préfet demande parfois un second avis médical. Souvent le préfet impose plusieurs sorties programmées avant d'être favorable à la levée des mesures et exige que les patients soient accompagnés par un personnel suffisant en nombre, soit deux soignants, soit deux personnes de l'équipe mobile (EMSAP).

Parfois la levée de la mesure n'est pas possible faute de structures d'accueil ayant des places disponibles. Au sein de l'unité La Clinique du secteur G18, par exemple, quatre patients seraient en attente d'admission dans des structures médico-sociales (foyer d'accueil médicalisé-FAM, MAS ou foyer de vie), depuis juillet 2019 pour l'un, depuis 2 mois pour un autre et depuis 2 ans pour les deux autres.

La situation des personnes sans domicile fixe est également problématique et en l'absence de solution durable en matière de logement, les durées d'hospitalisation malheureusement prolongées.

4.4.4 Modalités de fonctionnement du collège des professionnels de santé

Le recours au collège des professionnels de santé est effectué sans difficulté particulière, sur le signalement de la cellule des soins sans consentement.

C'est la secrétaire du pôle de psychiatrie concerné qui est chargée de réunir le collège des professionnels de santé, quand son avis est exigé aux termes des articles L 3211-9, R 3211-2 et suivants du code de la santé publique.

Les avis du collège sont signés par ses trois membres, soit deux psychiatres et un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui suit le patient, après que celui-ci a été convoqué et entendu, avec la mention « *vu ce jour* ».

Compte tenu de la durée moyenne de séjour, peu de patients sont concernés ; ainsi par exemple au sein de l'unité du secteur G18, le collège n'a pas eu à se réunir depuis près de dix-huit mois.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES RESTRICTIONS D'ALLER ET VENIR S'APPLIQUENT INDIFFEREMMENT AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET A CEUX QUI SONT EN SOINS LIBRES

5.1.1 La liberté d'aller et venir

Toutes les unités sont fermées, à l'exception de celle du secteur G21, où le service est ouvert de 8h30 à 20h30. De manière générale, les personnes hospitalisées en soins libres doivent se plier au régime des personnes hospitalisées sous contrainte pour ce qui est des restrictions imposées pour les déplacements à l'extérieur des unités, notamment dans le parc. Cet alignement du statut des personnes en SL sur celles en SSC, parfois justifié par la configuration des locaux et /ou par la nécessité de surveiller des patients qui seraient désorientés et/ou en danger, est critiquable.

L'exemple de l'unité La Pléiade (G07) est à cet égard éclairant. L'équipe et le médecin chef de pôle expliquent la fermeture de l'unité par l'agencement du rez-de-chaussée « *qui ne permet pas le filtrage* ». Le bureau infirmier étant situé à bonne distance de la porte, il serait difficile, si celle-ci restait ouverte, de savoir qui entre et qui sort. Ainsi, les patients en SL doivent-ils demander à un IDE de leur ouvrir la porte ; celui-ci en réfère alors au médecin. Si celui-ci est absent, c'est l'interne de garde qui donne ou non l'autorisation. Cette pratique est ainsi justifiée par un médecin : « *Ce n'est pas un hôtel, j'ai besoin de savoir où sont les patients, car ils peuvent se mettre en danger* ». Il en va de même à l'unité La Clinique (G18) où pourtant la plupart des patients sont en SL : pour aller dans le parc de l'établissement, le patient doit demander à un soignant de lui ouvrir la porte et il doit sonner à son retour, ce qui s'accompagne alors d'une attente de plusieurs minutes. La réduction du personnel infirmier (de 2 ETP en quatre ans) et la configuration des locaux (longs couloirs, recoins) rendraient la surveillance difficile et servent de justification à cette pratique. La situation est la même dans les unités Cap-Hornier (G19) et Lasègue (G20) dont le livret d'accueil stipule que « *les sorties dans l'enceinte de l'hôpital se décident avec le médecin référent et l'équipe soignante. Les sorties hors de l'établissement nécessitent une autorisation médicale écrite* ».

L'accès aux jardins des unités (où l'usage du tabac est autorisé) est plus ou moins souple selon les bâtiments. Ouvert 24 heures sur 24 au G21, le jardin n'est par exemple accessible que dans des créneaux horaires très encadrés à l'unité La Clinique (de 8h30 à 12h, de 12h30 à 13h, de 14h à 19h et de 19h30 à 20h). Il l'est à la demande à l'unité Lasègue, et libre sauf aux horaires des repas à l'unité Cap-Hornier.

L'accès aux chambres varie d'une unité à l'autre tant pour les horaires que pour les modalités d'ouverture des portes qui peut se faire, selon les lieux, avec un badge permettant aux patients de ne pas recevoir de visites non souhaitées d'autres patients. Il arrive que, lorsque les chambres sont situées dans les étages (par exemple à La Clinique), elles ne soient pas accessibles dans la journée alors que le règlement intérieur de l'unité prévoit le contraire. L'impossibilité d'assurer une surveillance adéquate est alors invoquée (il faudrait deux soignants à l'étage), ainsi que le souhait de ne pas laisser les patients repliés dans leur chambre et de les inciter à participer aux activités. Cette restriction entraîne parfois des rigidités qui ont paru inadéquates aux contrôleurs.

Ainsi, à la Pléiade, une psychologue qui souhaitait permettre à une patiente en chimiothérapie de se reposer dans sa chambre dans le courant de l'après-midi alors que l'accès n'y était pas normalement autorisé, a été incitée à prendre la responsabilité de l'y emmener et de la surveiller elle-même faute d'autre solution. *A contrario*, les chambres de l'unité Lasègue sont accessibles toute la journée.

RECOMMANDATION 7

Les restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes en soins libres n'ont aucune base légale. Il est urgent de remédier à cette situation afin de respecter les droits des patients.

Dans ses observations, en retour du rapport provisoire, la directrice e l'EPSM mentionne que la construction de nouvelles unités règlera, pour partie, les problèmes de restriction mentionnés.

Compte-tenu du maintien de certaines restrictions dans la liberté d'aller et venir après les nouveaux aménagements, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

5.1.2 L'accès au tabac

L'usage du tabac est officiellement interdit dans les bâtiments et autorisé dans les jardins des unités. Mais il arrive que des patients fument dans des lieux non ou insuffisamment surveillés. C'est ainsi le cas à La Pléiade, où des patients fument en cachette dans l'escalier qui dessert les trois niveaux de l'unité, et qui est accessible jusqu'à 23h30, hors la présence d'un IDE.

5.1.3 Le port du pyjama

Le port du pyjama est banni depuis de nombreuses années dans toutes les unités, à l'exception – très rare – de courtes périodes pour les patients placés en chambre d'isolement.

5.2 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR NE FONT PAS L'OBJET DE RESTRICTIONS

Sauf cas particulier et rarissime, il n'existe pas de restriction à l'usage du téléphone personnel des patients, qui pour la plupart en disposent. A l'unité La Clinique, lorsque le câble du chargeur du patient est long et présente un caractère de dangerosité, un câble plus court lui est fourni. Des cabines téléphoniques existent dans certaines unités, comme à Lasègue, mais la confidentialité des appels n'y est pas respectée, faute d'un équipement permettant au patient de s'isoler.

Du fait de la courte durée moyenne de séjour, les patients ne disposent pas d'abonnement à la presse. Il n'est pas possible de consulter les journaux, par exemple dans la bibliothèque qui a disparu depuis que celle-ci a été transformée en self. Un exemplaire de *La Voix du Nord* est distribué tous les matins dans chaque unité. Selon les interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs, les patients ne formuleraient pas de demande particulière sur l'accès aux journaux.

Pour des raisons techniques, l'accès à Internet n'est pas possible dans toutes les unités faute de couverture suffisante. Un faible nombre de patients – mais il n'y a pas de recension précise – dispose d'un ordinateur ou d'une tablette. Le code du wi-fi est disponible dans chaque unité. Les

soignants interrogés relèvent que les patients utilisent leur téléphone portable ou des clefs USB pour accéder à l'internet.

Le courrier est relevé et distribué chaque jour. Les patients peuvent faire oblitérer leurs lettres par l'hôpital en cas de besoin.

Les visites des proches se déroulent dans des créneaux horaires différents selon les unités. Seule l'unité G21 autorise les visites tout au long de la journée. Deux chambres y disposent d'un lit pour recevoir les proches. A La Pléiade, les visites ont lieu dans une belle salle qui peut être partagée en deux espaces, de 13h à 14h en semaine, de 13h à 18h30 le week-end. A La Clinique, un salon agréable est réservé aux visiteurs de 16h30 à 19h en semaine, de 14h à 19h le week-end. Au Cap-Hornier, les locaux sont moins accueillants et les visites ont lieu de 16h30 à 18h30 en semaine, de 10h à 12h et de 14h à 18h30 le week-end. A Lasègue, les visites ont lieu de 15h à 18h30. Dans la plupart des cas, les horaires sont appliqués avec souplesse.

Dans toutes les unités, si des mineurs de 15 ans rendent visite à un patient, il est veillé à ce qu'ils soient accueillis à l'écart.

5.3 AUCUNE REFLEXION D'ENSEMBLE N'EST MENEESUR LA SEXUALITE

Si l'interdiction d'avoir des rapports sexuels dans l'enceinte de l'hôpital a été supprimée du règlement intérieur, le mot « sexualité » ne figure dans aucun document institutionnel.

La plupart des interlocuteurs interrogés lors du contrôle estiment que la réflexion sur ce sujet est balbutiante mais qu'il ne s'agit pas d'un sujet tabou. Si une attention particulière est partout portée aux personnes vulnérables qui pourraient être entraînées dans une relation à laquelle elles pourraient ne pas consentir en toute connaissance de cause, chaque pôle a sa conception propre de la question de la sexualité. Certaines unités ne l'abordent pas (La Pléiade), quand ailleurs (La Clinique) le repérage de rapprochements entre patients conduit à un entretien avec le psychiatre qui explique que les relations sexuelles ne sont pas souhaitées. Les effets secondaires des traitements sur la libido sont abordés. Il est arrivé (Cap-Hornier), qu'un patient qui en avait fait la demande soit accompagné dans une sex-shop du voisinage. Contraception et préservatifs peuvent être fournis, mais aucune politique d'ensemble n'est menée. La juriste de l'établissement a rédigé deux fiches sur la vie affective et sexuelle et sur la sexualité en établissement de santé et en institution médico-sociale qui rappellent les textes et les décisions judiciaires qui sont intervenues sur ce sujet depuis plusieurs années. Elles ont été distribuées à l'ensemble des professionnels et pourraient servir utilement de base à une réflexion collective nécessaire.

RECOMMANDATION 8

Une réflexion collective doit être menée sur la sexualité pour unifier les approches et favoriser la discussion avec les patients.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX DE VIE SONT INEGALEMENT ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Les bâtiments, de style architectural flamand, sont aujourd'hui disséminés sur le vaste site en raison de la réduction importante de la capacité hospitalière de l'établissement. Le médecin chef du pôle G19 indiquait aux contrôleurs qu'au début de sa carrière en 1985, il a connu sur ce site des dortoirs de soixante patients, tous en pyjama, vivant dans une atmosphère enfumée puisqu'il était possible de fumer à l'intérieur des locaux, les cigarettes étant au surplus, fournies à volonté par l'hôpital.

A ce jour, une partie des locaux inutilisés est louée à des associations œuvrant dans le cadre de l'aide aux populations précaires ou du soutien aux demandeurs d'asile. L'un des bâtiments a également été réquisitionné par la préfecture du Nord pour héberger des migrants interpellés à Calais (Pas-de-Calais) et aux environs. Une centaine de personnes dont la moitié de mineurs non accompagnés sont ainsi pris en charge.



Bâtiments du site d'Armentières



Spa de l'unité G21 à Lille

La mise en œuvre du plan Vigipirate a amené l'établissement à condamner les issues du domaine sur lequel est installé l'EPSM à Armentières pour ne laisser accessible que l'entrée principale équipée d'une barrière, facilitant ainsi la surveillance par la personne affectée au standard, présente sur le site jour et nuit. Par ailleurs sont disposées neuf caméras dont quatre sur les quatre portails et cinq sur des zones sensibles telle que la pharmacie. Les images, conservées vingt-huit jours, sont détruites automatiquement. Neuf agents du service de sécurité d'incendie et d'assistance à la personne se relaient sur le site par roulement. En équipe de deux, ces agents effectuent des rondes dans le domaine, de jour comme de nuit, à bord d'une voiture électrique qui roule au pas. Lorsque le portail est fermé, à partir de 22h30, si une voiture se présente, le conducteur s'annonce auprès de la personne qui est de garde au standard.

Les bâtiments qui hébergent encore des patients, quoique rénovés pour certains dans les années 80, sont aujourd'hui inadaptés et nécessitent d'être réaménagés voire reconstruits. La configuration en étages est notamment peu propice à l'échange et à la surveillance (cf. *infra* § 6.1). Cette restructuration a déjà été amorcée par la construction du bâtiment de l'unité de psychiatrie du secteur G21 déplacée à Lille ainsi que par celle de l'unité intersectorielle de

pédopsychiatrie restée à Armentières. Au jour de la visite des contrôleurs, les études sont lancées pour reconstruire deux unités d'hospitalisation Cap-Hornier (G19) et Lasègue (G20), appartenant au même pôle. Elles seront toutefois situées au plus près des secteurs géographiques qu'elles couvrent, à Saint-André-Lez-Lille, où elles étaient implantées autrefois. Les unités des secteurs G07 et G18 devraient faire l'objet d'une reconstruction à l'horizon 2025.

Les bâtiments qui abritent les unités d'hospitalisation sur le site d'Armentières (unités G07 La Pléiade, G18 La Clinique, G19 Cap-Hornier, G20 Charles Lasègue, l'unité de pédopsychiatrie clinique Nicolas de Staël) et sur le site de Lille (le secteur G21 Jérôme Bosch) présentent des caractéristiques très différentes les unes des autres. L'unité du secteur G21 est totalement à part, les conditions de vie offertes aux patients étant confortables et répondant à l'objectif de son projet institutionnel. Toutes les chambres sont individuelles, vastes, lumineuses, disposant d'un poste de télévision, d'une salle d'eau avec douche et WC, d'un placard fermant à clé, d'une porte avec un système de badge pour l'ouverture et la fermeture par le patient. Deux chambres ont en outre un lit supplémentaire pour permettre au patient d'accueillir un proche pour la nuit.

Le contraste entre cette unité et celles du site d'Armentières est saisissant. En effet, les locaux des unités La Clinique, Cap-Hornier et Lasègue (G18, G19 et G20) ne sont pas parfaitement adaptés à leur usage.

Les unités des secteurs G18 et G19 sont vétustes et ne sont pas conformes aux normes actuelles d'hébergement. Elles sont mal isolées et si l'hiver les patients ne souffrent pas du froid en raison d'une production certainement dispendieuse du chauffage, il en va différemment l'été en l'absence de climatisation. L'organisation des unités sur plusieurs niveaux constitue une véritable difficulté de fonctionnement. Les chambres situées au 1^{er} étage se trouvent éloignées des espaces de vie et d'activité et ne sont donc pas accessibles dans la journée par les patients pour des questions notamment de surveillance. C'est le cas dans l'unité du secteur G19, dans l'unité du secteur G07 et pour les quatorze chambres de l'étage du secteur G18. Le premier étage des G18 et G19 correspond à deux étages en raison de la hauteur des plafonds du rez-de-chaussée et on y accède par un escalier relativement abrupt. L'unité G20 est de construction plus récente mais se trouve au premier étage. Dans cette dernière, il existe sept chambres doubles, une seule aux pavillons des secteurs G18 et G19 et aucune dans l'unité du secteur G07. La plupart des chambres de ces unités ne disposent pas d'un WC et d'une douche individuelle. Au sein de l'unité Cap-Hornier (G19), les patients n'ont pas d'armoire fermant à clé et ne peuvent pas non plus fermer leur chambre même lorsqu'ils s'y trouvent pour la nuit. Ce n'est pas le cas de l'unité G07 puisque les portes des chambres ont été munies de serrures électroniques permettant aux patients d'ouvrir et de fermer leur porte avec un badge. Sauf dans l'unité G07, les patients peuvent aérer leur chambre en ouvrant un vasistas situé en hauteur.

Les chambres sont simples, vastes et fonctionnelles, disposant de chevets. L'absence de décor peut s'expliquer par des temps d'hospitalisation courts, de quelques semaines, en général. De la sorte, les patients ne ressentent pas la nécessité d'investir leur espace de vie personnel. Les unités disposent de salles de détente et de salles de télévision agréables avec des fauteuils et des tables, de salles d'activités avec des appareils de sports (baby-foot, table de ping-pong).

Toutes les unités disposent d'un jardin sécurisé qui, dans certaines unités, n'est accessible que dans des créneaux horaires très encadrés (cf. *supra* § 5.1.1). Si des caméras sont disposées dans les espaces extérieurs, il n'en existe pas dans les unités ou à proximité immédiate.

6.2 L'HYGIENE EST RESPECTEE EN TOUS LIEUX

Quelle que soit la diversité et la vétusté de certaines unités, tous les locaux sont apparus propres aux contrôleurs et aucun laisser-aller n'a été noté dans l'entretien des lieux de vie. Le nettoyage est effectué tous les jours, matin et après-midi par deux agents des services hospitaliers employés à plein temps. Malgré leur investissement, une hausse du mécontentement relatif à la propreté apparaît au travers des questionnaires de satisfaction renseignés par les patients (cf. *supra* 3.2.2). Les agents participent, avec les soignants, à la vie des patients notamment au moment du service des repas. Les draps des lits sont changés une fois par semaine ou plus souvent en cas de nécessité. Les serviettes de toilette sont fournies et lavées par l'hôpital qui dispose au sein du site d'Armentières d'une blanchisserie industrielle mutualisée avec deux autres établissements au sein d'un groupement de coopération sanitaire. Une trentaine de personnes dépendent de ce groupement et travaillent dans un bâtiment qui doit faire l'objet d'une transformation prochaine. Selon les informations recueillies, la blanchisserie respecte les prescriptions d'hygiène et d'environnement exigées pour obtenir la certification.

Certains patients se chargent du lavage de leur linge personnel. Certaines des unités disposent d'un lave-linge et permettent à une autre unité située à proximité, dépourvue de machine, de l'utiliser. A défaut, les patients doivent laver leur linge dans les lavabos. L'accès des patients aux douches dépend de l'accès aux chambres et de l'utilisation des douches collectives, dans les chambres qui en sont dépourvues est limitée à certaines périodes du matin et du soir.

6.3 LES PATIENTS PEUVENT CONSERVER LEURS BIENS S'ILS SONT EN CAPACITE DE LES GERER

Lors de l'arrivée des patients dans les unités, un inventaire contradictoire des biens est réalisé sur un document papier mais ne l'est pas systématiquement sur informatique, ce qui peut être préjudiciable aux patients à la suite de pertes ou des vols (cf. *supra* § 3.2.2). Les objets dangereux sont retirés sans qu'une liste exhaustive de ces objets soit prévue et ils sont conservés dans le casier personnel du patient au local infirmier. Tous les autres objets, téléphone inclus, peuvent être conservés par le patient, sauf restriction médicale, dans l'armoire de sa chambre. Cependant, lorsque cette armoire n'est pas munie d'une serrure et que le patient ne peut fermer la porte de sa chambre à clé – notamment dans l'unité Cap-Hornier (G19) – les objets de valeur peuvent être conservés au coffre de l'unité. Il arrive également que de petites sommes d'argent soient conservées dans une enveloppe au nom du patient dans le local infirmier et remises au fur et à mesure à la demande. Ce procédé peu sécurisé n'est pas généralisé et n'est utilisé que dans les cas où les patients sont dans l'incapacité de gérer leurs besoins quotidiens. Un système identique est pratiqué pour les besoins en tabac.

6.4 UN EFFORT PARTICULIER EST REALISE QUANT A LA QUALITE DES REPAS

Les repas sont préparés par une cuisine centrale qui fonctionne en chaîne froide et fabrique 700 000 repas par an. Cinquante personnes y sont employées par cette cuisine sous la direction

d'un responsable de cuisine. Recruté il y a un an, il poursuit la restructuration totale du fonctionnement de cette cuisine dans le but d'améliorer à la fois la qualité du travail et de la production. Certains postes, difficiles et fatigants, sont tenus par rotation du personnel. La manipulation des produits stockés a été revue afin d'éviter la fatigue et ce qui était autrefois rangé dans des étagères est maintenant placé dans des chariots qu'il est facile de déplacer. La préoccupation sanitaire est permanente et des règles strictes sont en application dans les tenues des employés ou la circulation des produits. La matière est achetée essentiellement localement comme les contrôleurs ont pu le constater sur les étiquettes des produits frais. Un diététicien détermine l'équilibre nutritionnel des repas. Afin d'améliorer à la fois les qualités des aliments et les économies d'énergie, la nourriture est cuite dans des fours à basse température pendant des temps plus longs avant d'être refroidie à la bonne température. Elle est ensuite placée dans des barquettes collectives ou individuelles pour les entrées, les desserts ou les régimes, puis étiquetée au nom du patient ou du service. Les repas sont préparés à J+3 et conservés dans des réfrigérateurs. Les soupes sont préparées et servies au jour le jour. Un service de transport assume l'acheminement vers les différentes unités. Dans chaque unité, les plats sont contrôlés en température à l'arrivée puis réchauffés dans des fours pendant un temps défini. La température est à nouveau contrôlée au début du service et en cours de service afin de permettre à tous les patients de profiter d'un plat chaud. Le contrôle de la température est noté sur une fiche avec le nom de l'agent qui l'a réalisé. Le service est effectué devant une petite banque par les agents de service.

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES SONT PRISES EN CHARGE AU SEIN DU MILIEU DE VIE

7.1.1 La prise en charge des crises en amont de l'hospitalisation

La prise en charge des crises en amont de l'hospitalisation est développée de manière affirmée par tous les secteurs de l'EPSM Lille-Métropole à travers le réseau ambulatoire et les équipes mobiles de soins intensifs.

Cette prise en charge est cependant particulièrement remarquable au secteur G21 et c'est le fonctionnement extraordinaire de ce secteur qui sera décrit ici, sachant que les autres secteurs développent à des degrés divers certains dispositifs similaires.

Le projet du pôle de santé mentale G21 a été actualisé en avril 2019 pour une 8^{ème} version. Il affirme en préambule les valeurs défendues et quantifie le besoin de soins à partir de l'analyse sociodémographique de la population couverte de 86 000 habitants. Ce projet reprend par ailleurs une circulaire du 30 juillet 1992 dans sa définition de l'urgence en psychiatrie : « *une demande dont la réponse ne peut être différée ; elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique.* »

L'offre libérale spécialisée ne compte que quelques psychiatres et psychologues et le pôle a tissé des liens avec une clinique privée (groupe privé *Ramsay générale santé* « Clinique Maison Fleurie » à Faches-Thumesnil et Parc Monceau à Lille) pour des hospitalisations en soins libres de patients hors état de crise. Entre trente et soixante patients du secteur bénéficient chaque année d'une prise en charge dans cet établissement, le pôle assurant la prise en compte des éventuels moments de crise et le soin plus intensif.

Le pôle est reconnu depuis 1998 par l'organisation mondiale de la santé pour ses pratiques innovantes en santé mentale communautaire.

La filière de soins de psychiatrie des patients de ce secteur est ambulatoire pour la plupart et très minoritairement hospitalière pour les quelques patients qui doivent séjourner plusieurs jours en hospitalisation complète dans un des dix lits du secteur (il y avait soixante-quinze lits en 1986, vingt-cinq lits en 2013). Cette prise en charge est permise par une organisation rigoureuse des soins adaptés au besoin de chaque patient, grâce à une palette de dispositifs et de modalités de prises en charge ambulatoires.

Le pôle a pris en charge en 2018 3 189 patients (3 055 en 2017) et 3 513 patients en intégrant les activités de coordination, les appels téléphoniques, les recherches des perdus de vue. Il y a eu 1 200 nouvelles demandes de soins en 2018 pour 1 192 patients. 1 000 personnes sont par ailleurs suivies depuis plus de trois ans. Le pôle s'est donné l'objectif de limiter à terme toutes les mesures de SSC à 72 heures.

Ses moyens humains ne sont pas plus conséquents que ceux des autres secteurs (cf. *supra* § 2.4 et 2.5) ; trois postes de médecins sont actuellement vacants et un quatrième bénéficie d'un

congé maternité ce qui rend difficile l'exercice, d'autant que le système d'astreinte est spécifique sur le secteur G21 dont l'unité d'hospitalisation est située à Lille.

Enfin, le secteur prend en charge tous les patients de son territoire, quel que soit le niveau de gravité, de crise ou de chronicité. Depuis plus de trente ans, le pôle n'a jamais eu recours aux unités pour malades difficiles (UMD) pour les patients de son territoire. Il se distingue des autres pôles dans les modalités de prise en charge en hospitalisation complète, avec deux fois moins de lits et surtout une unité ouverte, sans restriction de liberté ni pratique d'isolement ou de contention.

La faible capacité hospitalière du secteur ne conduit pas à déporter ses patients vers les autres unités d'hospitalisation (cf. *supra* § 2.6.3).

La prise en charge ambulatoire des patients du secteur G21 associe les dispositifs suivants :

a) Le service médico-psychologique de proximité (SMPP)

Ce service est la clef de voute de la prise en charge ambulatoire organisée autour de l'usager, ses habitudes de vie, et son environnement social (familles, amis, voisins, associations, clubs).

Deux CMP assurent chacun la prise en charge des patients de trois villes. Les CMP sont ouverts de 8h45 à 19h et un CMP sur les deux reste ouvert jusqu'à 14h le samedi.

Les consultations du SMPP se déroulent aussi dans différents lieux des villes comme la mission locale, la piscine, le centre communal d'action sociale, la maison médicale, le centre de prévention addictologique, l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'unité territoriale de prévention et d'actions sociales le centre de soins infirmiers, et les domiciles des patients.

Ce service comprend une équipe pluridisciplinaire associant médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et éducateurs, ASH, psychologues, psychomotriciens, médiateurs de santé pairs, secrétaire, cadre de santé, animatrice socioculturelle, ergothérapeute, animatrice sportive, animateur artiste, chargée de mission projets culturels qui travaillent en équipe.

Concernant ces médiateurs de santé pairs, ils sont actuellement sept pour cinq ETP (et un autre se trouve au secteur G07) ; ils bénéficient d'une formation en alternance une semaine à Paris dans le cadre d'une licence de sciences sociales et sanitaires – option médiateur de santé pair – et sont doublés trois mois avec un IDE. Ils occupent ensuite des postes en tant que salariés de l'établissement. Exceptés les IDE qui constituent le noyau fixe des différentes équipes du secteur, tous les autres professionnels ont des temps partagés sur l'ensemble. Un IDE est ici référent pour trente à trente-cinq usagers.

Les lundis et jeudis, des réunions pluridisciplinaires (psychiatre, psychologue, éducateur, IDE) sont consacrées à l'analyse de nouvelles « prises en soins », que ce soit en pré ou post crise. Un cadre de coordination est présent de 8h à 19h.

Les délais d'obtention de rendez-vous sont courts avec 92,5 % des rendez-vous proposés dans un délai de deux jours suivant l'appel. La secrétaire du pôle dispose de tous les plannings des différents professionnels comprenant les créneaux libres réservés aux urgences.

Le partenariat avec les médecins généralistes est renforcé par le fait que les ordonnances ne sont jamais faites par les psychiatres (sauf urgence) mais par les médecins traitants sur les indications des psychiatres. De même les infirmières libérales assurent les soins autres que psychiatriques (dispensation des traitements, par exemple). Par ailleurs, la systématisation des courriers adressés aux médecins généralistes (directement *via* l'application smartphone Cariatides par courriel avec copies aux patients) et la permanence téléphonique offerte aux praticiens permet des liens privilégiés avec les médecins de famille. Si un médecin généraliste souhaite orienter un patient, il obtient un rendez-vous avec l'interne de psychiatrie ou une IDE dès le lendemain matin. La durée de ces premiers rendez-vous avec l'institution est d'au moins une heure trente.

BONNE PRATIQUE 3

Les médecins généralistes de ville sont totalement intégrés à la prise en charge des patients par un ensemble de liens entre eux et le pôle de psychiatrie.

Le lien avec les services d'urgence du secteur (urgences générales du CHRU, centre d'accueil et de crise (CAC), CHU de Lille (unité de 72 heures) et service des urgences de Saint Vincent) est facilité par la présence au sein de ces services d'un psychiatre du pôle et d'un contact direct.

Les personnes ne venant pas à un rendez-vous sont rappelées, si besoin en passant par la personne de confiance, le médecin généraliste, un voisin impliqué.

Cette activité ambulatoire dispose d'une vingtaine de véhicules, ce qui ne permet pas l'exercice de toutes les missions ; beaucoup d'agents utilisent leur véhicule personnel avec défraiement kilométrique.

L'organisation des soins sur l'ensemble de l'offre intra comme extra hospitalière et l'intervention des différents acteurs donnent lieu à un « reporting » quotidien rigoureux et efficient. Un tableau quotidien répertorie l'ensemble des patients suivis et permet de nourrir les réunions professionnelles quotidiennes.

b) Les soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC)

Ces soins sont assurés, depuis 2006, par une équipe mobile d'urgence et de soins intensifs de proximité qui gère les urgences par des interventions précoces, renforcées, pluridisciplinaires, au domicile des usagers vivant une situation de crise. L'équipe pluridisciplinaire comprend des psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens et médiateurs de santé pairs. Cette équipe assure la coordination avec l'ensemble des partenaires du territoire : médecins urgentistes, médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, etc. Elle s'appuie sur le tissu social et familial, l'environnement direct de l'usager, au sens large. Elle permet le maintien de l'usager dans son cadre de vie, la continuité des soins et la limitation de la perte d'autonomie.

Les prises en charge sont adaptées à chaque usager, de quelques jours à trois semaines (moyenne de douze jours de prise en charge) avec une présence journalière après du patient allant s'il le faut jusqu'à plusieurs heures. Les situations à risque sont ensuite traitées par le SMPP et le suivi attentif comprend trois contacts par semaine. Un IDE le matin et un autre l'après-midi assurent

la gestion d'intervention d'urgence (GIU). Une fois par semaine une réunion pluridisciplinaire redéfinit le niveau d'urgence et le travail.

De nombreuses réunions sont organisées auprès du patient avec les familles et l'entourage ; tous ces partenaires ont le numéro du SIIC en cas de difficulté.

700 urgences par an sont ainsi traitées. En 2016, l'activité comptait 4 888 actes d'IDE au domicile, 131 actes de psychologues et psychomotriciens. Le taux de contact avec le médecin généraliste était de 98 % en 2017.

L'équipe mobile est active de 8h à 21h et une permanence téléphonique spécifique est assurée de 21h à 8h le lendemain. Un professionnel formé à la relation d'aide assure si besoin, des entretiens téléphoniques, en régulation avec l'astreinte médicale. Le service dispose d'un IDE de coordination de jour et d'un IDE de nuit sur tout le secteur.

Le service dispose en alternative à l'hospitalisation de quinze places théoriques de suivi en hébergement de droit commun et quinze personnes sont actuellement suivies simultanément par l'équipe mobile. La prise en charge peut consister en une intensification du suivi d'un patient déjà connu en ambulatoire.

Le taux de reprise en charge dans l'année par le SIIC est de 6,4 %.

c) L'accueil familial thérapeutique alternative à l'hospitalisation (AFTAH)

Cette alternative à l'hospitalisation permet aux usagers de bénéficier d'un accueil familial qui sera thérapeutique par l'environnement accueillant et l'accès au plateau technique du pôle. Il permet une phase de réadaptation provisoire avant le retour à domicile avec l'aide des équipes du SIIC. Deux types d'accueil sont proposés : long de plus de trois mois, et court. Il y avait six familles pour neuf places en 2018.

Le nombre de familles chute ces dernières années et il reste un seul accueillant pour un théorique de six.

d) Le dispositif logement accompagné

Un dispositif « habicité » permet, grâce à soixante-treize places, de maintenir ou d'apporter l'intégration dans un habitat de manière accompagnée. Le logement permet l'élaboration d'un projet de vie des personnes présentant un handicap psychique avec une prise en charge au long cours et pluridisciplinaire (IDE, éducateur, pair aidant, psychologue) pour un total d'un ETP pour huit usagers.

L'objectif du programme d'insertion et d'accompagnement est d'allier insertion et soins par l'intégration et l'inclusion sociale de l'utilisateur dans la cité, en dépassant la notion de logement pour entrer dans celle d'habitat.

Le taux de reprise en charge en 2018 était de 35 %. Un projet de télémédecine est en cours.

Par ailleurs, les logements associatifs de l'association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté favorisent l'accès au logement en colocation en lien avec les bailleurs sociaux.

Enfin, le pôle participe à l'équipe mobile « santé mentale et précarité » Diogène par un mi-temps infirmier et a développé des liens privilégiés avec le foyer ARELI (patient en situation de grande précarité) ; quatre personnes y sont ainsi suivies en relais de l'équipe Diogène en 2018.

e) Le dispositif « frontières »

Le but de ce dispositif, outre la déstigmatisation des troubles psychiques, est d'accompagner les usagers vers les bénéfices des activités physiques, culturelles, artistiques, professionnelles et de bénévolat de droit commun pour favoriser leur bien-être et leur insertion sociale.

L'équipe de « frontières », pluridisciplinaire, comprend infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, artistes, enseignants en activités physiques adaptées, psychologues, médecins, psychomotriciens, intervenants extérieurs.

L'activité classique d'un CATTP s'est ainsi transformée vers un accompagnement individualisé hors du soin vers les partenaires associatifs et municipaux de droit commun.

Le dispositif « frontières » comprend une galerie d'art (dans un bâtiment de l'EPSM), un atelier de pratique artistique et une réserve adaptée, il permet de déstigmatiser les personnes atteintes de troubles psychiques. Le fonds d'art contemporain appartient à l'association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté. Elle est hébergée et gérée par l'équipe de Frontières. 700 œuvres sont actuellement en dépôt.

f) Le service d'activités d'insertion et de soins intégrés à la cité (SAISIC)

Les usagers sont orientés vers le SAISIC par les professionnels du pôle, sur validation d'un médecin, d'un psychologue ou d'un psychomotricien. Ce service dispose de trois outils d'accompagnement :

- activités thérapeutiques de groupe (huit), dans les lieux où sont proposés des activités de droit commun ;
- dispositif « sagacité » : il s'adresse aux usagers qui sont chronicisés dans l'activité thérapeutique ; ils sont alors accompagnés dans une activité souhaitée, mais de droit commun, par les soignants, grâce à des adhésions soignant/soigné non nominatives auprès de clubs (sportifs) ou d'associations ; une soixantaine de patients sont ainsi accompagnés vers l'autonomie dans l'activité chaque année, grâce à un budget de 21 000 euros ;
- filière travail : un ergothérapeute est affecté au dispositif pour soutenir la définition et réalisation du parcours professionnel et un psychologue réalise des bilans de motivation et de compétence au travail. Un conventionnement est passé avec un centre d'adaptation à la vie active (CAVA).

g) L'implication des usagers du pôle dans son organisation et dans les soins

Le pôle a instauré l'élection de porte-paroles des usagers, quatre en 2015 et actuellement six, élus par 120 usagers votants. Ces porte-paroles établissent un lien régulier avec les usagers du pôle. Ils participent à des réunions de coordination avec les équipes ou des groupes de travail et

transmettent l'avis des usagers recueilli grâce aux différents outils. Il y a ainsi un forum participatif des usagers une fois par trimestre, coanimé par une médiatrice de santé pair et les porte-paroles, des rencontres « paroles aux usagers », animées par un médiateur de santé pair en hospitalisation complète, et des fiches suggestions/réclamations papier dans les différents lieux de soins du service. L'utilisateur peut aussi remplir une « *fiche d'événement indésirable* » comme les soignants, celle-ci étant débriefée en équipe avec un retour *via* les porte-paroles des usagers. Les avis des usagers sont recueillis aussi grâce aux fiches de suggestions/réclamations des portes paroles des usagers (1 040 en 2015).

Par ailleurs, des représentants de l'UNAFAM siègent à la commission d'attribution des appartements accompagnés, et deux groupes d'entraide mutuelle (GEM) disposent, sur le secteur, de leurs propres locaux.

Une consultation pour les aidants est proposée avec un membre de l'UNAFAM.

Une « consultation des entendeurs de voix » propose un suivi par un binôme professionnel formé au « voice dialogue » et un expert du réseau sur l'entente de voix.

7.1.2 L'admission aux urgences hospitalières

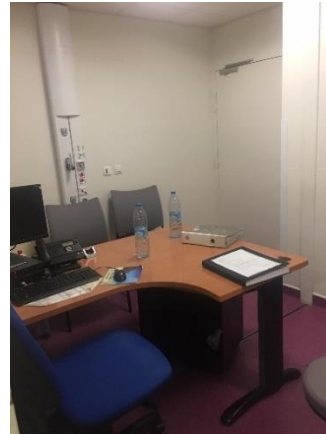
Le CHS d'Armentières ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue soit par les urgences d'hôpitaux généraux voisins (CH de Tourcoing, d'Armentières, CHU de Lille, CH Saint-Vincent-Saint-Philibert) soit par des entrées directes. Il n'existe pas au sein du territoire de santé de dispositif formel de réponse aux urgences psychiatriques tel que voulu par l'article L 3221-5-1 du code de la santé publique.

Aux urgences du CHU de Lille, l'accès au service d'une personne agitée ou amenée par les secours ou les forces de l'ordre s'effectue par une entrée spécifique préservée des regards. Ce service reçoit chaque jour près de 300 patients de plus de 15 ans et 3 mois.

Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont installés directement dans un des trois boxes « pré zone » afin d'être reçus par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). Le patient est ensuite placé sur le brancard dans une seconde zone d'attente, avant d'être appelé ou amené auprès du médecin urgentiste. Ce médecin appelle, le cas échéant, le psychiatre pour un avis spécialisé ; le patient est alors placé dans un des trente-deux boxes d'examen des urgences adultes. Parallèlement à la mobilisation du psychiatre, les urgences sollicitent, pour tout problème relevant de la psychiatrie, une infirmière de psychiatrie présente 24h/24 aux urgences et totalement intégrée dans l'équipe des urgences. C'est cette infirmière qui effectue le relais avec le psychiatre de garde.



Entrée des urgences adultes



Bureau de consultation du psychiatre

A l'entrée de cette partie des urgences, deux couloirs extérieurs sont destinés aux familles qui peuvent s'y asseoir. Les affaires personnelles et les téléphones sont laissés aux patients.

Au sein des urgences adultes, le patient de psychiatrie peut être installé dans un des quatre boxes de consultation couchée dans lequel le matériel est moins présent. Le psychiatre dispose d'un bureau de consultation pour les patients mobiles.

Si le psychiatre estime nécessaire l'hospitalisation du patient en milieu psychiatrique, il gère la recherche de place dans un établissement du secteur concerné.

Ainsi, les personnes en soins sans consentement (SSC) qui transitent par les urgences, bénéficient d'un examen somatique initial avant l'admission au CHS.

L'attente d'une place en établissement agréé pour les soins sans consentement est dite courte, obligeant rarement le patient à passer une nuit aux urgences. Dans ce cas, le patient peut être admis dans une des vingt-cinq chambres d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui disposent toutes d'une toilette, d'un point d'eau et d'un placard fermant à clef.



Chambre type d'UHCD

Si une contention est décidée par le médecin urgentiste, elle est tracée dans le dossier médical du patient (logiciel Résurgence) et les infirmiers de psychiatrie ou des urgences effectuent la surveillance du patient dans le respect des protocoles existant.

Les locaux du service des urgences du CHU sont bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques, mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie, car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambre d'apaisement ou box sans hyperstimulation ni matériel fragile).

RECOMMANDATION 9

Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.

En réponse au rapport provisoire, la directrice mentionne que cette recommandation ne concerne pas l'EPSM mais le service du CHRU de Lille auquel elle sera transmise.

L'organisation propre au service des urgences conduit ainsi le praticien des urgences à décider l'isolement ou l'installation de contentions pour des patients relevant de la psychiatrie, sans solliciter la validation du psychiatre. Or conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditations et d'évaluation en santé (ANAES) et de la fédération hospitalière de France (FHF) de 2004 relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires, et à la loi de 2016 sur l'isolement et la contention complétée par les recommandations de la même année de la haute autorité de santé (HAS), l'isolement et la contention d'un patient de psychiatrie doivent être décidés par un médecin psychiatre. S'il s'agit d'un médecin d'une autre spécialité, il doit faire valider sa décision dans l'heure suivant la mesure par un psychiatre.

RECOMMANDATION 10

Le placement sous contention des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doit être décidé par un médecin psychiatre.

Cette recommandation sera communiquée aux services d'urgence des hôpitaux généraux partenaires, indique la directrice dans ses observations.

Les médecins urgentistes tracent certes leurs décisions de contention sur le logiciel des urgences dans le dossier patient, mais il n'y a pas de registre et par là pas d'analyse possible des mesures prises. Aucune durée de contention n'est connue.

RECOMMANDATION 11

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

Cette recommandation sera communiquée aux services d'urgence des hôpitaux généraux partenaires, indique la directrice dans ses observations.

Pour les transferts des patients vers le CHU et le clinique Jérôme Bosch (G21), l'IDE de psychiatrie des urgences accompagne le patient jusqu'au service dans l'ambulance du CHU ; pour une hospitalisation sur le site d'Armentières ces sont les équipes d'Armentières qui viennent le chercher.

Les urgences générales de la clinique Saint-Vincent reçoivent également des patients relevant des secteurs de l'EPSM. Ici aussi, une IDE de psychiatre est présente 24h/24 intégrée à l'équipe des urgences au sein d'une « unité médico-psychologique ». Le psychiatre de la clinique se déplace si appelé par l'urgentiste ; la nuit et le week-end, une astreinte est mutualisée avec les psychiatres du centre d'accueil psychiatrique et d'admission (CAPA).

L'attente des patients avant une admission dans un service du secteur concerné est dite courte en général avec au maximum une nuit dans le service.

Le déménagement des urgences dans les jours suivant le contrôle n'a pas permis de développer la prise en charge.

Le BSI assure en outre un accueil de tous les entrants mais aussi une fonction de « *bed manager* » (affectation des places dans les unités, y compris hors secteur après accord médical du secteur accueillant).

7.2 LES MODALITES D'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES RESPECTENT LES DROITS DES PATIENTS

7.2.1 Les dispositifs ambulatoires et partenaires de la filière de prise en charge

Tous les secteurs ont développé de manière forte la prise en charge ambulatoire, que ce soit au moment de la crise, des soins ou de la prévention des rechutes, grâce à des équipes mobiles de soins intensifs à domicile (par exemple aux secteurs G18, G20, G21), des places d'hôpitaux de jour et d'ateliers thérapeutiques, des activités de soins à médiation insérées dans la cité (secteurs I03, G10, G18, G21, G09), des appartements associatifs accompagnés, des équipes mobiles de réhabilitation psychosociale. L'ensemble des secteurs a mis en place, au niveau des CMP ou du dispositif d'accueil et de crise, l'accueil infirmier avec ou sans rendez-vous, avec la possibilité de consultations médicales non programmées ; ils gèrent également la psychiatrie de liaison dans les services des urgences des hôpitaux de proximité (CH d'Armentières, CH de Seclin, CH de Tourcoing, CHRU de Lille, CH Saint-Philibert).

Concernant la psychiatrie adulte, l'établissement dispose de nombreuses structures extra hospitalières (cf. *supra* § 2). Les deux EPSM comprennent par ailleurs des structures transversales : une pharmacie à usage intérieur, un département de l'information et de la recherche médicale et des structures d'accueil des patients en urgence.

Outre l'activité psychiatrique, une partie de l'activité des EPSM est consacrée au secteur médico-social (maison d'accueil spécialisé, EHPAD, foyer d'accueil médicalisé), ce qui facilite les articulations de prises en charge.

Les délais d'accès à une consultation avec un psychiatre en CMP sont hors urgence, rapides ; il est de moins de quarante-huit heures au secteur G21 par exemple, le patient pouvant également relever avant d'une consultation avec un psychologue ou d'un entretien infirmier.

7.2.2 Le projet de soin

En complément du projet médical et du projet de soins, les EPSM ont rédigé un projet de prise en charge des patients et des résidents. Ce projet tend à améliorer les conditions d'accueil, à garantir le respect des droits des patients, la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge, ainsi qu'un parcours de soins coordonné. Il reconnaît également le rôle essentiel des usagers dans la détermination des orientations sanitaires ainsi que la place centrale des aidants dans le processus de soins du patient. Il inscrit également la question de la participation des usagers au système de santé, à l'organisation des parcours, et la mesure de leur satisfaction.

Le projet détaille ces pistes d'amélioration. Il est ainsi expliqué, entre autres, que les équipes recherchent constamment l'adhésion du patient aux soins et aux traitements qui lui sont prescrits, y compris pour le patient admis sous contrainte, afin de le faire adhérer au processus de prise en charge ; que des réflexions sur les pratiques d'isolement et de contention permettront d'harmoniser le recours à l'isolement ou à la contention pour une utilisation exceptionnelle, que des réflexions sur la liberté d'aller et venir doivent proposer une architecture adaptée (unités ouvertes et unités fermées).

Les EPSM développent par ailleurs une politique culturelle et artistique (cf. *infra* § 7.2.7), avec l'intervention d'artistes au sein des structures, le développement de partenariats avec des espaces culturels, ou encore la mise en place d'activités animées par des professionnels des établissements formés à l'art-thérapie.

La réflexion médicale partagée sur les prises en charge est réelle à l'échelle de l'établissement et des réunions se tiennent régulièrement au niveau des pôles, parfois même chaque matin. Les prises en charge au sein d'un pôle sont sensiblement harmonisées.

7.2.3 Les pratiques

De fait les contrôleurs ont constaté que ces projets de pôle sont mis en œuvre dans la prise en charge globale des patients, en ambulatoire comme dans les unités d'hospitalisation.

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient partout, régulièrement et plusieurs fois par semaine d'entretiens avec un médecin psychiatre, voire tous les jours à l'unité du G21. Les entretiens se tiennent avec les infirmiers. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Dans les services, il y a toujours au moins un médecin senior le matin et l'après-midi ; la vacance actuelle de postes de PH amène temporairement la seule présence d'un interne une demi-journée du lundi au vendredi au sein de la clinique Jérôme Bosch, le senior restant joignable au téléphone.

Les entretiens infirmiers sont formalisés et inscrits dans le dossier médical.

Les certificats médicaux des 24h et 72h sont établis par des médecins différents après entretien médical spécifique.

La permanence des soins est assurée, en premier niveau, par un interne de garde, qu'il soit interne de médecine générale ou de psychiatrie. Cette garde est placée sous la responsabilité d'un senior d'astreinte ; un PH est d'astreinte en semaine sur les sites d'Armentières, Seclin et

Tourcoing et deux PH sont d'astreinte le week-end, l'un à Armentières et Tourcoing et l'autre à Seclin.

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu très régulièrement dans toutes les unités. Les réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, généralistes, internes, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, et régulièrement, les équipes extra hospitalières. La forte prise en charge ambulatoire est intégrée dans une prise en compte de la filière de soins et tous les pôles ont très régulièrement voire tous les jours des réunions associant l'ensemble des acteurs intra et extra hospitaliers de cette filière pour évoquer les patients nécessitant d'adapter les soins.

Des réunions institutionnelles de pôle sont également régulières (une fois par mois pour le secteur G20) voire des assemblées générales de pôles (deux fois par an pour le secteur G19). Un collège des chefs de pôle se réunit également tous les mois (après le directoire élargi) pour évoquer les difficultés entre pôles, les relations entre institutions. Enfin, tous les médecins sont invités par dérogation au bureau de la CME huit fois par an, les représentants d'usagers (UNAFAM et SERPSY (association de soins, études et recherche en psychiatrie) sont invités à la CME (depuis 2015) et deux assemblées générales des médecins se tiennent deux fois par an pour évoquer les dossiers stratégiques. De la même façon, un représentant des usagers et des familles est invité systématiquement à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques depuis 2010.

Les soignants bénéficient ainsi d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour être rassurées et accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps dédié de trente minutes à la mi-journée et de quinze minutes le matin (cf. *supra* § 2. 4.2).

Des réunions soignants-soignés sont souvent organisées (G18) ; au G21 elles sont remplacées par la visite une fois par mois de tous les patients par un médiateur santé pair qui recense les doléances et les transmet à l'équipe soignante. Elles ont été suspendues au G20 mais devraient reprendre prochainement une fois par mois avec un psychologue. Au sein de l'unité Cap-Hornier (G19), une réunion soignants-soignés a eu lieu dans l'année (juillet), animée par le médecin-chef de l'unité. La psychologue, qui vient d'être affectée devrait s'en charger dans les mois à venir.

Le dispositif « infirmier référent » n'a pas été choisi au regard de l'organisation des soignants par mission spécifique sur la journée. Il y a par endroit deux infirmiers référents pour un patient (G19). L'organisation des soins prévoit ainsi un IDE pour les tâches administratives et entretiens médico-infirmiers, un IDE pour les soins infirmiers, examens et délivrance des traitements, un IDE d'activité en appui à celui de jour qui organise les accompagnements extérieurs ou aux activités. Les effectifs soignants sont de ce fait adaptés au besoin de prise en charge et pluridisciplinaires puisque de nombreux services ont accès, aux côtés des IDE et aides-soignants, à des psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues. L'analyse des plannings montre une présence moyenne de cinq soignants par demi-journée pour vingt patients en intra hospitalier,

ce qui permet d'effectuer les missions du projet médical. La surveillance des patients est organisée en trois niveaux :

- au niveau 1, en salle commune où se trouve le patient ;
- au niveau 2, visuellement toutes les quinze ou trente minutes ;
- au niveau 3, à vue en permanence.

L'accès au dossier médical est facilité et même, sur le secteur G21, les patients reçoivent copies de tous les certificats et observations adressées à leur médecin traitant ; les psychiatres expliquent aux patients les éléments de leurs dossiers. Les patients peuvent demander de changer de médecin sans difficulté dans tous les pôles.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale, dès le premier entretien si possible (au G21 par exemple). Les familles sont associées au projet de soin dans toutes les unités.

La supervision n'est pas encore proposée aux soignants dans tous les secteurs ; il n'y en a pas pour le secteur G19 mais à l'inverse le secteur G18 a bénéficié de six séances, pour quatre personnes, depuis juillet 2019.

7.2.4 Les «séjours inadéquats et le « groupe d'analyse des situations complexes »

Peu de patients sont hospitalisés au long cours au sein des deux sites visités ; six personnes sont prises en charge dans une unité spécifiques (ESPS) par défaut de structure plus adaptée. Les soignants rapportent peu de difficultés pour trouver des places dans le secteur médico-social, parfois en Belgique à proximité. Sur un seul secteur, on recense huit EHPAD (des conventions sont passées avec six maisons de retraite), un foyer pour mineurs isolés étrangers, un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), un foyer pour sans domicile fixe, trois maisons d'accueil spécialisées (MAS), un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Il y aurait 1 700 places de structures d'aval accessibles sur le territoire de l'EPSM. La seule difficulté concerne le délai de trois mois pour obtenir de la maison départementale des personnes handicapées la reconnaissance du handicap.

Il n'existe pas de groupe de réflexion éthique au sein de l'établissement. En revanche, un groupe d'analyse des situations complexes traite de problématiques particulières auxquelles il essaie d'apporter des réponses concrètes. Il constitue un groupe de réflexion indépendant, basé sur le volontariat et n'exerçant aucune responsabilité hiérarchique vis-à-vis des soignants concernés par la problématique. En cela il joue partiellement – et sans qu'il ne soit jamais présenté comme tel – le rôle de comité d'éthique au sein de l'établissement.

Les questions à la fois éthiques et opérationnelles soulevées en 2017 par la prise en charge sur la durée d'un patient, auteur d'une tentative de meurtre sur soignant et qui avait été ensuite placé plusieurs semaines sous contention, ont conduit à la création de cette instance. Initialement conçue comme une sous-commission de la CME, elle est désormais appelée

« *groupe d'analyse des situations complexes* » et pilotée par la directrice adjointe en charge des soins, de la qualité et de la gestion des risques.

Le groupe est composé de tout personnel volontaire, quelles que soient ses fonctions. Des appels à candidatures sont diffusés. Il traite uniquement des situations qui lui sont déferées par une équipe soignante confrontée à une difficulté de prise en charge. Il n'intervient donc que sur sollicitation des soignants et ne peut s'auto-saisir. L'équipe concernée présente la situation concrète, les solutions déjà apportées et les points de difficulté, puis assiste à la discussion. *In fine*, le groupe recommande des actions à mettre en œuvre, mais ne décide pas à la place de l'équipe et ne réfère pas à la direction ou aux autorités.

Le groupe s'est réuni trois fois depuis sa création (la dernière fois en 2019 à la suite de l'évasion d'un patient détenu). Les participants au groupe estiment qu'ils pourraient être beaucoup plus sollicités.

7.2.5 Le comité d'éthique

Un comité d'éthique a fonctionné de 2010 à 2012 mais s'est arrêté en septembre 2012 lorsque l'ancien directeur général a voulu le présider à la place d'un médecin. Une réflexion serait en cours pour établir un comité d'éthique à l'échelle du GHT.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Un comité d'éthique doit être rapidement installé.

La décision d'installation d'un comité d'éthique au niveau du GHT a été prise en comité stratégique le 30 juin 2020.

7.2.6 Les directives anticipées

La mise en œuvre de la rédaction des directives anticipées a été particulièrement développée à l'EPSM Lille-Métropole qui rappelle que « *tout établissement de santé interroge chaque personne qu'il prend en charge sur l'existence de directives anticipées* », qui « *s'imposent au médecin sauf urgences vitales.* »

Un « *plan de prévention et de gestion de la crise* » (qui est spécifique au G21 et n'est pas partagé par l'ensemble des secteurs) adapte ces directives anticipées à la crise potentielle d'un patient suivi par la psychiatrie, à l'aide d'un questionnaire signé par la personne et un témoin une fois renseigné :

Question 1 : quand je suis bien, comment suis-je ?

Question 2 : qu'est ce qui fait que je vais moins bien ? Quels sont les événements extérieurs ou les circonstances susceptibles de mettre à mal mon bien-être ?

Question 3 : Qu'est ce qui m'indique que je vais moins bien ? Quels sont les signes de changements émotionnels et ou comportementaux qui m'indiquent ou qui indiquent aux autres que je ne suis plus si bien ?

Question 4 : comment je suis lorsque je suis en crise ? pour moi et pour les autres ?

Question 5 : que faire quand je suis en crise ? Personne de confiance ? Aide humaine à m'apporter (proches, professionnels) ? Mon traitement et autres thérapies ? Type et lieux de prise en charge ? Décisions à éviter ? Si je suis en danger ?

Question 6 : quand n'ai-je plus besoin d'utiliser ce plan ?

7.2.7 Accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

A l'EPSM sur le site d'Armentières, au terme classique d' « activités thérapeutiques », celui de « soins à médiations » est préféré. Leur conception a été mûrement réfléchi depuis de nombreuses années pour en faire un élément important des soins. C'est d'ailleurs de la direction des soins que dépendent toutes les initiatives et la gestion autonome d'un budget annuel de 240 000 euros. Chaque unité dispose d'un budget propre pour l'achat de petit matériel et les sorties. A l'exception d'une seule (unité Lasègue, G20), toutes les unités sont très réceptives et ont volontiers adopté la démarche qui consiste à faire des activités artistiques, littéraires, sportives, botaniques, etc. des leviers pour restaurer la confiance en soi, faciliter les rapports à autrui, et retrouver le chemin de l'autonomisation. La formation des soignants, qui ont tous vocation à participer à au moins un soin à médiations, est systématique et régulière et démarre dès le recrutement. Les activités font la plupart du temps l'objet d'une prescription médicale. Elles s'organisent dès l'hospitalisation et sont régulièrement revues au fil du temps.

L'hôpital bénéficie de nombreux équipements de qualité, deux salles de sport, une piscine, deux bassins de balnéothérapie (dont l'un équipé d'un hammam), et de deux terrains de football. Le « jardin des pouces verts » a ouvert en 2018. Dans cet endroit ravissant, des ateliers sont organisés. Les patients ont la possibilité de couper des fleurs et de réaliser des bouquets qu'ils peuvent emporter dans leurs chambres. Ils sont invités à récolter du raisin, manger les fruits aussitôt cueillis, pique-niquer sur l'herbe. Une ruche permet de fabriquer du miel. Un parcours inventif de plantations choisies permet de travailler l'odorat, le toucher et la vue. Une cascade sert de bassin aux poissons. Une « bibliothèque dans l'herbe » est à la disposition de qui veut lire. « Le chemin des va nu pieds » invite les visiteurs à se déchausser et à ressentir la texture du sol. Inventif et poétique, le jardin, né de l'idée de soignants, a été réalisé par les jardiniers de l'hôpital qui ont adhéré au projet avec passion. Cet enthousiasme collectif a conduit à un succès qui dépasse le seul monde de l'hôpital, puisque 2 000 visiteurs le visitent chaque année.

Festivals, expositions, ateliers, défilés de mode, pièces de théâtre sont organisés tout au long de l'année avec l'appui de nombreuses institutions culturelles et sportives partenaires de la région. Des artistes en résidence sont fréquemment hébergés. Ainsi dans l'unité La Clinique, dix chambres désaffectées ont été confiées à des artistes qui y ont réalisé des installations étonnantes figurant leur représentation de la maladie mentale.

600 visiteurs se sont déplacés pour découvrir leur exposition et ont pu discuter avec patients et soignants dans une démarche « *de déstigmatisation et de désacralisation des lieux* ». Un écrivain en résidence a écrit un roman (« La patience de Mauricette », Lucien Suel, édition. La Table Ronde) retraçant l'histoire de l'hôpital à travers le parcours imaginaire d'une patiente.

Les patients participent aussi à des activités culturelles à l'extérieur de l'hôpital et sont régulièrement emmenés dans des musées et assistent à des pièces de théâtre. Dans la mesure du possible, les soignants tentent de familiariser les patients à des lieux culturels proches de leur domicile, en prévision de leur futur suivi ambulatoire.



Chambre aux papillons



Salle d'activité de l'unité Jérôme Bosch

Le calendrier des activités et des sorties est le plus souvent fixé dans l'emploi du temps hebdomadaire des patients. Il est arrivé que des sorties soient annulées faute de personnel pour les encadrer, ce qui peut conduire certains patients à se plaindre, plaintes qui se révèlent notamment au travers questionnaires de satisfaction remplis par les patient(cf. *supra* 3.2.2). C'est notamment le cas de patients hospitalisés sous contrainte. Ceux-ci ont donc plutôt accès à des activités dans l'enceinte de l'établissement. Par exemple, au moment du contrôle dans l'unité La Pléiade (G07), sur seize patients cinq étaient en SSC. Dans quatre dossiers sur cinq (le cinquième refusant de participer), un programme était bien établi.

Pour le patient 1 : dix temps d'activité par semaine (réveil musculaire, jeux éducatifs, séance individuelle de psychomotricité, gym douce, sport individuel, relaxation, vidéo-débat, chant).

Pour le patient 2 : cinq temps par semaine (réveil musculaire, sport collectif, randonnée pédestre, gym douce).

Pour le patient 3 : seize temps par semaine (réveil musculaire, jeux éducatifs, sport collectif, randonnée, hydrothérapie, gym douce, relaxation, atelier du médicament, jeux pro-cognitifs, expression personnelle, chant).

Pour le patient 4 : huit temps par semaine (jeux éducatifs, sport collectif, sport individuel, atelier du médicament).

Il est difficile d'établir avec précision la participation des patients aux activités, car même si chaque activité est tracée, la distinction entre activité thérapeutique et non thérapeutique n'est pas toujours faite. De plus, la courte durée de séjour implique un renouvellement des patients et parfois des retours, ce qui ne permet pas de savoir combien participent réellement.

BONNE PRATIQUE 4

La gestion des activités thérapeutiques, bien insérée dans le suivi médical des patients, est favorisée par le dynamisme des équipes et une formation spécifique dès le recrutement des agents.

7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST GARANTI

Les médecins généralistes (MG) présents dans l'établissement ne sont pas réunis au sein d'un service mais sont rattachés aux chefs des services dans lesquels ils interviennent. Ils sont cependant rassemblés au sein d'une sous-commission « soins somatiques » de la CME quatre fois par an, présidée par un généraliste de Tourcoing, avec la présence d'un pharmacien et d'un psychiatre.

Sur le site d'Armentières, il y a ainsi un MG sur chacun des secteurs G19 et G20 (pour 1,9 ETP), un MG au G18 et le SIAC Tourcoing, un MG au G07 (pour 0,8 ETP), un MG à Seclin G09 et G10, un MG aux G16 et G17 (pour 1 ETP), soit au total 5,7 ETP. A la clinique Jérôme Bosch située dans l'enceinte du CHU, la médecine générale est exercée par des internes de médecine générale du CHU.

Ces médecins généralistes répondent à toutes les demandes d'examen dans les services d'hospitalisation aux heures ouvrables, et permettent de prendre en charge les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques sur repérage des psychiatres ou demandes des patients.

Ils examinent toutes les admissions dans les 24 heures pour les patients en SSC et dans les quarante-huit heures pour les autres ; les patients placés en isolement sont également examinés tous les jours par les somaticiens. Dans certains services comme au sein de l'unité La Clinique (G18), un géronto-psychiatre vient également apporter son concours trois matinées par semaine.

BONNE PRATIQUE 5

Les patients placés en chambre d'isolement sont examinés chaque jour par les médecins somaticiens.

Présents une demi-journée dans les unités, les généralistes assistent aux réunions cliniques.

Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé du logiciel Cariatides.

Dans le but de faciliter la continuité des soins ambulatoires, les MG de l'établissement assurent un soutien téléphonique si besoin auprès des patients n'ayant pas encore trouvé de médecin libéral ; ils ne peuvent cependant pas proposer une consultation physique.

La permanence des soins somatiques est assurée par le dispositif de garde et d'astreinte de psychiatrie.

7.4 L'ACCES AUX AUTRES SOINS SPECIALISES EST ASSURE

Sur le site d'Armentières, un espace est réservé aux MG et autres spécialistes ou professionnels. Un cardiologue vient ainsi régulièrement lire les électrocardiogrammes (ECG) (1 945 réalisés en 2018) ; un neurologue vient examiner les électroencéphalogrammes (258 examens réalisés par trois IDE) ; un pédicure a réalisé 824 examens de pédicurie en 2018 (811 en 2017). Enfin, quatre diététiciennes ont réalisé 1 668 actes pour une file active de 443 patients.

Un kinésithérapeute intervient sur les secteurs G19 et G20. Il n'y a pas de chirurgien-dentiste mais les soignants rapportent avoir un réseau de praticiens libéraux acceptant rapidement les patients de l'établissement. L'imagerie est, elle aussi, d'accès facile au CH d'Armentières (rendez-vous de scanner en une semaine) ou au CHU pour les IRM.

L'ensemble des autres spécialités est accessible au CHU de Lille sans difficulté rapportée.

Pour tous ces rendez-vous auprès de spécialistes, le patient est accompagné par un ou deux soignants s'il est en SDRE.

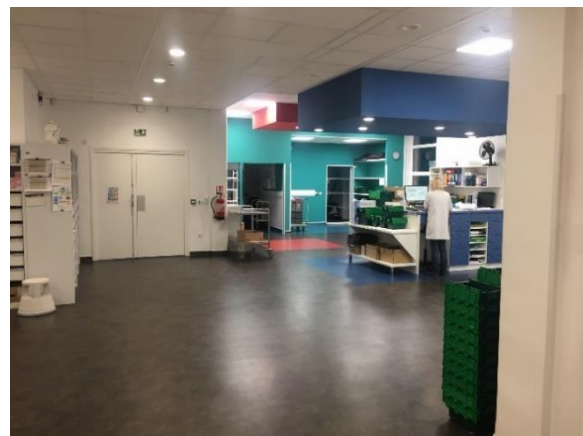
L'offre de soins en addictologie est organisée à l'échelle du GHT.

7.5 L'ACCES AUX TRAITEMENTS RESPECTE LA CONFIDENTIALITE ET LA SECURITE

La pharmacie à usage intérieur (PUI) est gérée par quatre pharmaciens (3,8 ETP) dont un assistant, un interne de pharmacie (mais actuellement poste non pourvu) et quatre postes d'externes (trois actuellement pourvus mais l'effectif sera réduit à deux pour l'avenir). L'équipe dispose de 5,6 ETP de préparateurs en pharmacie, de coursiers (2 ETP) et d'un magasinier permettant l'exercice des missions et évitant que les IDE ne doivent venir chercher les médicaments.



Bâtiment de la pharmacie



Intérieur de la pharmacie

Les locaux sont spacieux, suffisants, récemment rénovés, au rez-de-chaussée et sous-sol d'un bâtiment historique.

Le contrôle des prescriptions (28 508 en 2018) est réalisé à 100 % sans difficulté rapportée pour corriger les prescriptions le nécessitant. Les internes de médecine de l'établissement s'inscrivent

à l'Ordre des médecins pour obtenir un « numéro RPPS », ce qui permet de tracer les prescripteurs de toutes les ordonnances.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques des services. Une astreinte de pharmacie est mutualisée pour les deux EPSM.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit environ trois fois par an. Deux réunions du comité se sont tenues en 2018 (une troisième a été annulée faute d'un nombre de participants suffisant, trois réunions se sont tenues en 2017. Plusieurs psychiatres sont présents aux réunions ainsi qu'un médecin généraliste.

La pharmacie du CH a développé des activités cliniques particulières. Tout d'abord la conciliation médicamenteuse depuis 2014, réalisée par l'interne et l'assistant, et validée par un pharmacien senior avec une traçabilité dans le dossier Cariatides du patient. 114 conciliations ont été effectuées en 2018 (291 en 2017), la diminution étant liée au manque d'externe sur des postes vacants. 37 conciliations de sortie des traitements médicamenteux ont été faites en 2018 (91 en 2017).

Par ailleurs, les pharmaciens pilotent ou sont acteurs de trois améliorations des pratiques professionnelles en 2018 : évaluation de la douleur, administration des traitements et prise en charge somatique du patient hospitalisé.

Ils développent l'éducation thérapeutique à travers des séances de communication autour du médicament (vingt-trois séances pour soixante-dix-huit patients en 2018) et proposent des entretiens pharmaceutiques à la demande, l'atelier du médicament pour patients atteints de psychose. Enfin, un pharmacien anime une chambre des erreurs où sont formés 150 professionnels par an.

La pharmacie à usage interne livre un réapprovisionnement chaque semaine dans les services et complète chaque jour. Plusieurs armoires de pharmacie sécurisées ont été installées dans des services ; pour les autres une dotation d'urgence classique est mise en place.

Dans les unités, les infirmières vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients de manière confidentielle un par un dans la salle de soins ou le bureau infirmier. En cas de refus de traitement, celui-ci n'est pas remis mais le médecin est immédiatement informé et reçoit, le cas échéant, le patient, y compris l'interne de garde la nuit et les week-ends.

Quelques praticiens prescrivent cependant encore des « *injections de sédatifs si besoin* » en cas d'agitation ou de refus de traitement. Il ne semble pas que le médecin vienne systématiquement rechercher le consentement du patient avant que les IDE ne procèdent à l'injection non acceptée par le patient. Le CGLPL rappelle que toute « *injection si besoin* » doit être proscrite, sauf accord express du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Les prescriptions « si besoin », dans la prise en charge des situations de crise, doivent être prohibées.

La directrice de l'EPSM indique que cette recommandation a été prise en compte et qu'un groupe de travail s'est réuni sur ce thème les 10 et 22 septembre 2020.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS AUX NORMES ET NE RESPECTENT PAS TOUJOURS LA DIGNITE ET L'INTIMITE DES PATIENTS

Sur les six unités qui font l'objet du rapport, quatre disposent d'une chambre d'isolement (La Pléiade, La Clinique, Cap-Hornier et Lasègue). Les contrôleurs ont rencontré les patients qui occupaient ces chambres lors de la mission.

8.1.1 Les points communs

Aucune chambre d'isolement ne respecte complètement les préconisations du contrôle général des lieux de privation de liberté. Aucune ne dispose d'un espace extérieur propre par ailleurs. Elles sont toutes de surface correcte (au moins 9 m²), en bon état, certaines étant peintes d'une couleur originale (mauve, par exemple) dans un esprit d'apaisement. Elles sont toutes dépourvues d'interphone. Le « mobilier » est toujours identique : matelas mou (« mobilier *Cumbria*TM») disposant de fixations pour la contention, triangle mou en guise d'oreiller, table de chevet ou repose-plateau mous. Les matelas ne sont pas adaptés à une utilisation prolongée (isolement de plusieurs mois comme à l'unité La Clinique) : les patients se plaignent de douleurs au dos.



Chambres d'isolement (unité La Clinique à gauche, Cap-Hornier à droite)

8.1.2 Les caractéristiques propres à chaque unité

Aucune chambre n'est identique, attestant d'une perception de l'isolement différente d'une unité à l'autre, dépendant en grande partie de la personnalité du médecin chef et de l'équipe. Les noms de ces chambres reflètent bien ces logiques hétérogènes : « espace d'apaisement » à La Pléiade et à Lasègue, « chambre de soin intensif » au Cap-Hornier, « chambre de soins attentifs » à La Clinique.

L'accès à ces chambres est variable. Il n'existe un sas qu'à Lasègue, mais la chambre ne bénéficie pas d'un double accès. Inversement, à La Pléiade, on peut entrer dans la chambre par deux portes

différentes (l'une depuis le couloir et l'autre depuis le bureau des infirmiers) mais il n'existe pas de sas. Les chambres des deux autres unités n'ont ni sas, ni double accès.

La configuration de la chambre d'isolement de La Pléiade a surpris les contrôleurs. Non seulement la porte entre la chambre et le bureau des infirmiers est souvent ouverte, mais en outre, la cloison entre ces deux espaces est percée d'une grande fenêtre (qui dispose de stores relevables et de toute façon peu occultants). L'intimité du patient n'est donc nullement respectée, correspondant au souhait des soignants de surveiller constamment, nuit et jour, le patient isolé. Il a été indiqué aux contrôleurs que c'est souvent le patient qui demandait que la porte soit ouverte ou le store relevé, pour sentir la présence infirmière ou même discuter avec le soignant.



Fenêtre et porte de séparation entre la chambre et le bureau infirmier de La Pléiade

En termes d'équipements :

- la chambre d'isolement de La Pléiade est équipée d'une horloge, mais pas les autres ;
- celle de Lasègue est équipée d'un bouton d'appel (néanmoins ce bouton est inaccessible si le patient est contentonné), mais pas les autres ;
- à l'unité Cap-Hornier, le patient isolé peut librement ouvrir et fermer ses volets et stores alors que dans les autres unités cette action nécessite l'intervention d'un soignant ;
- à La Clinique et au Cap-Hornier, le patient peut allumer et éteindre la lumière lui-même alors que dans les deux autres unités, seul un soignant peut le faire ;
- à La Clinique, les repas sont servis aux patients isolés avec des couverts classiques alors qu'ils sont en plastique à Lasègue ;
- le patient isolé de Lasègue peut bénéficier d'un poste de radio, allumé depuis l'extérieur ;
- la température de la chambre est régulièrement inadaptée à La Clinique (isolation faible et absence de climatisation) alors qu'elle est correcte dans les autres chambres.

L'équipement des chambres d'isolement pourra être harmonisé si le nouveau protocole local, validé trois jours avant le début de la mission mais non encore appliqué, est réellement mis en œuvre. Il prévoit en effet « *un espace d'isolement qui bénéficiera d'un équipement spécifique*

conformément aux recommandations de bonnes pratiques (horloge, calendrier, fond musical, éclairage adapté...) »¹¹.

S'agissant des sanitaires, la situation est là encore distincte selon les unités.

Les conditions d'accès à l'hygiène sont correctes à l'unité Cap-Hornier : des sanitaires comprenant douche, lavabo et WC, attenants à la chambre, sont accessibles en permanence au patient. Le flexible de douche n'est pas systématiquement enlevé. Les soignants ne peuvent pas voir à l'intérieur des sanitaires. Néanmoins le WC est situé à proximité de la douche et il n'y a pas de rideau : il est donc inondé à chaque fois.

A La Pléiade et à Lasègue, des sanitaires attenants existent aussi mais ils ne comprennent qu'un WC et un lavabo. A Lasègue, un fenestron dans le sas donne sur le WC, par ailleurs dépourvu d'abattant. Les patients qui veulent se doucher sont accompagnés dans des douches communes de l'unité, en face de la chambre dans les deux cas. Il n'y a de miroir dans aucune de ces trois unités.



Sanitaires des chambres (Cap-Hornier à gauche, La Pléiade au centre et Lasègue à droite)

Enfin, à l'unité La Clinique, la chambre ne dispose d'aucun sanitaire attenant, ni même de point d'eau. Pour la nuit il n'y a pas d'urinal mais seulement une poche en plastique, ce qui est indigne et perçu comme tel par le patient qui occupait cette chambre lors de la visite. Les sanitaires utilisés, proches de la chambre d'isolement, sont propres et agréables. Le flexible de douche n'est pas retiré : il ne le serait qu'en présence d'un patient suicidaire.

¹¹ Protocole de mise en chambre d'isolement et/ou contention de l'EPSM Lille-Métropole, 6 décembre 2019, p. 7



Sanitaires communs à La Clinique, accessibles au patient isolé

RECOMMANDATION 12

L'architecture et la configuration des chambres d'isolement doivent être revues pour respecter l'intimité et la dignité des patients.

Selon la direction de l'EPSM, l'architecture des chambres d'isolement sera revue dans les nouvelles constructions et une réflexion sera menée sur les aménagements en tenant compte des contraintes architecturales.

Les contrôleurs prennent acte des projets mais maintiennent leur recommandation dans l'attente de leur concrétisation.

8.2 SI LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT DISPARATES ET INSUFFISAMMENT ANALYSEES, LE SUIVI DES PATIENTS EST CORRECTEMENT ASSURE

Les dispositions de la loi du 26 janvier 2016 qui donnent un cadre légal aux pratiques d'isolement et de contention à l'hôpital psychiatrique ont été rapidement prises en compte par l'établissement, de même que l'instruction ministérielle du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention. De nombreuses notes ou rappels ont été diffusés en ce sens par la juriste de l'hôpital (cf. *supra* § 4.2.3).

Les pratiques constatées lors du contrôle résultent essentiellement d'un protocole de « *mise en chambre d'isolement et/ou contention* » du 16 octobre 2018. Ce protocole de cinq pages, conçu par la direction des soins, de la qualité et de la gestion des risques (DSQGR), contient certains éléments inadaptés ou obsolètes. Un nouveau protocole, beaucoup plus précis (douze pages), a été établi par la DSQGR et validé trois jours avant la mission du CGLPL, le 6 décembre 2019. Il n'était pas encore mis en œuvre lors de la visite des contrôleurs. Ceux-ci ont constaté d'importants changements dans le document. L'indication pour procéder à une mise en isolement a elle-même été limitée au strict nécessaire : « *gestion d'une violence constatée ou imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres mesures alternatives ne sont ni efficaces, ni appropriées* ». Le fait que des mesures alternatives se soient avérées inefficaces apparaît comme une notion émergente. Depuis octobre 2018, lorsqu'on ouvre une mesure

d'isolement dans le logiciel Cariatides, une fiche complémentaire est à renseigner comprenant les « *interventions alternatives tentées* », obligeant ainsi le psychiatre à justifier en quoi l'isolement est la mesure de dernier recours. Lors de la mission, cet item n'était rempli que dans 20 % des cas mais le taux progresse. Dans le même état d'esprit, le nouveau protocole insiste pour que soient indiquées « *toutes les mesures préventives mises en œuvre précédemment et qui n'ont pas été efficaces* ».

8.2.1 Les pratiques d'isolement

L'isolement est en principe décidé par un médecin, mais une décision conservatoire peut être prise en son absence par un infirmier, valable pour une heure maximum (nouveau protocole, p. 6)¹². Le soir et le week-end, l'interne de garde se déplace mais pas le psychiatre d'astreinte. Les témoignages des médecins rencontrés ne sont pas concordants sur l'auteur de cette décision la nuit. Selon certains, l'interne décide puis informe le praticien hospitalier le lendemain matin, notamment pour que ce dernier puisse rencontrer ou faire rencontrer le patient ; selon d'autres, l'interne contacte le psychiatre d'astreinte sans délai, même en pleine nuit, de sorte que la décision peut être confirmée ou infirmée par un médecin senior en temps réel. En tout état de cause, la nouvelle procédure prévoit cet appel systématique, ainsi que le déplacement du psychiatre d'astreinte, le cas échéant.

La mise en isolement a toujours lieu en chambre d'isolement : il n'y a pas d'isolement en chambre ordinaire. La chambre du patient est conservée afin de pouvoir mettre fin à tout moment à l'isolement. Le placement en chambre d'isolement n'est en principe associé à aucune mesure systématique : ni contention, ni dotation d'un pyjama. Ces mesures sont décidées au cas par cas par le psychiatre et tracées dans le logiciel Cariatides. La seule exception constatée concerne l'unité Lasègue, où le port du pyjama est obligatoire en chambre d'isolement. Le placement en chambre d'isolement s'accompagne du recours systématique au GIU à La Pléiade et au Cap-Hornier, alors que ce n'est qu'une éventualité dans les deux autres unités. Partout, l'individualisation de la mesure est manifeste : des isolements séquentiels avec retour progressif à la vie collective sont pratiqués, certains objets sont remis aux patients isolés en fonction de l'état clinique (journaux, jeux, coloriage), la visite des proches est autorisée quand l'état du patient le permet, le séjour peut être interrompu par des sorties de courte durée, le cas échéant en présence du GIU. La cigarette est autorisée dès que l'état du patient le permet, si un soignant l'accompagne dans le jardin ou dans le fumoir.

L'isolement est décidé pour une durée maximale de douze heures et enregistré dans le logiciel Cariatides. De très nombreuses données sont à saisir (une partie par le psychiatre, une partie par l'infirmier) et les professionnels rechignent parfois à renseigner l'ensemble des items. Un autre logiciel (Sphinx), plus centré sur l'analyse des pratiques, doit également être alimenté. La mise en isolement est signalée au service de sécurité incendie et au BSI. Les médecins somaticiens sont également prévenus : ils visitent les patients en chambre d'isolement le jour de leur placement ou au plus tard le premier jour ouvrable suivant. Le nouveau protocole prévoit en

¹² Pour permettre cet « acte conservatoire », le protocole du 6 décembre 2019 vise l'article R. 4311-14 du code de la santé publique et le décret n° 2002-802 du 29 juillet 2004.

outre d'informer le patient isolé de certains droits (appel à l'avocat, information à l'entourage ou à la personne de confiance), mais ces dispositions ne sont pas encore mises en œuvre.

Si la mesure dure, une réévaluation est effectuée au moins toutes les douze heures (la nuit, par l'interne de garde). Dans le nouveau protocole, ce délai est abaissé à six heures ; cette modification est ambitieuse car il s'agira d'une contrainte pour les médecins, mais elle protégera encore plus les droits des patients en permettant des sorties d'isolement plus rapides. Dans toutes les unités, les équipes ont indiqué favoriser de plus en plus les isolements courts (mais pour certaines, les durées moyennes de placement – qui feront l'objet d'une analyse au § 8.3 – ne le confirment pas). Depuis octobre 2018, lorsque le médecin saisit un isolement dans le logiciel Cariatides, une fiche complémentaire s'ouvre en lui rappelant que la mesure ne peut être qu'exceptionnelle au-delà de quarante-huit heures.

Dans certaines unités, la règle du « un pour un » est mise en œuvre alors qu'elle ne se retrouve dans aucun protocole. Il s'agit de confier à un soignant la responsabilité de la surveillance quasi constante du patient isolé ; pendant cette période, le soignant ne peut effectuer aucune autre tâche. Ce dispositif est mis en œuvre à La Pléiade et a justifié l'implantation de la chambre d'isolement à côté du bureau infirmier du 1^{er} étage et le percement de la cloison par une fenêtre et une porte (cf. *supra* § 8.1). Lorsqu'un patient est isolé, ce bureau est toujours occupé. On retrouve cette logique, dans une moindre mesure, au Cap-Hornier : la surveillance est intense, avec un passage tous les quarts d'heure par les infirmiers qui ne se bornent pas à regarder dans l'oculus de la chambre mais rentrent et discutent avec le patient.

Aux unités La Clinique et Lasègue, les chambres d'isolement ne sont jamais utilisées porte ouverte mais cette pratique subsiste à titre exceptionnel au Cap-Hornier et plus régulièrement à La Pléiade. La chambre est alors utilisée comme un espace d'apaisement, souvent sur demande du patient. La mesure n'est pas enregistrée dans le registre.

Enfin, dans certaines unités (Cap-Hornier, Lasègue), le médecin référent s'entretient avec le patient à l'issue de la mesure lors d'un « *débriefing* », centré sur son vécu. Ces entretiens sont tracés sur un formulaire papier. Les contrôleurs en ont consulté quelques-uns : ceux-ci sont renseignés avec application par les soignants. Un chapitre concerne le ressenti du patient : les items concernant les conditions d'isolement, sa durée, les moyens de l'éviter et le vécu du patient sont particulièrement éclairants et constituent une plus-value pour une véritable analyse des pratiques. Cet entretien de sortie est inscrit au nouveau protocole et va donc être généralisé.

BONNE PRATIQUE 6

Dans certaines unités, un entretien formel est effectué avec le patient à l'issue de la mesure d'isolement qu'il a subi, centré sur son ressenti. Ce dispositif, qui participe d'une meilleure analyse des pratiques, va être prochainement généralisé à l'ensemble des unités disposant d'une chambre d'isolement ; il mériterait d'être étendu à d'autres hôpitaux psychiatriques.

Les contrôleurs ont néanmoins constaté une situation se démarquant nettement des principes avancés : à La Clinique, un patient était placé en chambre d'isolement depuis plus d'un an lors de leur visite, cette mesure ayant été revue un mois auparavant pour être transformée en

isolement séquentiel de nuit. Les contrôleurs ont constaté que ce placement ne respectait pas les conditions de la loi de 2016 ni dans ses motifs ni dans sa durée. La prise en charge du patient était néanmoins très humaine et individualisée, et une réflexion était en cours pour sortir de cette situation. Elle leur est apparue comme un pis-aller, l'équipe semblant en difficulté pour trouver une autre solution de prise en charge sur le long terme. Il est regrettable que le personnel médical ou paramédical de l'unité n'ait pas saisi le groupe d'analyse des situations complexes évoqué *supra*, § 3.4.

Dans ses observations, en retour du rapport provisoire, la directrice a communiqué un élément d'explication sur ce cas particulier, il s'agirait d'un patient qui a séjourné plus de vingt ans en UMD et qui présente une dangerosité psychiatrique avérée.

8.2.2 Les pratiques de contention

La contention peut accompagner une mesure d'isolement ; elle peut aussi être décidée indépendamment de celle-ci. Elle fait désormais l'objet d'un chapitre particulier dans le nouveau protocole (p. 9 et suivantes).

Décidée là encore par un médecin, sa durée initiale est de six heures et les renouvellements éventuels sont valables vingt-quatre heures au maximum. La fiche complémentaire de l'outil Cariatides rappelle à chaque décision qu'une contention de plus de vingt-quatre heures doit être exceptionnelle. La surveillance est renforcée (passage infirmier tous les quarts d'heures à l'unité Lasègue, par exemple). Pour les mineurs, les représentants légaux sont prévenus.

Les contentions s'entendent en principe d'un équipement cinq points (ventre, poignets, jambes) attaché au lit. A l'unité La Pléiade, il a été présenté aux contrôleurs un harnais, rarement utilisé. Par ailleurs, une couverture lestée, dispositif à la frontière entre la contention et l'apaisement, est également disponible. Cette couverture est le plus souvent demandée par les patients qui veulent se calmer, en ayant littéralement « *du poids sur les épaules* ». Son usage n'est pas systématiquement tracé.



Matériel de contention entreposé à la PUI



Harnais utilisé à La Pléiade

Le nouveau protocole prévoit une mise en œuvre lourde : « *au moins cinq professionnels dont des membres du GIU* » ce qui signifie qu'à terme le GIU devra être systématiquement appelé pour toute contention. Ce n'est pas le cas aujourd'hui où les pratiques sont plus individualisées, avec des contentions parfois décidées et mises en œuvre « *en douceur* » et ne nécessitant paradoxalement que deux ou trois soignants et le médecin.

8.2.3 L'analyse de ces pratiques par l'hôpital

La direction comme la communauté des médecins sont impliqués dans la réduction du recours à l'isolement et à la contention. Du reste, dans l'une des unités (Jérôme Bosch), l'isolement est déjà banni et la contention quasi inexistante. Dans le précédent projet médical (2013-2017), l'objectif visé était l'absence totale d'isolement et de contention. Le projet actuel vise seulement la réduction massive de ces mesures. Une journée de sensibilisation, concernant l'ensemble du personnel, a été organisée en 2017 et des rappels, de niveau politique, sont régulièrement effectués par la direction.

Le département d'information médicale (DIM) tient des statistiques mais celles-ci sont présentées en chiffres bruts, sans faire état des files actives respectives et donc des différences de pratiques entre unités. Les tableaux sont envoyés pôle par pôle sans analyse, charge aux équipes soignantes de les exploiter elles-mêmes. Ces données brutes ne sont pas présentées par mesure mais par patient, ce qui n'est guère satisfaisant puisqu'un patient ayant fait l'objet de plusieurs mesures ne sera comptabilisé qu'une fois¹³. En tout état de cause, elles n'augurent pas d'une véritable réduction du recours à ces pratiques :

- pour l'isolement, baisse au niveau de l'hôpital (soixante-seize personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement lors des onze premiers mois de 2019 contre quatre-vingt-quatorze pendant l'année 2018) mais stabilité en ce qui concerne les unités qui font l'objet du rapport (quarante lors des onze premiers mois de 2019 – soit quarante-quatre en projection année complète – contre quarante-six en 2018) ;
- pour la contention, hausse importante au niveau de l'hôpital (136 patients ayant fait l'objet d'une contention lors des onze premiers mois de 2019 contre 98 en 2018) et des unités visitées (80 lors des onze premiers mois de 2019, contre 57 en 2018).

Un bilan annuel est effectué à partir de ces chiffres, à destination de la DSQGR. La directrice des soins présente ce bilan en CME. En l'état, aucune réflexion approfondie n'est menée sur les pratiques individuelles ou étude de cas en bureau de CME. Cette absence d'analyse détaillée est regrettable car les données brutes montrent déjà de profondes disparités entre unités¹⁴, qui seront confirmées par l'analyse du registre dans le paragraphe suivant.

¹³ C'est ainsi qu'en 2019, pour les unités La Pléiade, Cap-Hornier et Lasègue, le chiffre oscille entre dix et onze, alors qu'il n'est que de deux unités pour La Clinique. Or c'est dans cette unité qu'un patient est placé en isolement depuis plus d'un an (cf. *supra* § 8.2.2), ce qui ne correspond pas à une politique de réduction de l'isolement.

¹⁴ L'exemple de la contention est frappant. En fonction des unités, le nombre de patients oscille entre quatre (La Clinique) et trente (La Pléiade) en 2019. L'écart entre 2018 et 2019 (projection année complète) fluctue entre – 62 %

La présidente de la CME a indiqué aux contrôleurs qu'à compter d'avril 2020, le registre d'isolement sera utilisé comme support d'analyse tous les trimestres.

RECO PRISE EN COMPTE 7

La réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention, dans les unités et au niveau institutionnel, doit être encore développée, basée sur des données statistiques exploitables, et communiquées non pas de façon brute mais analytique. Elle doit conduire à une harmonisation des processus et à une réduction des mesures d'isolement et de contention et de leur durée.

La directrice de l'EPSM indique que cette recommandation a déjà été prise en compte, qu'un groupe de travail a été constitué dont la première réunion s'est tenue en août 2020.

8.3 L'ANALYSE DU REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION PERMET DE CONSTATER QUE LE NOMBRE DE DECISIONS EST GLOBALEMENT MESURE MAIS QUE LEUR DUREE EST PARFOIS EXCESSIVE

Le registre d'isolement et de contention est alimenté par le logiciel Cariatides et exploité par le DIM, qui a exprimé auprès des contrôleurs sa « *volonté forte de suivi des recommandations de la Haute autorité de santé* ». En sus du registre, le suivi de certaines pratiques peut être effectué à partir de l'application SPHINX.

Le registre est difficile à exploiter précisément. Il distingue notamment les isolements « *en espace dédié* » de ceux « *en espace non dédié* », or les médecins estiment parfois que tous les isolements de leur unité sont effectués en « *espace non dédié* », simplement parce que la chambre d'isolement n'est pas aux normes. Une exploitation des données brutes gonflerait donc artificiellement les chiffres des isolements en chambre ordinaire. Plus généralement, l'analyse du registre n'est pas automatique et les contrôleurs ont dû procéder à des calculs ou demander des extractions particulières pour dresser le bilan qui suit. Les statistiques présentées ici concernent uniquement les six unités faisant l'objet du rapport, durant une période allant du 1^{er} janvier au 6 décembre 2019.

8.3.1 Analyse par unité

Unité La Pléiade :

Sur une file active de 280 patients présents et entrés dans le service durant la période, 37 ont été placés en chambre d'isolement (soit 13 %) lors de 74 mesures, d'une durée comprise entre 21 minutes et 23 jours (moyenne de 36 heures). 26 mesures (soit 35 %) ont dépassé 24 heures. 6 mesures (soit 8 %) ont dépassé 3 jours. Par ailleurs, 25 mesures (soit 34 %) ont été décidées en service de nuit (après 19h).

(La Clinique) et + 180 % (Cap-Hornier) ; les chiffres sont néanmoins faibles et peuvent traduire des évolutions dues à la spécificité de certains patients accueillis pendant une période, et non à une politique d'unité.

Sur 74 mesures d'isolement, 29 ont été accompagnées de contention, soit 41 %. En outre, 38 mesures de contention ont été décidées hors isolement, en chambre ordinaire. La durée de ces contentions (en chambre d'isolement ou en chambre ordinaire) allait de 21 minutes à 72 heures (moyenne de 14h30).

Unité La Clinique :

Sur une file active de 231 patients présents et entrés dans le service durant la période, 6 patients ont été placés en chambre d'isolement (soit 3 %) lors de 42 mesures, d'une durée comprise entre 30 minutes et 40 jours (moyenne de 68 heures). 10 mesures (soit 24 %) ont dépassé 24 heures. 4 mesures (soit 10 %) ont dépassé 3 jours. Par ailleurs, 32 mesures (soit 76 %) ont été décidées en service de nuit (après 19h).

Sur les 42 mesures d'isolement, 2 seulement ont été accompagnées de contention, soit 5 %. Par ailleurs, 4 mesures de contention ont été décidées en chambre ordinaire. La durée des contentions allait de 14 minutes à 26 heures (moyenne de 9h).

Unité Cap-Hornier :

Sur une file active de 249 patients présents et entrés dans le service durant la période, 27 ont été placés en chambre d'isolement (soit 11 %) lors de 45 mesures, d'une durée comprise entre 5 minutes et 113 jours (moyenne de 112 heures). 21 mesures (soit 47 %) ont dépassé 24 heures. 13 mesures (soit 29 %) ont dépassé 3 jours. Par ailleurs, 17 mesures (soit 38 %) ont été décidées en service de nuit (après 19h).

Sur les 45 mesures d'isolement, 5 ont été accompagnées de contention, soit 11 %. En outre, 36 mesures de contention ont été décidées en chambre ordinaire. La durée des contentions allait de 30 minutes à 792 heures (moyenne de 89h).

Unité Lasègue :

Sur une file active de 252 patients présents et entrés dans le service durant la période, 29 ont été placés en chambre d'isolement (soit 12 %) lors de 52 mesures, d'une durée comprise entre 6 minutes et 21 jours (moyenne de 79 heures). 24 mesures (soit 46 %) ont dépassé 24 heures. 15 mesures (soit 29 %) ont dépassé 3 jours. Par ailleurs, 20 mesures (soit 38 %) ont été décidées en service de nuit (après 19h).

Sur les 52 mesures d'isolement, 8 ont été accompagnées de contention, soit 15 %. En outre, 27 mesures de contention ont été décidées en chambre ordinaire. La durée des contentions allait de 17 minutes à 371 heures (moyenne de 43h).

Unité Jérôme Bosch :

L'unité n'a placé aucun patient en isolement. Le registre ne mentionne qu'une seule contention sur la période, pendant 6 heures.

Unité Nicolas de Staël :

L'unité n'a enregistré aucun isolement. Le registre fait état de cinq contentions durant la période, concernant 4 patients. La plus courte a duré 30 minutes, la plus longue a duré 2 heures. La durée moyenne s'établit à 1h10.

8.3.2 Analyse d'ensemble

Qu'il s'agisse du taux de recours à ces mesures, de leur durée, du moment de la journée où elles sont prononcées, les écarts sont importants entre les unités, traduisant des différences d'approche et de pratiques. La présentation de statistiques détaillées à l'échelle de ces six unités n'est pas pertinente aujourd'hui car elle occulterait ces distorsions.

Il peut simplement être indiqué qu'au total, sur 1 241 patients, 99 (soit 8 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. 213 mesures d'isolement ont été prises, dont 44 avec contention associée (soit 21 %). Ces chiffres sont inférieurs à ce que les contrôleurs constatent dans beaucoup d'autres établissements visités. Ainsi, il est possible d'affirmer que l'isolement et la contention sont en principe décidés comme mesure de dernier recours.

En revanche, les durées de ces mesures sont encore trop longues dans certaines unités, comme cela a été souligné par des soignants rencontrés et certains représentants du personnel. Dans deux unités (Cap-Hornier et Lasègue), 29 % des mises en chambre d'isolement ont duré plus de trois jours ; dans ces mêmes unités, la durée moyenne des contentions dépasse largement 24h.

Il convient enfin de préciser que sur ces 213 mesures, 21 concernaient des patients en soins libres, soit 10 %. Ces mesures ont toutes duré plus de 12 heures. Sept d'entre elles, d'une durée comprise entre 16 et 24 heures, n'ont pas conduit à un changement de statut, particulièrement à l'unité La Pléiade (quatre des sept cas). Les isolements d'une durée plus longue (jusqu'à 16 jours) ont justifié un changement de statut, soit en SPI soit en SDTU.

RECOMMANDATION 13

Une décision d'isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de douze heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée.

La directrice, dans ses observations relatives au rapport provisoire, indique qu'en réalité sur la période analysée ce ne sont pas 21 mesures qui ont concerné des patients en SL, mais seulement 18. Les trois mesures concernées apparaissent bien comme s'appliquant à des patients en SL lorsque le registre a été transmis aux contrôleurs mais une difficulté de compatibilité entre systèmes d'information a depuis été découverte, causant cette erreur informatique. Un « ticket » a été « réalisé » à la suite du constat de celle-ci ; les contrôleurs ignorent si le problème est désormais résolu ou peut se reproduire. Par ailleurs, s'agissant des mesures comprises entre 16 et 24 heures, qui n'ont pas conduit à un changement de statut (six mesures et non sept), la directrice tient à préciser que dans un cas le passage en SSC a été « tenté » mais s'est heurté à l'absence de tiers malgré des recherches.

Les contrôleurs prennent acte des informations transmises par la direction de l'EPSM mais maintiennent la recommandation jusqu'à ce que les nouveaux chiffres puissent être contrôlés.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'ESPACE DE SOINS PLURISECTORIEL (ESPS) PERMET DE TROUVER DES PLACEMENTS A L'EXTERIEUR DE L'HOPITAL POUR DES PATIENTS JUSQUE-LA SANS PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Dans l'unité ESPS, dix chambres peuvent accueillir des patients depuis 2018. Au moment du contrôle six étaient occupées par deux femmes et quatre hommes dont les âges vont de 51 à 72 ans. Ce public, qui était auparavant réparti dans toutes les unités, est constitué de patients au long cours, « *psychotiques vieilliss, pour certains hospitalisés depuis l'enfance et pour qui aucune solution ne semblait pouvoir être trouvée* ». Ainsi, un patient hospitalisé en 1985 à l'âge de 18 ans, a fait l'objet de 150 refus de placement de la part de structures médico-sociales où il faisait en sorte de ne pas parvenir au bout de sa période d'essai. 120 personnes, pour lesquelles aucune possibilité de sortie n'était envisageable faute de structures extérieures acceptant de les accueillir, étaient concernées. En peu de temps, la démarche volontariste de les regrouper et de leur affecter une équipe spécifique a facilité la recherche de solutions plus adaptées et personnalisées pour que leur vie ne se termine pas à l'hôpital dans une forme d'abandon qui ne disait pas son nom. Les projets de départ vers des EPHAD ou des MAS sont travaillés au long cours, accompagnés de visites pour rassurer aussi bien les patients que les structures d'accueil. Le but poursuivi dans cette unité est de la faire disparaître quand tous les patients concernés auront trouvé un lieu de vie adapté. La plupart des patients sont des majeurs protégés mais disposent de suffisamment d'argent pour qu'il n'existe pas de difficulté financière au placement dans une structure extérieure.

Si les locaux sont vétustes, un projet de déménagement dans le secteur plus moderne de la pédopsychiatrie devait, au moment du contrôle, intervenir dans un proche avenir. La contention n'est pas pratiquée, et quand il y a une (rare) mise en isolement, elle se passe dans la chambre du patient. Les chambres sont toujours ouvertes, sauf lorsque le patient réclame la fermeture de sa porte. Au moment de la visite, un seul patient portait un pyjama, sur prescription médicale sur la base d'un contrat établi entre le patient, le psychiatre, le médecin somaticien et l'équipe.

Les activités (pâtisserie, travaux manuels, jardinage, éveil musical, gym douce, relaxation, sorties au restaurant, etc.) varient de jour en jour, et même d'heure en heure selon l'état de santé du patient.

Le personnel est en nombre suffisant, à l'exception des nuits qui sont assurées exclusivement par des aides-soignants sans présence infirmière.

BONNE PRATIQUE 7

La création d'une structure spécifique a permis de prendre en charge, en respectant leur dignité et leurs besoins particuliers, les patients hospitalisés au long cours pour lesquels n'existait aucune perspective de placement extérieur.

9.2 LE NOMBRE D'ENFANTS HOSPITALISES EN PEDOPSYCHIATRIE ET LA DUREE MOYENNE DE LEUR SEJOUR ONT BEAUCOUP BAISSÉ DEPUIS LE VIRAGE AMBULATOIRE

L'unité de pédopsychiatrie Nicolas de Staël est excentrée par rapport à l'ensemble de l'établissement, ce qui évite aux adolescents de croiser des patients adultes. Construit en 1988, le bâtiment, bien que parfaitement entretenu, a vieilli et un déménagement était prévu dans un proche avenir. On y trouve huit chambres (un côté filles, un côté garçons) et un espace d'apaisement sécurisé bien équipé de coussins et de lampes à l'éclairage doux. Il existe deux salles de bains dotées de baignoires et deux salles de douches. Un jardin clos est accessible en présence de soignants qui en contrôlent l'accès.

La clinique Nicolas de Staël accueille des adolescents de 12 à 16 ans à temps complet. Il s'agit d'hospitalisations programmées, séquentielles ou en urgence. En 2017, quarante-sept mineurs y avaient été admis dont un par ordonnance de placement provisoire (OPP), cinquante-sept en 2018 (trois OPP, un SDRE), cinquante et un du 1^{er} janvier au 1^{er} décembre 2019 (une OPP). La durée moyenne de séjour qui était de deux ans avant le virage ambulatoire a été de six jours en 2017, neuf en 2018 et n'était pas encore calculée pour 2019. La plus grande partie des adolescents suivis (87 %) le sont désormais en ambulatoire. Un seul adolescent était présent au moment du contrôle. Deux praticiens hospitaliers assurent la prise en charge médicale, en association avec l'interne de spécialité et celui de médecine générale. L'équipe est stabilisée (un cadre de santé, treize infirmiers de jour, cinq la nuit, un psychologue à mi-temps, deux psychomotriciens qui assurent un mi-temps, une éducatrice spécialisée). Chaque matin, une conférence téléphonique permet à tous les secteurs de pédopsychiatrie (hôpitaux de jour, services d'urgence) de communiquer et de faire le point sur la situation des patients et d'éventuelles arrivées ou sorties.



Créations des jeunes au sein de l'unité

Les journées commencent par le lever à 8h, 8h30 ; petit déjeuner au réfectoire où le placement est libre en présence des soignants. Le planning des activités est affiché : Actu-monde (à partir d'articles de presse), esthétique, réunion soignants-soignés, groupe nature et handicap, ateliers de médiation, entretiens médico-psychologiques, et de psychomotricité. Une fois par semaine un repas thérapeutique est réalisé par les jeunes. Des sorties d'équithérapie peuvent être programmées. Une plasticienne et un coach sportif viennent une fois par semaine. Une salle d'activité polyvalente permet de jouer au baby-foot et au ping-pong. Le déjeuner a lieu à midi. Le goûter est à 16 h. Les visites et les appels aux proches (les adolescents n'ont pas le droit de conserver leur téléphone portable) se déroulent de 17h jusqu'à l'heure du dîner à 19h. Les horaires des visites sont élargis le week-end (de 14h à 19h). Après avoir le plus souvent regardé un film ou passé du temps dans une petite pièce calme ou se trouve la bibliothèque (chichement dotée) et pris une collation, vers 23h les adolescents sont « *invités à regagner leur chambre* » pour la nuit. Les portes des chambres sont toujours ouvertes mais les regroupements interdits.

Les relations avec les familles sont favorisées, même si une coupure a lieu au cours des tout premiers jours d'hospitalisation. Au cours de cette période, les familles peuvent prendre des nouvelles et communiquer avec l'équipe soignante. Il leur est ensuite demandé de participer une ou deux fois par semaine à des entretiens avec les soignants aux côtés de leur enfant. Ce sont les parents qui autorisent ou non leurs enfants à fumer. Le tabac est alors remis au fur et à mesure par les soignants dans le but de contrôler la consommation qui est déterminée par le médecin.

La pratique de la contention est exceptionnelle (cf. *supra* § 8.3.1) et doit faire immédiatement l'objet d'une information aux parents (aucun isolement et cinq contentions concernant quatre patients en 2019).

9.3 LES PERSONNES DETENUES SONT PRISES EN CHARGE PAR DEFAUT DE L'UHSA

Une convention a été formalisée entre la direction interrégionale des services pénitentiaires, l'ARS des Hauts-de-France et les directeurs d'établissements psychiatriques du Nord et du Pas-de-Calais et signée le 10 octobre 2019. Elle organise l'orientation de personnes détenues et cadre les modalités d'intervention de chacun des acteurs. Aucun patient détenu n'était présent au sein de l'établissement au moment du contrôle.

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (Nord) est en principe et en première intention compétente pour admettre en psychiatrie les patients détenus des établissements pénitentiaires de la région.

Toutefois, il arrive que l'UHSA ne donne pas suite à ces demandes d'admission, notamment en raison de manque de places disponibles. Dans ce cas, les patients doivent être admis au sein d'un EPSM à titre transitoire au titre de l'articles L.3214-3 du code de la santé publique (CSP) et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale (CPP). Le patient est alors pris en charge par le secteur géographique de vie ou par le secteur où il a été précédemment suivi en psychiatrie. Les patients détenus sans domicile fixe ou provenant d'autres départements font l'objet d'une admission en fonction de leur date de naissance.

Un modèle de fiche de liaison comportant des informations administratives est annexé à la convention ainsi qu'un modèle de fiche de renseignements médicaux. L'administration

pénitentiaire (AP) s'engage par cette convention à fournir la liste des permis de visite et des contacts téléphoniques autorisés. Deux procédures sont admises pour le transport des patients, le transport effectué dans les deux sens par les surveillants de l'AP¹⁵, l'autre à charge de l'établissement lors de l'admission puis par les surveillants à la sortie¹⁶. C'est à l'AP que revient d'indiquer la nécessité ou non d'une escorte lors des transports des patients détenus.

Ainsi, dans la majorité des cas dès lors que l'arrêté préfectoral est pris, deux infirmiers de l'EPSM désigné se rendent à l'établissement pénitentiaire pour aller chercher le patient. Les soignants se dotent d'une mallette contenant du matériel de contention et selon les éléments rapportés aux contrôleurs, il serait systématiquement attaché au brancard. Une fois admises à l'EPSM, les personnes détenues sont selon les unités soit prises en charge dans les mêmes conditions d'hébergement et de soins que les autres patients, soit mises en isolement pour évaluation.

RECOMMANDATION 14

La contention d'un patient de psychiatrie sur un brancard doit être décidée par un psychiatre au regard des considérations individuelles et cliniques.

Cette disposition est prévue dans le protocole de l'établissement concernant les patients détenus précise la directrice de l'établissement dans ses observations.

Laissée en réalité à l'appréciation des infirmiers, les contrôleurs maintiennent la recommandation.

A l'issue de son hospitalisation, le retour vers l'établissement pénitentiaire est effectué par deux surveillants qui le menottent systématiquement. Lorsque la prise en charge doit se prolonger, le patient est transféré à l'UHSA.

¹⁵ Pour les patients admis au titre de l'article L3214-3 du code de la santé publique

¹⁶ Pour les patients admis au titre de l'article D398 du code de procédure pénale

10. CONCLUSION

Marqué à l'origine par une imposante concentration asilaire des patients sur le site d'Armentières, l'EPSM Lille-Métropole est caractérisé aujourd'hui par de nombreuses et diverses alternatives ambulatoires, implantées sur l'ensemble de son territoire et destinées à éviter l'internement hospitalier : il affiche une capacité d'hospitalisation réduite, positionnée, en partie seulement encore, sur les territoires de vie des patients.

Cette révolution ou cette « mue » institutionnelle ne peuvent se résumer à un virage ambulatoire. Il est question ici d'un renversement de paradigme dans la prise en charge des patients, opéré durant plus de trente ans et non sans difficultés.

Le projet de transformation institutionnelle a été porté dans les années 80 par un chef de service et son équipe, qui ont démontré sur leur secteur la faisabilité et l'intérêt pour le patient et la collectivité d'une approche communautaire. L'autonomie et la liberté des personnes nécessitant des soins psychiatriques y sont abordées en termes de valeurs fondamentales, comme pour le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; leur intégration dans la communauté est placée au centre du projet de soins.

L'esprit initial du médecin fondateur subsiste en 2020 au sein du secteur G21 : l'enfermement y est absent, que ce soit dans l'unité d'hospitalisation ou même en chambre d'isolement ; les équipes sont à l'écoute des besoins des patients qui dictent l'intensité de la réponse des soins ; des médiateurs de santé pairs sont associés à la prise en charge ; le travail communautaire avec les médecins traitants, les autres structures psychiatriques, les élus et les associations est réel et fluide ; la recherche d'innovation est constante. Au patient « *sans frontière* », répond une organisation sans barrière entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire, entre la prise en charge spécifique et la recherche de solutions communautaires. La mise en œuvre de cette exigeante philosophie de l'action requiert une organisation quotidienne au cordeau, aidée aujourd'hui par des outils technologiques, une veille permanente, voire épuisante, des médecins et des soignants, une réactivité et une « *agilité* » de tous les instants.

L'organisation, désormais bien admise, par les autorités préfectorales et locales, n'est pas plus coûteuse financièrement qu'une prise en charge « classique » et contrairement à certaines affirmations, n'entraîne pas de « déport » de patients vers les autres secteurs de psychiatrie, faute de places d'hospitalisation. L'étude médico-économique indépendante réclamée à la tutelle par le secteur serait la bienvenue pour objectiver ces points.

L'ensemble de l'établissement a convergé vers ce modèle « ouvert », sans reproduction à l'identique en raison notamment de son exigence militante. La puissance et la constance d'un projet médical, conduit pendant plusieurs mandats par un même président de CME, a autorisé la réorientation des moyens financiers et humains de l'intra hospitalier vers l'extra hospitalier, sans appauvrissement excessif de l'institution.

Cette « diffusion » a conduit à des acquis importants en matière de droits des patients, uniformément constatés par la mission sur l'ensemble des unités visitées à Armentières et à Lille : hospitalisations courtes, levée des mesures d'obligation de soins dès lors que l'état du patient le permet, vigilance sur les indicateurs de bien-être (réclamations) des patients mais aussi des

soignants ; prise en charge médicale et soignante psychiatrique et somatique satisfaisante ; association des représentants des usagers à la commission médicale d'établissement, activités thérapeutiques innovantes à une exception sectorielle près, conçues, développées et pilotées par une direction des soins imaginative.

La diversité des pratiques, observée entre les secteurs et les unités installées à Armentières, n'est pas en soi problématique si elle reflète des positions respectueuses des droits. Cet aspect concentre les deux critiques principales de la mission :

- si le soin ambulatoire est partout privilégié, toutes les unités d'hospitalisation sont fermées et la liberté d'aller et venir y est restreinte, y compris pour les patients en soins libres. L'inadaptation de locaux souvent vétustes ne constitue pas une explication suffisante. Ce point est le plus problématique et en contradiction avec les valeurs défendues par l'établissement ;
- les décisions d'isolement et de contention sont mesurées et accompagnées par un strict suivi sanitaire mais les pratiques sont mises en œuvre dans des locaux largement inadaptés et apparaissent disparates selon les secteurs, certaines affichant des durées importantes, d'autres étant observées en chambre ordinaire : la réflexion institutionnelle sur la base des registres mis en place est insuffisante.

Le projet d'établissement qui prévoit la reconstruction de certaines des unités d'Armentières doit être l'occasion non seulement d'une adaptation des locaux mais aussi d'une réflexion institutionnelle sur la liberté d'aller et venir, permettant de remédier aux problèmes constatés.



16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19

www.cglpl.fr