



Rapport de visite :

4 au 8 octobre 2021 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier de
Boulogne-sur-Mer

(Pas-de-Calais)



SYNTHESE

La deuxième visite des unités psychiatriques du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer réalisée par quatre contrôleurs du 4 au 8 octobre 2021 a souligné la qualité des locaux : lumineux, disposant d'espaces communs, de salles d'activités, d'un self et d'une cafétéria.

L'effectif est en nombre adapté et pluridisciplinaire.

Les patients disposent généralement d'une chambre individuelle, mais qu'ils ne peuvent pas fermer à clé, ce qui permettrait pourtant de préserver pleinement leur intimité.

Les trois unités observent une progressivité. Les patients sont suivis par le même médecin tout au long de leur parcours, intra et extra hospitalier, ce qui les rassure. Les équipes sont mutualisées et les pratiques ainsi harmonisées.

Un effort doit être fait lors de l'arrivée en unité : absence de livret d'accueil, de présentation des locaux, des règles de vie et des possibilités offertes.

Les personnes en soins sans consentement doivent également être mieux informées de leurs droits. Les chambres d'isolement, vastes et lumineuses, nécessitent quelques aménagements supplémentaires, tout comme les chambres d'observation.

Au quotidien, les souhaits et habitudes de vie des patients sont respectés.

Les sorties sont volontiers organisées avec l'idée d'une progressivité. Il reste à revoir la sortie sur site d'une demi-heure, sur autorisation médicale, y compris pour les personnes en soins libres.

Le nombre de mineurs de 16 à 18 ans accueillis n'est pas négligeable. Leur consentement doit être recherché et les deux titulaires de l'autorité parentale doivent être signataires de la décision d'hospitalisation. Si les mineurs bénéficient d'une bonne prise en charge (identique à celle des majeurs), il n'en demeure pas moins qu'ils présentent des problématiques spécifiques et nécessitent des professionnels formés à leur prise en charge.

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** 10
Le site Internet du centre hospitalier propose des informations concrètes sur l'offre de soins en psychiatrie et donne à voir une image humaine de la psychiatrie, notamment à travers le film de présentation réalisé à l'ouverture des unités d'hébergement.
- BONNE PRATIQUE 2** 25
Les patients sous tutelle bénéficient d'un compte nominatif à la cafétéria du service, leur permettant d'y acheter des biens.
- BONNE PRATIQUE 3** 25
Les patients et soignants de l'ensemble des unités se restaurent en commun au sein d'un self, et une cafétéria conviviale est mise à leur disposition.
- BONNE PRATIQUE 4** 34
Les chambres d'isolement et d'observation sont considérées comme des outils de gestion d'une crise et n'apparaissent pas dans le logiciel de gestion des lits du centre hospitalier.
- BONNE PRATIQUE 5** 47
Les patients sont autorisés à quitter l'établissement, lors de la levée de la mesure, à l'heure qui leur convient le mieux, et non à celle qui facilite l'organisation administrative du service.

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** 17
Les placements en chambre d'isolement aux urgences de patients relevant de la psychiatrie doivent être validés dans l'heure par un psychiatre de plein exercice.
- RECOMMANDATION 2** 17
La chambre d'isolement des urgences doit permettre un accès libre aux toilettes et à un point d'eau, comporter un sommier mousse et un fauteuil pour le patient ou le soignant.
- RECOMMANDATION 3** 18
Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.
- RECOMMANDATION 4** 19
Des supports écrits relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux doivent être remis aux patients dans une langue et des termes qu'ils comprennent.
- RECOMMANDATION 5** 21
Afin de garantir une motivation suffisante des décisions et l'information complète du patient, tous les documents le concernant (décisions administratives, certificats médicaux en constituant la

motivation, fiches de notification) doivent lui être remis ou, en cas de refus du patient de les conserver par devers lui, laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande. Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision doivent être systématiquement recueillies et mention de cet avis doit être porté dans tous les certificats médicaux.

- RECOMMANDATION 6** 22
Les chambres des patients doivent être équipées de patères anti-suicide.
- RECOMMANDATION 7** 23
Il est nécessaire de développer les possibilités d'accès à des espaces extérieurs de promenade pour les patients de l'unité des Dunes.
- RECOMMANDATION 8** 24
Les biens dont la détention en chambre est interdite doivent être déterminés, par le médecin, de façon individualisée pour chaque patient, y compris s'agissant des objets « filaires ».
- RECOMMANDATION 9** 26
Il convient d'élargir la durée des repas au self du service et de permettre aux familles des patients, sur autorisation médicale, d'y participer.
- RECOMMANDATION 10** 27
La décision d'imposer à tous les patients, y compris à ceux admis en soins libres d'obtenir une autorisation du médecin pour une sortie d'une demi-heure sur le site du CHB constitue une restriction excessive de liberté. Toute restriction à la liberté d'aller et venir doit reposer sur un risque réel individualisé.
- RECOMMANDATION 11** 28
Les visites des familles et proches doivent être permises avec des restrictions sanitaires adaptées et pertinentes, notamment en respectant les gestes barrière. Elles doivent pouvoir avoir lieu en chambre afin de préserver une intimité, mais aussi dans le salon familial, à la cafétéria ou au self.
- RECOMMANDATION 12** 30
Le patient doit avoir la possibilité de verrouiller sa chambre, tout comme il peut verrouiller son cabinet de toilette, afin de préserver son intégrité par rapport à d'autres patients, mais aussi son intimité physique et psychique.
- RECOMMANDATION 13** 31
Le hublot vitré donnant directement sur les WC de la chambre d'isolement doit être occultable.
- RECOMMANDATION 14** 32
Les chambres utilisées pour l'isolement doivent permettre d'allumer et éteindre la lumière, d'appeler les soignants par bouton d'appel, y compris lors des phases de contention, et de se repérer dans le temps.
- RECOMMANDATION 15** 33
Les hublots des chambres d'observation des unités du Large et de La Vallée doivent être occultables.
- RECOMMANDATION 16** 33
L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médico-soignant l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre à cette fin. Un rapport annuel des pratiques d'isolement et de contention doit être établi et présenté à toutes les instances du centre hospitalier.

RECOMMANDATION 17	34
Le médecin doit examiner le patient en isolement deux fois par vingt-quatre heures. Chaque mesure d'isolement ou de contention doit faire l'objet d'une analyse pluridisciplinaire partagée avec le patient à l'issue de la mesure, tracée dans le dossier médical.	
RECOMMANDATION 18	35
La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.	
RECOMMANDATION 19	36
La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la désignation de personnes de confiance et la mise en place de directives pour les moments de crise.	
RECOMMANDATION 20	37
La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée conformément à l'article L 3223-2 du code de la santé publique et être mise en mesure d'exercer pleinement sa mission de contrôle.	
RECOMMANDATION 21	39
Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner les dates de notification des décisions d'une part, des droits et voies de recours et garanties, d'autre part. Les certificats médicaux comme les décisions d'admissions, du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.	
RECOMMANDATION 22	40
Conformément à la loi, l'audience du JLD doit se tenir dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise du centre hospitalier.	
RECOMMANDATION 23	43
Des réunions cliniques hebdomadaires doivent être tenues afin de définir un projet de soin individualisé pouvant être proposé au patient en recherchant son consentement.	
RECOMMANDATION 24	45
Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent être diversifiées et intégrées dans le projet de soins des patients. Une formalisation de la répartition des tâches infirmières permettrait de développer les activités animées par des IDE au sein de chaque unité.	
RECOMMANDATION 25	49
Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie sur demande parentale, l'autorisation de soins doit être signée par tous les titulaires de l'autorité parentale. Un mineur a également le droit de participer à la prise de décision d'admission en soins psychiatriques le concernant et son consentement à la mesure doit être effectivement recherché.	
RECOMMANDATION 26	49
Les mineurs de 16 à 18 ans doivent être pris en charge dans une unité d'accueil spécifique.	
RECOMMANDATION 27	50
Pour préserver les droits fondamentaux des personnes détenues hospitalisées, la signature d'une convention entre l'administration pénitentiaire et le centre hospitalier s'impose afin de régler les modalités de prises en charge des détenus et de transmission des informations relatives à l'état psychiatrique du patient, à sa situation pénale, aux droits exercés en détention (visites, courrier, téléphone, activités, etc.).	

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	8
1. CONDITIONS DE LA VISITE	8
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 Le pôle de psychiatrie a une place reconnue au sein du centre hospitalier général	9
2.2 L'établissement dispose d'un budget adapté à ses missions	11
2.3 Les effectifs, pluridisciplinaires, correspondent aux besoins des patients et les formations proposées sont particulièrement variées	11
2.4 La procédure de déclaration des événements indésirables est bien connue et son suivi assuré	13
2.5 Le comité d'éthique montre un certain dynamisme mais est rarement sollicité par les services de psychiatrie adulte	14
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	15
3.1 La prise en charge aux urgences permet une hospitalisation rapide dans les services de psychiatrie	15
3.2 L'établissement ne souffre pas de suroccupation	18
3.3 L'information est essentiellement orale, les écrits en nombre limité et au contenu incomplet n'étant pas laissés aux patients	19
4. LES CONDITIONS DE VIE	22
4.1 Les locaux, spacieux et lumineux, sont adaptés à une prise en charge de psychiatrie	22
4.2 Les locaux sont propres et les conditions d'hygiène respectées	23
4.3 Les patients sont en capacité de conserver la plupart de leurs biens et de les protéger	24
4.4 La restauration, variée et de qualité, s'effectue au self pour les patients comme pour les soignants	25
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	27
5.1 La sécurité est assurée mais les restrictions à la liberté d'aller et venir sont excessives	27
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont mesurées	28
5.3 Les communications avec l'extérieur sont encore restreintes du fait de la pandémie de Covid-19	28
5.4 Le droit de vote est peu exercé bien que l'information soit donnée	29
5.5 L'accès aux cultes est assuré	29
5.6 L'intimité et la sexualité ne sont pas pleinement préservées	30

6.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	31
6.1	Les chambres d'isolement ne préservent pas l'intimité	31
6.2	Les mesures d'isolement et de contention font l'objet de protocoles insuffisamment respectés	33
6.3	Le registre d'isolement et de contention n'est pas exploité.....	34
6.4	Le consentement aux soins n'est pas suffisamment recherché.....	35
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	37
7.1	La CDSP compte peu de membres actifs mais joue son rôle et les représentants des usagers sont associés à la vie de l'établissement	37
7.2	Le registre de la loi est tenu sans retard mais n'est pas en tous points conforme aux prescriptions légales	38
7.3	Le contrôle du JLD se fait au sein du tribunal et souvent hors présence du patient	39
8.	LES SOINS.....	43
8.2	Les soins somatiques sont assurés avec dynamisme	45
8.3	La sortie des patients est efficacement préparée et accompagnée	46
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	48
9.1	La prise en charge de mineurs de plus de 16 ans est fréquente mais ne fait pas l'objet d'une réflexion particulière.....	48
9.2	Les patients détenus sont presque toujours placés en isolement et restreints dans l'exercice de leurs droits	49
10.	CONCLUSION.....	51

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Cécile Dangles, cheffe de mission ;
- Joachim Bendavid ;
- Luc Chouchkaïeff ;
- Bénédicte Piana.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) du 4 au 8 octobre 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 4 octobre à 14h30. Ils l'ont quitté le 8 octobre à 10h30. La visite a été annoncée à la direction dans la matinée du 4 octobre. De la même manière, le secrétariat du cabinet de la sous-préfète de Boulogne-sur-Mer, les secrétariats du président et du procureur de la République près le tribunal de Boulogne-sur-Mer ont également été avisés de ce contrôle. Un entretien a été réalisé avec la bâtonnière du Barreau de Boulogne-sur-Mer. La direction régionale de l'agence régionale de santé (ARS) a été avisée le 5 octobre.

Une réunion de présentation a été organisée en présence de la directrice référente du pôle de santé mentale, de l'attaché d'administration hospitalière, de la cadre supérieure de santé et des trois cadres de santé des trois unités.

Une salle de travail et l'ensemble des documents demandés ont été mis à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs par le biais du centre hospitalier.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 8 octobre, avec une vingtaine de personnes représentant les différents corps de métiers et services, en présence du directeur général du centre hospitalier.

Le 15 décembre 2021, le rapport provisoire a été adressé au directeur du centre hospitalier, au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Boulogne-sur-Mer, au préfet du Pas-de-Calais et au directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France. Aucune observation n'a été adressée dans le délai d'un mois.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE A UNE PLACE RECONNUE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL

2.1.1 L'établissement dans le paysage institutionnel

Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (CHB) ou hôpital Duchenne, ouvert en 1980, dispose de plusieurs bâtiments comprenant 598 lits (gynéco-obstétrique, médecine, chirurgie, soins de suite, psychiatrie), 180 places pour les soins en ambulatoire dont 20 pour la psychiatrie et 370 places d'hébergements (notamment pour les personnes âgées dépendantes ou un public en soins de longue durée). 2 565 agents y travaillent. Le site accueille un centre de formation aux métiers de la santé.

En 2019, les urgences ont assuré 38 437 passages.

Le CHB fait partie, avec le centre hospitalier de Calais¹ et l'Institut départemental Albert Calmette de Camiers²(IDAC), du groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Côte d'Opale au sein duquel il existe deux autres unités d'hospitalisations complètes en soins psychiatriques, toutes deux situées à Calais (la clinique du Virval et la clinique les Oyats, centre de postcure psychiatrique).

Le secteur psychiatrique avait été contrôlé du 27 au 29 juin 2011 avant l'ouverture des nouveaux locaux en octobre 2011.

Outre trois unités d'hébergement situées dans un nouveau bâtiment livré fin 2011, le pôle de psychiatrie comprend le service d'addictologie et deux secteurs pour les centres médico-psychologiques (CMP) : le secteur Nord et le secteur Sud avec des consultations délocalisées dans les villes de Desvres et Marquise. Hors urgence, un patient peut obtenir un rendez-vous en CMP dans les deux mois à trois mois.

Les psychiatres consultent également au sein de l'hôpital général ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à la demande de leurs collègues. S'il n'existe pas d'équipe mobile de crise, les visites à domicile sont régulièrement pratiquées depuis les CMP.

Le projet de service médico-soignant du pôle de santé mentale pour les années 2019-2024 propose les axes de travail suivant :

- développer les alternatives à l'hospitalisation complète et optimiser la notion de parcours, tenant compte des priorités fixées par l'agence régionale de santé (ARS) dans son courrier du 15 juin 2018 : « limiter la part de file active devant être prise en charge en hospitalisation et développer des alternatives à l'hospitalisation » ;
- dans le cadre de la communauté psychiatrique de territoire du littoral Pas-de-Calais, penser l'accès aux soins des adolescents (consultations, relais), la prévention et prise en charge du suicide, l'urgence et la crise, organiser la continuité des prises en charge entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, individualiser les modes de prise en charge du jeune hospitalisé ou accompagné en psychiatrie ;

¹ 98 lits en psychiatrie.

² L'institut Albert Calmette propose une structure alternative d'accueil spécialisée, solution alternative à l'hospitalisation classique en psychiatrie adulte pour des patients stabilisés respectant les règles de vie.

- proposer un parcours en facilitant les relais entre l'amont et l'aval, fluidifier les suivis avec les CMP, dépister les troubles pour maintenir au domicile, utiliser les visites à domicile ;
- au sein de l'unité le Large, améliorer l'accueil du jeune, notamment en le positionnant près du PC ; évaluer sur six mois le nombre des jeunes accueillis.

Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé le 31 août 2018 pour les années 2019-2024 prévoit pour la psychiatrie de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation en ajustant le capacitaire et déployant les équipes mobiles, de favoriser l'accès et diversifier les structures de prise en charge en ambulatoire, notamment les CMP et de repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire en structurant la prise en charge aux urgences psychiatriques.

Un projet de centre d'accueil de crise (CAC) de soixante-douze heures ayant compétence pour tout le GHT est en discussion. Les professionnels y sont opposés d'autant qu'il existe une forte coopération entre les urgences et les unités de psychiatrie, de sorte que les patients en crise ne restent pas plus de quarante-huit heures aux urgences avant d'intégrer une unité.

Le site internet du CHB est bien construit et permet d'accéder à des informations complètes et concrètes expliquant la prise en charge psychiatrique. On y trouve notamment, outre les indicateurs d'activité du CHB pour 2019, une plaquette particulièrement claire exposant l'offre de soins en psychiatrie et le parcours entre les trois unités, la charte de séjour, une fiche précisant les compétences de la commission des usagers (CDU) et les coordonnées des personnes pouvant être contactées.

Un film, réalisé en 2011, retient tout particulièrement l'attention. Intitulé « *Un autre regard sur la santé mentale* »³, il met en question des idées reçues puis expose l'offre de soins du CHB ainsi que les valeurs défendues par l'établissement. Il propose ainsi une vision humaine et rassurante d'une psychiatrie au service des besoins de la personne.

Le site permet aussi d'accéder aux émissions de radio mensuelles réalisées depuis 2015 dans le cadre d'un atelier thérapeutique en santé mentale par des infirmiers et des usagers du CMP et du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : « *les boulons, les missions déboulonnées* ».

Enfin, un film, auquel les contrôleurs n'ont pas eu accès, a obtenu un prix. Il a été en partie réalisé avec des résidents des unités.

BONNE PRATIQUE 1

Le site Internet du centre hospitalier propose des informations concrètes sur l'offre de soins en psychiatrie et donne à voir une image humaine de la psychiatrie, notamment à travers le film de présentation réalisé à l'ouverture des unités d'hébergement.

2.1.2 Les services

Le pôle de psychiatrie est installé dans un bâtiment autonome bien desservi par les transports en commun et disposant à proximité d'un vaste parking. L'immeuble est entouré d'une petite ceinture de verdure pouvant être utilisée pour des activités. L'entrée de plain-pied amène à un espace lumineux comprenant les bureaux de l'administration et un patio intérieur, aussi utilisé

³ <https://youtu.be/WkOUGIPvVhg>.

pour des activités. Les trois unités sont accessibles à ce niveau et l'étage inférieur concentre les salles d'activité et de restauration. L'ensemble donne un sentiment d'espace et de sérénité, ce qui est confirmé par un cadre qui assure que, lors du déménagement, certains patients « *se sont transformés positivement en arrivant ici* ». Les unités travaillent en intersectorialité complète ce qui permet au patient d'être suivi par le même médecin tout au long de son parcours. L'équipe est mutualisée au sein des unités ce qui favorise l'harmonisation des pratiques. Le projet de désigner un médecin référent par unité permettra une optimisation de l'organisation.



Patio



Hall d'entrée



Couloir d'une unité

L'unité d'hospitalisation sans consentement Les Dunes compte vingt chambres pour vingt-cinq places (elle est la seule à disposer de trois chambres d'isolement), l'unité de réhabilitation psycho-sociale La Vallée compte vingt-huit chambres pour trente places et l'unité de court séjour Le Large peut accueillir vingt-cinq patients dans vingt-trois chambres. Chaque unité ouverte dispose, distinctement de ses chambres d'hospitalisations, de deux chambres dites d'observation, destinées à apaiser les patients. La capacité totale est ainsi de quatre-vingts lits.

2.2 L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UN BUDGET ADAPTE A SES MISSIONS

A raison d'un déficit survenu après 2017, l'ARS avait recommandé au CHB un retour à l'équilibre qui a été réalisé sans suppression d'effectif pour ce qui concerne la psychiatrie.

Bien que légèrement déficitaire si la seule activité psychiatrique est prise en compte, le pôle est en équilibre avec le service d'addictologie. La dotation annuelle de financement est utilisée conformément à sa destination.

Les unités peuvent financer des activités et les financements octroyés permettent l'exercice des missions de psychiatrie

2.3 LES EFFECTIFS, PLURIDISCIPLINAIRES, CORRESPONDENT AUX BESOINS DES PATIENTS ET LES FORMATIONS PROPOSEES SONT PARTICULIEREMENT VARIEES

Le pôle de psychiatrie fonctionne dans une ambiance de coopération et peu d'absences sont dénombrées.

2.3.1 Les effectifs

a) Effectifs non médicaux

Au 4 octobre 2021, l'effectif non médical comprend 114 personnes (110,72 ETP⁴) et se compose d'un cadre supérieur de santé, trois cadres de santé (2,2 ETP), 75 infirmiers, deux aides-soignants, 21 ASH (agents des services hospitaliers) et AEQ (agent d'entretien qualifié), deux psychologues, six ergothérapeutes et art-thérapeutes, un personnel socio-éducatif, trois assistants médico-administratifs. Deux assistants sociaux, rattachés au service social, sont régulièrement présents pour les patients des trois unités. L'établissement avait le souhait d'intégrer un infirmier aux pratiques avancées mais le professionnel formé s'est désisté au dernier moment.

Le service n'a que très ponctuellement recours à des intérimaires. Lors des congés d'été, les personnes travaillant à 80 % acceptent de travailler à 100 % pour assurer les remplacements.

L'organisation de la présence des IDE (infirmier diplômé d'Etat) varie selon les unités et leurs spécificités. Dans l'unité La Vallée se trouvent généralement quatre IDE le matin et l'après-midi. Pour le Large, on décompte quatre IDE le matin et trois l'après-midi avec un effectif supplémentaire le mardi et jeudi afin de pouvoir organiser les sorties thérapeutiques. Aux Dunes, cinq IDE sont prévus le matin et quatre l'après-midi (avec une moyenne d'IDE de cinq personnes pour un effectif de sécurité de 4,5).

Les fins de semaine, trois IDE sont présents le matin, de même que l'après-midi.

La nuit, sept personnes sont prévues pour les trois unités.

Les plannings fournis aux contrôleurs ont permis de vérifier que les effectifs de sécurité sont respectés et que ce niveau d'effectif ne constitue pas le fonctionnement majoritaire des unités.

b) Effectifs médicaux

Le pôle de psychiatrie compte dix psychiatres de plein exercice sur les douze budgétés, un médecin généraliste (0,8 ETP), un interne de médecine générale, un interne en psychiatrie et un autre faisant fonction d'interne.

Trois psychiatres exercent des activités d'intérêt général auprès des CH de Calais, de Montreuil-sur-Mer et de Camiers, permettant ainsi de nouer des partenariats.

2.3.2 Le tutorat, la formation, la supervision

Les nouveaux soignants ne bénéficient pas d'un véritable tutorat mais d'un parcours d'intégration avec doublage par un autre agent du service. Le nouvel agent passe ainsi quinze jours dans chaque unité afin d'appréhender sa spécificité, qu'il soit ensuite affecté en service de jour ou de nuit.

Il n'y a pas de supervision organisée mais un cadre de santé précise que cela serait possible en cas de besoin pour ce qui concerne la supervision individuelle.

L'offre de formation est très développée et aucun refus n'est opposé à la personne qui souhaite se former. Au contraire, la formation Omega sur la démarche de pacification en cas d'incident est largement dispensée avec rappel chaque année pour tous les IDE.

Pour l'année 2020, quarante-cinq personnes ont été formées pour l'unité la Vallée, vingt-deux pour le Large et trente pour les Dunes. Les formations dispensées sont particulièrement variées :

⁴ ETP : équivalent temps plein.

prise en charge du suicidant, psycho traumatisme niveau 1 et 2, contention physique dite passive, adolescence et conduites auto-agressives, hypnose, initiation à la médecine douce, famille et maladies mentales, la photo comme médiation thérapeutique et éducative, méditation en pleine conscience, massage assis minute, réflexologie plantaire, l'eau comme médiateur thérapeutique, l'adolescent et sa famille, self-défense, initiation à la sophrologie, etc.

Pour les médecins, le développement personnel continu (DPC) a permis d'acquérir des compétences dans les domaines suivants : hypnose, psychiatrie institutionnelle, gestion du stress, DIU médecine et santé de l'adolescent.

La formation est assurée et encouragée à l'aide d'une offre pertinente, ouverte à des techniques innovantes, correspondant aux appétences de chacun et aux besoins des patients. Toutefois, les formations aux droits des patients doivent être développées au profit de tous les professionnels.

2.4 LA PROCEDURE DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST BIEN CONNUE ET SON SUIVI ASSURE

La procédure de déclaration des événements indésirables, connue de tous les médecins et soignants du pôle de santé mentale, est utilisée sans difficulté ni restriction, comme le mentionne d'ailleurs la haute autorité de santé (HAS) dans son rapport de juillet 2021.

Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont adressées par télécopie à la direction des risques, des usagers et de la qualité (DRUQ). A réception, cette direction note les mots clés, les actions à mettre en œuvre et les personnes à qui les retourner.

Au moment du contrôle, les commissions mensuelles et trimestrielles d'analyse des événements indésirables ne se tiennent plus du fait de l'absence de la directrice des soins en charge de la DRUQ. En revanche, une réunion hebdomadaire « encadrement supérieur et direction des soins » fait le point, parmi d'autres questions, sur les événements indésirables graves en cours.

Tous les mercredis, la cadre supérieure de santé rencontre les cadres des unités afin de mettre en place ses stratégies. Ainsi, en septembre 2021, l'une de ces réunions a fait le point sur les FEI. Enfin, chaque mois sont organisées des réunions entre d'une part le chef de pôle et la cadre supérieure de santé, d'autre part le directeur de pôle, la cadre supérieure de santé et les cadres des unités.

Un CREX – comité de retour d'expérience – composé de médecins, soignants, cadres de santé, personnel, et responsable qualité – est organisé après les événements indésirables les plus importants pour une analyse plus approfondie et l'élaboration d'un plan d'action. Tel fut notamment le cas après le suicide d'une patiente en février 2020 (les soignants se disant satisfaits de l'accompagnement dont ils ont bénéficié) et après un départ de feu survenu le 23 avril 2021 dans l'atelier bois.

A la suite d'événements indésirables graves, une séance d'évaluation est immédiatement mise en place avec possibilité de prise en charge individuelle ou collective. Un groupe de parole est aussitôt organisé, suivi d'un second quelque temps après l'événement.

En 2021, le nombre de FEI est stable⁵ : cinquante-quatre durant les neuf premiers mois de l'année, dont dix-sept pour l'intra hospitalier (onze pour Les Dunes, deux pour Le Large, deux pour La Vallée, un pour l'accueil et un pour les ateliers). Aucun incident n'a jamais justifié un signalement auprès du procureur de la République). En revanche, en février 2020 la famille de la

⁵ En 2020, 44 FEI ont été rédigées pour le pôle de santé mentale (psychiatrie, CMP, CATTP, HdJ, confondus).

patiente décédée a déposé une plainte qui a été classée sans suite ; en mai 2021, à la suite d'une plainte d'une patiente pour « tentative d'acte sexuel » commis par un ami venu lui rendre visite, la police a été avisée puis s'est rendue dans l'établissement pour la mise en place d'une procédure judiciaire, procédure ayant depuis lors été classée sans suite.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE MONTRE UN CERTAIN DYNAMISME MAIS EST RAREMENT SOLLICITE PAR LES SERVICES DE PSYCHIATRIE ADULTE

Le comité d'éthique se réunit deux à trois fois par an (la dernière fois le 8 janvier 2021) et rend des avis pour évoquer un cas particulier ou adopter une position de principe (la vaccination par exemple). Il peut être sollicité dans l'urgence, sans formalité particulière, ce qui fut le cas pour un patient de l'unité Le Large qui émettait le souhait de mourir.

Le comité, composé de treize membres actuellement, est présidé par la dirigeante d'un cabinet d'expertise juridique dans le domaine de la santé. Formatrice en droit du patient, elle préside aussi le comité d'éthique du CH de Roubaix (Nord).

Les comptes rendus des réunions du comité transmis aux contrôleurs permettent de constater que les sujets abordés sont variés mais qu'aucun ne concerne spécifiquement le domaine de la psychiatrie. Dans les unités de psychiatrie, l'existence du comité est d'ailleurs diversement connue.

Le comité affiche le souhait de promouvoir son action et d'être plus fréquemment saisi. Une campagne de communication était envisagée avant la crise sanitaire de Covid-19, avec le soutien du CHB qui a la volonté de dynamiser la réflexion éthique.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES PERMET UNE HOSPITALISATION RAPIDE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE

L'établissement dispose des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais pas de structure de prise en charge adaptée pour les crises précoces au domicile, permettant d'éviter le recours systématique à l'hospitalisation. Toutefois, les contrôleurs notent la présence d'infirmiers de psychiatrie aux urgences la journée, y compris le week-end, permettant aux patients de s'y présenter spontanément.

Des patients non agités mais nécessitant une hospitalisation peuvent être adressés directement en hospitalisation depuis les CMP ou établissements médico-sociaux. Les patients en soins sans consentement ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales où transitent entre 90 et 95 % des admissions en unité fermée de psychiatrie.

3.1.1 La prise en charge aux urgences générales

Le service d'accueil des urgences assure la prise en charge, toutes pathologies confondues, d'environ 140 personnes par jour, dont entre 5 et 10 pour des pathologies psychiatriques. L'entrée des patients agités s'effectue par un accès spécifique des véhicules (pompiers, police, gendarmerie, ambulance) dans un parking fermé. Les patients sont directement amenés à l'intérieur des urgences, dans un premier sas où se trouve l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA), sans croiser le public.



Entrée des patients allongés aux urgences



Bureau de l'IOA

Un projet de convention entre le CH de Boulogne-sur-Mer, le parquet du tribunal judiciaire de la même ville, la direction départementale de la sécurité publique du Pas-de-Calais et le groupement de gendarmerie départementale a été établi mais non signé. Cette convention précise les modalités de travail entre les forces de l'ordre, le parquet et les urgences. Elle n'aborde pas les problèmes spécifiques liés à la psychiatrie. Pour autant, dans la fiche 10 « détention et trafic de produits illicites », la convention indique « dans tous les cas, la police est immédiatement informée de cette découverte (de produits stupéfiants). Si elle est connue, l'identité du porteur peut être communiquée dès l'appel », ce qui contrevient aux directives actuellement en vigueur sur la prévalence du secret médical.

Les soignants ont rapporté être confrontés à l'arrivée de personnes agitées amenées par les forces de l'ordre ou les sapeurs-pompiers, démenottées dans le sas des urgences devant le bureau de l'IOA, puis laissées aux soignants sans s'assurer que la sécurité des agents était garantie.

L'IOA effectue une évaluation et prévient l'infirmière de psychiatrie si besoin (ou directement le psychiatre d'astreinte la nuit). Le patient est ensuite amené dans un box des urgences ou, s'il est agité, dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) voire dans la chambre d'isolement. L'UHCD se situe dans le prolongement du service et dispose de chambres avec salle d'eau et WC. Il est rare que des patients doivent séjourner dans le couloir des urgences ; dans ce cas, ce ne sont jamais les patients agités ou sous contention.



Chambre d'UHCD



Porte de la chambre d'isolement

Le patient est alors examiné par un urgentiste. S'il relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'infirmière de psychiatrie ou le médecin des urgences contacte le psychiatre d'astreinte ou de garde.

Il n'y a pas d'équipe de psychiatrie de liaison au sein du centre hospitalier. Les consultations de psychiatrie dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sont assurées par le psychiatre de garde. Les infirmières de psychiatrie exercent exclusivement aux urgences dans lesquelles elles disposent d'un bureau. 3 ETP d'IDE permettent la présence d'une IDE de psychiatrie du lundi au dimanche de 8h à 22h. Les IDE de psychiatrie ont effectué 1 920 actes en 2020.

Les soins sans consentement sont pris en charge par l'infirmière de psychiatrie qui effectue les démarches au regard des certificats médicaux et demandes de tiers. Les certificats médicaux initiaux de demande de placement en soins sans consentement sont parfois établis par le médecin traitant mais le plus souvent par le médecin des urgences, sans deuxième certificat dans ce cas. Lors de la garde, il peut être fait appel à un médecin généraliste de la maison médicale de garde (première partie de nuit).

Le placement en chambre d'isolement est décidé par le médecin urgentiste qui trace sa décision et la prescription de la surveillance dans le dossier médical du patient. Il n'y a pas de validation dans l'heure par un psychiatre de ces isolements.

RECOMMANDATION 1

Les placements en chambre d'isolement aux urgences de patients relevant de la psychiatrie doivent être validés dans l'heure par un psychiatre de plein exercice.

La chambre d'isolement est située au sein de l'UHCD à distance de l'entrée. C'est une pièce aveugle dans laquelle on entre par un sas avec une porte permettant l'accès à des WC et point d'eau, et une seconde porte donnant sur le couloir.



Sangles nettoyées en stock



Chambre d'isolement des urgences

Le mobilier n'est constitué que d'un matelas plastifié posé au sol, le sommier ayant été retiré. Il n'y a pas de siège ou de table et un triangle permettant la surélévation de la tête est à disposition dans le sas. Le patient ne peut allumer ou éteindre seul la lumière. Un bouton d'appel lui permet d'appeler les soignants.

RECOMMANDATION 2

La chambre d'isolement des urgences doit permettre un accès libre aux toilettes et à un point d'eau, comporter un sommier mousse et un fauteuil pour le patient ou le soignant.

Il n'y a pas de chariot prééquipé de moyens de contention. De nombreux kits de contention sont disponibles en salle de soins des IDE. Le matériel est lavé après chaque utilisation.

L'installation de contentions est décidée par le médecin des urgences. Les mesures de contention sont inscrites dans le dossier papier des urgences, le logiciel médical Sillage n'étant pas encore utilisé au service des urgences (sauf pour accéder aux historiques des hospitalisations dans le reste du MCO). La surveillance est faite régulièrement mais n'est pas réellement protocolisée. Aucun patient n'est contenu au moment du contrôle. Il est indiqué que les contentions sont principalement utilisées pour des patients ne relevant pas de la psychiatrie, et pas dans la chambre d'isolement.

Un registre papier des isolements a été mis en place mais il n'est pas régulièrement tenu, est incomplet et il n'y a pas d'analyse de la pratique.

RECOMMANDATION 3

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

Le service d'addictologie envoie facilement infirmier, psychologue ou médecin addictologue s'entretenir avec les patients signalés aux urgences.

3.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients dans le service de psychiatrie, parfois programmée directement par le médecin traitant ou le psychiatre du CMP ou de l'hôpital de jour, s'effectue dans près de neuf cas sur dix depuis les urgences, situées à proximité immédiate du service. Le cas échéant, un appel est généralement passé au service par les urgences ou par le psychiatre de garde ou d'astreinte, afin de l'informer de l'admission à venir, laquelle n'a toutefois lieu, s'agissant des hospitalisations sur décision du directeur de l'établissement, qu'une fois la décision formellement prise.

A son arrivée, comme les contrôleurs ont pu le constater au moment du contrôle, le patient est accueilli par un IDE, qui conduit – dans le poste de soins, en chambre d'hospitalisation ou en chambre d'isolement, selon l'état d'agitation du patient – un premier entretien d'accueil et d'information, destiné à expliquer sommairement au patient la mesure dont il fait l'objet, à rechercher son adhésion aux soins et à recueillir des éléments d'information sur sa situation personnelle. Si son état le permet, l'infirmier établit par ailleurs un inventaire contradictoire des biens du patient (cf. § 4.3.2) et lui fait visiter le service, avant de lui désigner une chambre, laquelle peut être individuelle ou double selon la préférence du patient et les disponibilités du service. C'est à cette occasion, aussi, qu'il est proposé au patient de désigner une personne de confiance.

Le patient est par la suite systématiquement examiné par un psychiatre de l'unité, le jour même s'il n'a pas déjà été vu de manière approfondie par un psychiatre aux urgences ou si celui-ci n'a pas indiqué de prescriptions ou de consignes suffisantes, notamment quant au traitement à prendre, au lieu de prise des repas et au droit de communication avec l'extérieur. Dans le cas contraire, le psychiatre l'examine le lendemain. Il est également vu, dans les mêmes délais, par le médecin généraliste du service.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés, chacun, après qu'un entretien médical formel a eu lieu, par des médecins ayant la plénitude d'exercice. Le contenu de ces certificats et leur rôle dans la procédure de soins sans consentement sont expliqués au patient.

3.2 L'ÉTABLISSEMENT NE SOUFFRE PAS DE SUROCCUPATION

Le taux occupation moyen pour toutes les unités s'établit à 85 % en 2020. La durée moyenne de séjour est de trente et un jours. L'établissement ne souffre d'aucune suroccupation et, si besoin, les unités travaillent en bonne coopération afin de libérer une place aux Dunes et permettre l'intégration d'une personne en soins sans consentement (SSC).

Les patients en SSC représentent en moyenne 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie adulte. Ainsi, en 2020, pour 510 entrées, 114 concernaient des personnes sous contrainte. Deux personnes en moyenne réintègrent chaque année après échec d'un programme de soins.

Compte tenu des spécificités des unités, l'unité Les Dunes accueille majoritairement les personnes en SSC, la Vallée en accueillait deux au moment du contrôle et le Large, aucune.

Les décisions du directeur représentent la très large majorité des SSC. En 2020, 106 SDDE (soins à la demande du directeur d'établissement) et 8 SDRE (soins sur décision du représentant de l'Etat) ont été décidés, soit 93 % de SDDE.

Parmi les SDDE, 14,2 % sont des soins à la demande d'un tiers (SDT) ordinaire, alors que les SDT en urgence (SDTU) représentent 72,6 % des situations. La procédure dite de péril imminent (SPI) est utilisée dans 13,2 % des cas. Les proportions sont similaires en 2019.

Au total, les décisions du directeur reposant sur un seul certificat médical (SDTU ou SPI) constituent près de 86 % des hospitalisations sur décision du chef d'établissement.

Cette forte proportion de procédures dérogatoires s'explique par la difficulté à trouver un médecin extérieur à l'établissement pour établir un deuxième certificat médical (SDTU). A noter que le ressort peut s'appuyer sur une maison médicale en début de nuit mais qu'il ne compte pas d'organisation d'urgence de type SOS médecins.

3.3 L'INFORMATION EST ESSENTIELLEMENT ORALE, LES ECRITS EN NOMBRE LIMITE ET AU CONTENU INCOMPLET N'ETANT PAS LAISSES AUX PATIENTS

3.3.1 L'information générale des patients

Si les usagers et leur famille peuvent trouver sur le site du CHB des informations utiles (cf. § 2.1.1), l'information écrite donnée au patient lors de son arrivée dans les unités de psychiatrie est des plus réduite, voire inexistante. En effet :

- s'il existe un livret d'accueil du centre hospitalier, ce document d'une part se limite à évoquer l'organisation des soins en santé mentale autour des deux CMP, soins « *pouvant être complétés par l'hospitalisation complète ou l'hospitalisation de jour* » sans autre précision, d'autre part est totalement taisant sur les soins sans consentement, enfin n'est pas remis aux patients ;
- le livret d'accueil spécifique au centre de psychiatrie, présenté sous la forme d'une plaquette A3 pliée en format de poche dont un modèle figure sur le site internet susvisé, n'est plus édité (en raison de la présence de photos de patients et soignants portant atteinte à leur droit à l'image) ;
- les règles de vie des unités, qui présentent quelques discordances entre le texte et la pratique (par exemple sur l'utilisation des briquets, ordinateurs et radios) sont certes placardées sur les panneaux d'affichage mais ne sont ni distribuées aux arrivants, ni affichées dans les chambres.

RECOMMANDATION 4

Des supports écrits relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux doivent être remis aux patients dans une langue et des termes qu'ils comprennent.

3.3.2 L'information des patients sur leurs droits spécifiques

A tous les stades de son hospitalisation, une information orale est donnée au patient par le médecin certificateur sur son statut et les modalités de prise en charge.

Lors de l'admission, cette information est d'abord donnée par le médecin urgentiste (ou le médecin rédacteur du certificat médical initial) puis reprise par le psychiatre lors de l'entretien d'arrivée dans l'unité et enfin complétée par l'infirmier.

A noter que la décision d'admission, préparée et signée du directeur de garde pour les SDDE ou du préfet pour les SDRE est toujours prise avant l'arrivée dans l'unité.

Pour les patients admis en SDDE, une « notification » est faite, dans les deux à trois jours de l'arrivée par l'agent chargé de la gestion et du suivi des dossiers de SSC accompagné d'un infirmier.

Deux documents sont ainsi présentés :

- une note d'information sur les droits spécifiques prévus à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, outre une information sur les personnes susceptibles de demander la sortie du patient et pouvant saisir le JLD ;
- un document dans lequel le patient « *déclare avoir pris connaissance lors de l'admission / lors de la réintégration en hospitalisation complète / au cours de la prise en charge, de sa situation juridique, de ses droits et des voies de recours qui me sont offerts ; la note d'information relative à l'hospitalisation m'a été remise* ».

Ce dernier document est signé par le patient ou, en cas de refus de signer, par deux agents ayant donné au patient lecture de la note d'information. Si cette note est relativement complète⁶ force est de constater qu'elle ne comporte aucune précision sur la décision prise (admission ou maintien) ni sur les raisons qui la motivent. Elle ne constitue donc pas une notification au sens de l'article L.3211 du code de la santé publique.

Par ailleurs, selon les soignants, cette note n'est en réalité soit pas remise au patient, soit non conservée par celui-ci.

Toujours selon les soignants mais aussi les patients rencontrés, la copie des décisions du directeur (admission et maintien) n'est jamais remise au patient pas plus que ne le sont les certificats médicaux motivant ces décisions administratives (directeur comme préfet).

Pour les patients admis en SDRE, l'arrêté est communiqué contre signature de l'avis de notification. La notification lui est remise accompagnée de la note d'information visée ci-dessus. Le contenu des certificats médicaux est expliqué par le psychiatre qui rencontre le patient. Copie de ces certificats médicaux n'est donnée au patient que s'il en fait la demande.

L'examen de plusieurs décisions d'admission prises par le directeur met en lumière que ces admissions sont motivées au seul renvoi des certificats médicaux avec la mention « *dont je m'approprie les termes* » et ne peuvent donc être considérées comme suffisamment motivées puisque ces certificats ne sont pas systématiquement joints aux décisions. Ainsi, la seule lecture de la décision ne peut permettre au patient de connaître les raisons à l'origine de la mesure.

Les arrêtés du préfet sont quant à eux bien motivés.

Les agents ont à leur disposition une liste d'interprètes bénévoles du centre hospitalier (pour douze langues outre la langue des signes) qui est cependant peu utilisée (une à deux fois par an).

⁶ Malgré deux erreurs quant aux autorités avec lesquelles le patient peut communiquer (le président du tribunal judiciaire et non plus de grande instance et le juge d'instance) et l'omission du patient lui-même quant aux personnes pouvant demander la sortie.

Un affichage existe dans les couloirs des unités sur les possibilités de recours contre les décisions de soins sans consentement avec mention des adresses du tribunal et du barreau et informations sur le droit de saisir la CDSP (commission départementale des soins psychiatriques), le CGLPL, la CDU avec les différentes adresses. En revanche les droits spécifiques liés aux soins sans consentement dont la liste est pourtant limitativement énumérée à l'article L.3211-3 du code de la santé publique n'est pas affichée.

A l'examen du livre de la loi et des copies de certificats médicaux qui y sont reproduits il apparaît que ceux-ci ne font aucunement état du recueil des observations du patient nonobstant les dispositions de L.3211-3 al. 2 CSP⁷, alors même que selon les soignants et médecins rencontrés ces observations sont bien recueillies et notées dans le dossier informatisé.

RECOMMANDATION 5

Afin de garantir une motivation suffisante des décisions et l'information complète du patient, tous les documents le concernant (décisions administratives, certificats médicaux en constituant la motivation, fiches de notification) doivent lui être remis ou, en cas de refus du patient de les conserver par devers lui, laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande. Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision doivent être systématiquement recueillies et mention de cet avis doit être porté dans tous les certificats médicaux.

L'agent chargé de la gestion et du suivi des dossiers de SSC a immédiatement pris note des insuffisances constatées dans l'information donnée aux patients et s'est appliqué à entreprendre l'élaboration de nouveaux formulaires.

⁷ L.3211-3 al. 2 CSP : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. »

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX, SPACIEUX ET LUMINEUX, SONT ADAPTES A UNE PRISE EN CHARGE DE PSYCHIATRIE

Le bâtiment du service de psychiatrie est bien conçu : d'abord, parce qu'il regroupe à proximité immédiate les deux unités de soins libres Le Large et La Vallée et celle de soins sans consentement Les Dunes, facilitant les passages de l'une à l'autre, à la fois pour les patients et les soignants ; ensuite, parce que les locaux qu'il abrite sont agréables, spacieux et lumineux, ouverts par de nombreuses et larges fenêtres.

4.1.1 Les chambres

La plupart des chambres du service sont individuelles : quinze sur vingt dans l'unité des Dunes ; vingt-trois sur vingt-cinq dans celle du Large ; vingt-six sur vingt-huit dans celle de la Vallée. Les patients placés dans des chambres doubles le sont soit à leur demande, soit sur prescription médicale, soit, ce qui arrive quelquefois, faute de chambre individuelle disponible.

Ces chambres, bien équipées, comportent l'ensemble du mobilier nécessaire à une prise en charge adéquate – dont une armoire fermant à clé où les patients peuvent placer leurs affaires en toute sécurité (cette clé étant laissée, s'agissant de l'unité des Dunes, au poste infirmiers, pour éviter les pertes).



Chambre individuelle d'hospitalisation de l'unité des Dunes

Les locaux sanitaires ne sont toutefois pas équipés de patères « anti-suicide » et les affaires des patients traînent par conséquent au sol lors de la prise de douche.

RECOMMANDATION 6

Les chambres des patients doivent être équipées de patères anti-suicide.

4.1.2 Les locaux collectifs

Le service de psychiatrie comprend des locaux collectifs nombreux et variés, propices à la vie commune : dans chaque unité, une ou deux salles d'activités (télévision, table de ping-pong, jeux de société, etc.), un espace « familles » et un fumoir extérieur ; en dehors des unités mais à l'intérieur du bâtiment, outre un self et une cafétéria, un agréable patio où les patients peuvent fumer, servant aux activités de jardinage et un plateau technique comportant, notamment, des

salles de sport et d'ergothérapie, un salon de coiffure et des pièces réservées aux arts plastiques, à la cuisine thérapeutique ou encore à la poterie.



Fumoir extérieur de l'unité des Dunes



Patio du service de psychiatrie

Malgré cette attention portée aux locaux d'activités et de vie en collectivité, les espaces extérieurs librement accessibles aux patients restent rares – ceux de l'unité fermée des Dunes étant, en particulier, limités au fumoir, lequel est au demeurant surmonté d'un grillage qui lui confère une atmosphère carcérale. Une réflexion pourrait utilement être engagée afin de développer de tels espaces et ainsi faciliter la promenade.

RECOMMANDATION 7

Il est nécessaire de développer les possibilités d'accès à des espaces extérieurs de promenade pour les patients de l'unité des Dunes.

4.2 LES LOCAUX SONT PROPRES ET LES CONDITIONS D'HYGIENE RESPECTEES

L'entretien des locaux, qu'assurent deux agents des services hospitaliers par unité le matin et, l'après-midi, deux agents pour l'ensemble du service, est efficacement organisé, et permet de les maintenir dans un état de propreté évident (nettoyage quotidien des chambres et parties communes, changement du linge de chambre *a minima* deux fois par semaine, etc.).

Les patients ne disposant pas des produits nécessaires à leur hygiène corporelle peuvent en acheter à la cafétéria du service ou, s'ils n'en ont pas les moyens, s'en voir fournir par le personnel. En outre, chaque unité dispose d'un stock suffisant de vêtements de rechange pouvant être fournis aux patients qui en ont besoin, comme c'était le cas, au moment de la visite, d'un patient de l'unité des Dunes.

Si des machines à laver situées au rez-de-jardin permettent aux patients qui ne reçoivent pas de visite et ne sont pas autorisés à sortir de l'établissement de laver gratuitement leur linge – celui des patients chroniques étant même directement pris en charge par la blanchisserie de l'hôpital –, certains patients rencontrés n'étaient pas informés de leur existence, qu'il convient par conséquent de mieux signaler.

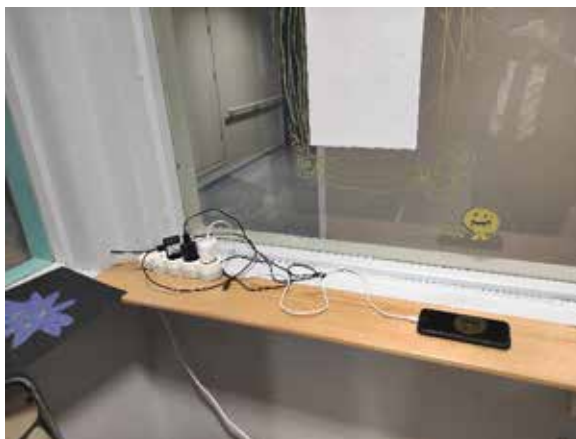
L'intendante du service joue, sur ces sujets, un rôle important, qui mérite d'être souligné.

4.3 LES PATIENTS SONT EN CAPACITE DE CONSERVER LA PLUPART DE LEURS BIENS ET DE LES PROTEGER

4.3.1 Les interdictions

Les patients sont autorisés à conserver la plupart de leurs biens. Ceux, listés par les règles de vie des unités, dont la détention en chambre est systématiquement interdite sont peu nombreux – objets tranchants et contondants, bouteilles et flacons en verre, matériel « filaire » (chargeur de téléphone, sèche-cheveux, etc.) – et les restrictions sont, pour le reste, décidées de façon individualisée sur prescription médicale : il en va en particulier ainsi des téléphones portables, dont dix-sept patients des Dunes sur vingt-deux étaient autorisés à disposer lors de la visite, du tabac, dont un patient seulement voyait, à la demande de sa tutelle, sa consommation régulée, ou encore des ordinateurs et tablettes.

Les contrôleurs regrettent seulement que le service n'aille pas au bout de cette logique d'individualisation des restrictions, en l'étendant notamment aux chargeurs de téléphone. Cela permettrait d'éviter de nombreuses allées et venues inutiles au poste de soins, destinées seulement à mettre en charge puis récupérer les téléphones portables.



Téléphone en chargement au poste de soins de l'unité des Dunes

RECOMMANDATION 8

Les biens dont la détention en chambre est interdite doivent être déterminés, par le médecin, de façon individualisée pour chaque patient, y compris s'agissant des objets « filaires ».

4.3.2 La protection

La protection des biens des patients est assurée de façon efficace. D'une part, grâce à la réalisation systématique, lors de l'admission ou, si l'état du patient ne le permet pas, quelques heures plus tard, d'un inventaire contradictoire – lequel est signé par le patient et par deux infirmiers, chacun en conservant un exemplaire. D'autre part, grâce à la possibilité pour les patients en soins sans consentement de laisser leurs affaires, outre, comme on l'a vu, dans une armoire sécurisée de leur chambre, dans un casier personnel situé au sein du poste de soins, fermant également à clef (celle-ci étant, de la même façon, conservée à l'intérieur du poste). On notera à cet égard que, si le patient est fortement incité à utiliser cette possibilité pour ses papiers et biens de valeur, il n'y est pas contraint.

Ce choix de responsabilisation des patients s'applique y compris pour la gestion de leur argent courant, que ces derniers peuvent garder avec eux ou placer dans leur casier sécurisé au poste de soins.

Les sommes d'argent remises aux patients placés sous tutelle (soit deux patients de l'unité des Dunes lors de la visite) dans la perspective d'une dépense à venir ou d'une sortie thérapeutique étant, en revanche, conservées par la cadre de santé dans son bureau. Ces patients se voient ouvrir un compte nominatif à la cafétéria du service, sur lequel l'argent déposé peut être, ensuite, librement dépensé, dans les limites fixées par la tutelle.

BONNE PRATIQUE 2

Les patients sous tutelle bénéficient d'un compte nominatif à la cafétéria du service, leur permettant d'y acheter des biens.

4.4 LA RESTAURATION, VARIEE ET DE QUALITE, S'EFFECTUE AU SELF POUR LES PATIENTS COMME POUR LES SOIGNANTS

Si certains patients prennent leurs repas, sur prescription médicale, au sein de la salle affectée à cet effet de leur unité, la majorité d'entre eux (treize des vingt-deux patients de l'unité des Dunes lors de la visite) se restaurent au self du service. Cette restauration s'effectue aux côtés des soignants, qui mangent la même nourriture et, en principe – l'épidémie de Covid a temporairement mis fin à cette pratique –, sans distinction d'horaires pour les patients des différentes unités. L'existence d'une cafétéria, qui propose un large éventail de produits pour le café ou le goûter et dont l'agencement assure la convivialité, est également à saluer.



Self



Cafétéria

BONNE PRATIQUE 3

Les patients et soignants de l'ensemble des unités se restaurent en commun au sein d'un self, et une cafétéria conviviale est mise à leur disposition.

Toutefois, les familles des patients, d'ores et déjà admises à la cafétéria (du moins avant l'épidémie de Covid-19), ne sont pas autorisées à déjeuner avec leurs proches au self. Enfin, la durée des repas est limitée à seulement trente minutes pour les patients des Dunes.

RECOMMANDATION 9

Il convient d'élargir la durée des repas au self du service et de permettre aux familles des patients, sur autorisation médicale, d'y participer.

Les menus sont variés, équilibrés et fournis en quantité suffisante, une commission, qui se réunit une à deux fois par an, prenant en compte les retours des usagers, patients comme soignants. Outre le fait qu'une large gamme de régimes spéciaux est prévue (sans sel, sans sucre, hypocalorique, végétarien, sans porc, etc.), la diététicienne du service se rend chaque semaine dans les unités pour évaluer les besoins et, le cas échéant, fournir des conseils thérapeutiques nutritionnels.

On notera enfin que, si les patients de l'unité des Dunes ne sont pas autorisés à conserver des denrées périssables dans leur chambre, ils peuvent les placer dans un réfrigérateur à leur disposition dans la cuisine de l'unité (l'intendante vérifiant, lors de son passage, que les dates de péremption ne sont pas expirées). Tous, néanmoins, n'étaient pas au courant de cette possibilité lors de la visite, laquelle n'est pas mentionnée dans les règles de vie et mériterait d'être mieux expliquée.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA SECURITE EST ASSUREE MAIS LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SONT EXCESSIVES

5.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

Les unités Le Large et La Vallée gardent les portes ouvertes et permettent une circulation vers les jardins, terrasses, salles d'activité. L'unité Les Dunes est fermée pour tous les patients, qu'ils soient en soins libres ou en SSC. Toutefois, dix à douze patients, accompagnés de soignants, se rendent quotidiennement en salle de restauration pour les repas ainsi qu'à la cafétéria pour le goûter. Au jour du contrôle, quatre patients des Dunes sont autorisés à circuler dans l'ensemble de l'établissement et cinq disposent de sorties de moins de douze heures accompagnés ou de moins de quarante-huit heures en autonomie.

Pour l'ensemble des patients du bâtiment, des sorties peuvent être autorisées par le médecin pour la durée d'une demi-heure dans l'enceinte du CHB. Celle-ci est difficile à déterminer puisqu'elle n'est pas matérialisée. Lorsque les patients quittent le bâtiment de la psychiatrie, ils se trouvent sur une route assez passante et doivent traverser un rond-point pour rejoindre le CH général. L'absence d'un espace extérieur propice à la promenade a probablement influencé la mise en place de cette règle restrictive de liberté. L'établissement indique qu'il s'agit de savoir où les patients se trouvent, d'autant que nombre d'entre eux présentent des conduites suicidaires et/ou des addictions multiples. Ainsi, trois ASH ou aides-soignants se relayent toute la semaine au poste d'accueil du bâtiment et veillent à ce que ceux qui sortent bénéficient bien d'une autorisation. Toutes les entrées et sorties sont consignées et si une personne est en retard de plus d'un quart d'heure, le cadre de l'unité est avisé.

RECOMMANDATION 10

La décision d'imposer à tous les patients, y compris à ceux admis en soins libres d'obtenir une autorisation du médecin pour une sortie d'une demi-heure sur le site du CHB constitue une restriction excessive de liberté. Toute restriction à la liberté d'aller et venir doit reposer sur un risque réel individualisé.

5.1.2 La gestion de la sécurité

La sécurité de l'hôpital est assurée par une responsable qui dispose d'une équipe permettant à trois agents d'être présents, jour comme nuit, 24 heures sur 24. De janvier au 7 octobre 2021, 165 interventions ont eu lieu pour l'ensemble du CHB.

La communication entre les services de sécurité et de psychiatrie est fluide. Le service de sécurité, informé des isolements et contentions, est parfois sollicité pour assurer une présence au moment de servir des repas. Il n'y a eu aucune intervention en 2021 en direction d'un patient et seulement deux déplacements ont été rendus nécessaires au niveau de l'accueil afin d'encourager une famille à quitter les lieux.

Des caméras surveillent l'extérieur du bâtiment et le sas d'entrée. Les alarmes PCI sont répercutées localement et sur le PC de sécurité.

La sécurité incendie dispose d'extincteurs en nombre et protégés. Elle est intervenue pour un départ d'incendie au niveau d'un four en salle d'activité, jamais pour un acte de malveillance.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT MESUREES

En dehors de la liberté d'aller et venir, il n'existe pas de restriction générale et systématique aux droits des patients dans leur vie quotidienne. La journée est rythmée par les repas, les traitements et les sorties ou activités (plus nombreuses et dont les accès sont facilités dans les deux unités ouvertes). Dans les trois unités, les restrictions sont rares et justifiées par l'état clinique du patient : les chambres et les terrasses fumoirs sont d'accès libre et, pour les patients des unités ouvertes, il en va de même pour le jardin entourant le bâtiment ; les patients gèrent leur tabac et leur briquet sauf quelques situations particulières (restriction du tabac sur prescription médicale ou pour raison financière et limitation du briquet au cas par cas) ; pas de prescription de port du pyjama dans les unités, sauf lors d'un placement en chambre d'isolement. Les personnes conservent donc une autonomie et leurs souhaits et habitudes de vie sont respectés.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT ENCORE RESTREINTES DU FAIT DE LA PANDEMIE DE COVID-19

5.3.1 Le téléphone

Les téléphones portables sont laissés, sauf exception, aux patients mais leurs chargeurs sont retirés dans toutes les unités (cf. § 4.3.1). Il n'y a pas de cabine téléphonique pour ceux ne disposant pas d'un téléphone portable mais dans ce cas, les soignants prêtent gracieusement le téléphone du service, avec l'inconvénient de devoir rester téléphoner en salle de soins sans grande confidentialité. Au moment du contrôle, vingt patients sur les vingt-deux présents dans l'unité fermée disposaient de leur téléphone portable et avaient le droit de téléphoner.

5.3.2 Le courrier

Les personnes ont accès à du papier et un stylo à la demande et les timbres sont en vente à la cafétéria. Une boîte aux lettres est positionnée dans l'entrée du bâtiment. Le courrier arrivant est remis par les soignants aux patients.

5.3.3 Les visites des familles

Les visites des familles sont permises chaque après-midi de 16h à 19h et les fins de semaine de 14h30 à 19h. Depuis le début de la pandémie de Covid-19, ces visites se font dans la chambre des patients ou dans un salon des familles à l'entrée de l'unité. La cafétéria n'est plus ouverte aux visiteurs. Les visites sont en outre encore limitées à une personne à la fois et à une heure, ce qui n'est plus adapté à la situation sanitaire.

Les salons des familles sont correctement aménagés avec des fauteuils en nombre suffisant.

RECOMMANDATION 11

Les visites des familles et proches doivent être permises avec des restrictions sanitaires adaptées et pertinentes, notamment en respectant les gestes barrière. Elles doivent pouvoir avoir lieu en chambre afin de préserver une intimité, mais aussi dans le salon familial, à la cafétéria ou au self.

5.3.4 L'accès à l'information et aux médias

Chaque unité dispose de deux salons de télévision et aucune chambre n'est équipée d'un téléviseur. Les salons sont en libre accès jusqu'assez tard dans la soirée et les patients disposent librement de la télécommande.

L'accès à la presse est possible gratuitement à la cafétéria avec quelques revues et le journal local.

Le CH ne propose pas d'accès Wifi pour le public ou les patients. Les smartphones ont néanmoins accès à la 3G. Il n'y a pas d'ordinateur connecté à Internet à disposition des patients. Un patient de l'unité fermée avait son ordinateur personnel avec lui, sans cordon d'alimentation.

5.3.5 La confidentialité et la protection des données personnelles

Les patients peuvent solliciter d'être hospitalisés sous anonymat et ils apparaissent dès lors sous X dans les logiciels médicaux ainsi que pour le standard. Pour les personnes souhaitant garder confidentielle leur hospitalisation, leur nom est masqué en rouge sur les documents écrits des standardistes afin qu'ils soient alertés au moindre appel et ne laissent pas le nom visible par des tiers.

Concernant la protection des données personnelles, l'établissement a nommé un délégué à la protection des données. Une affiche, présente au sein des unités, s'intitule « *la protection de vos données personnelles* ». Elle indique les différents droits comme l'accès au dossier, la rectification des données et leur effacement lorsqu'elles ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Elle fournit également les coordonnées du délégué à la protection des données nommé par l'hôpital auprès de la commission nationale informatique et liberté (CNIL).

5.4 LE DROIT DE VOTE EST PEU EXERCE BIEN QUE L'INFORMATION SOIT DONNEE

Avant chaque élection, les informations sur les modalités de vote sont données aux patients par l'affichage dans les unités de plaquettes fournies par l'ARS. Le cadre de l'unité fait remplir aux patients souhaitant voter les documents de vote par procuration puis un fonctionnaire de police vient au centre hospitalier pour enregistrer cette procuration. Les patients peuvent également solliciter une permission de sortie, accompagnée ou non.

Lors des dernières élections, très peu de patients ont manifesté la volonté de participer aux opérations de vote (un à La Vallée, deux ou trois aux Dunes).

5.5 L'ACCES AUX CULTES EST ASSURE

Les patients admis en SSC sont mis en mesure d'exercer le culte de leur choix. En particulier, une large liste d'aumôniers (notamment catholiques, protestants, musulmans et israélites) – commune à l'ensemble du centre hospitalier – est tenue à jour au sein du service, permettant de répondre rapidement aux éventuelles demandes de patients. Celles-ci, soumises à l'accord du médecin, restent néanmoins rares, ne concernant, à la date de la visite des contrôleurs, qu'un seul patient de l'unité des Dunes, lequel rencontre un aumônier une fois par mois dans le salon des familles. Il a par ailleurs été constaté qu'un autre patient pouvait librement pratiquer la prière au sein de sa chambre, la détention d'un tapis de prière lui ayant été autorisée. Enfin, on notera que les patients qui le souhaitent peuvent demander à bénéficier de menus sans porc (cf. § 4.4).

5.6 L'INTIMITE ET LA SEXUALITE NE SONT PAS PLEINEMENT PRESERVEES

Les patients disposent pour la plupart d'une chambre individuelle qu'ils ne peuvent pas fermer à clé alors même que le cabinet de toilette peut être clos par un verrou. Cette absence de logique n'échappe pas aux patients. Certains s'en accommodent et trouvent même rassurant de savoir que les soignants peuvent aisément entrer et vérifier que tout va bien. D'autres expriment de la peur : « *n'importe qui peut entrer, même la nuit...j'ai du mal à m'endormir* ». Indépendamment de la crainte, beaucoup souhaiteraient simplement avoir le choix, de fermer ou pas leur chambre à clé, de préserver parfois un moment d'intimité, conscients que les soignants conserveraient toutefois un passe-partout pour entrer en cas de besoin.

La question de la sexualité n'est pas abordée dans le règlement intérieur. Les professionnels entendus adoptent une posture bienveillante et s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de difficulté du moment que les personnes sont consentantes. En 2019, deux infirmiers ont été formés sur le thème « *santé mentale et sexualité* ».

Au niveau médical, la contraception est abordée. Pour ce qui concerne la mise à disposition de préservatifs, les unités ouvertes proposeraient plutôt que le patient fasse la démarche d'en acheter lors d'une sortie. Dans l'unité des Dunes, la démarche est pragmatique : la sexualité fait partie de la vie, des personnes ont des relations sexuelles au sein du service, des préservatifs sont donc disponibles.

Depuis la pandémie de Covid-19, les visiteurs n'accèdent plus aux parties communes comme la cafétéria mais uniquement aux chambres, ce qui permet de préserver une certaine intimité. Cette pratique, expérimentée depuis de nombreux mois, devrait perdurer tout en permettant concomitamment la circulation vers les espaces communs (cf. recommandation 11). Pour autant, en l'absence de possible fermeture de la chambre, l'accès à une intimité ou une sexualité demeure limité, ce qu'une patiente résume ainsi : « *Une vie sexuelle, même avec moi-même, sans verrou à la chambre ...* ». Elle le déplore d'autant plus que sa libido varie en fonction de son état et constitue ainsi un « *bon indicateur* ».

RECOMMANDATION 12

Le patient doit avoir la possibilité de verrouiller sa chambre, tout comme il peut verrouiller son cabinet de toilette, afin de préserver son intégrité par rapport à d'autres patients, mais aussi son intimité physique et psychique.

6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE PRESERVENT PAS L'INTIMITE

6.1.1 Les chambres d'isolement

Seule l'unité fermée dispose de trois chambres d'isolement (CI) utilisables pour les trois unités. Un sas permet d'accéder aux CI. La porte d'entrée de la chambre comporte un hublot. Un second hublot, au sein du sas, donne directement sur les toilettes inox de la salle d'eau.

RECOMMANDATION 13

Le hublot vitré donnant directement sur les WC de la chambre d'isolement doit être occultable.



Chambre d'isolement unité Dunes



Hublot avec visibilité sur toilettes dans le sas

Chaque chambre permet un accès libre à l'eau et aux toilettes, la salle d'eau pouvant néanmoins être fermée à clé sur décision médicale. Les WC sont en inox et le siège est dépourvu d'abattant. La salle d'eau ne comporte pas de miroir ni de patère anti-suicide.

Ces chambres disposent d'un lit avec matelas et sommier en mousse recouvert d'une épaisse toile plastifiée, d'un grand pouf en mousse faisant office de table et d'un triangle en mousse permettant une position de la tête surélevée sur le lit.

Il n'y a pas de siège pour permettre au soignant ou au patient de s'asseoir.

La chambre est éclairée de la lumière du jour par une grande fenêtre sans vis-à-vis. Les vitres ne peuvent être ouvertes. Les volets comme la lumière ne peuvent être actionnés que par les soignants et non par le patient.

Les chambres sont munies d'un bouton d'appel mural mais pas d'un dispositif d'appel accessible lors des phases de contention. Une horloge est présente mais le jour n'est pas indiqué.



Chambre d'isolement



Salle d'eau de la chambre d'isolement

L'ensemble est propre. Les trois chambres étaient utilisées au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 14

Les chambres utilisées pour l'isolement doivent permettre d'allumer et éteindre la lumière, d'appeler les soignants par bouton d'appel, y compris lors des phases de contention, et de se repérer dans le temps.

6.1.2 Les chambres d'observation des unités ouvertes

Chaque unité ouverte dispose, distinctement de ses chambres d'hospitalisations, de deux chambres dites d'observation, destinées à apaiser les patients. Elles sont généralement utilisées quelques heures afin de placer le patient dans un environnement protégé des stimulations extérieures. La porte n'est jamais fermée à clé et l'usage de ces lieux n'est, de ce fait, pas tracé, ce qui empêche toute étude sur leur usage, leur utilité et l'alternative à l'isolement qu'ils peuvent constituer.



Chambre d'observation



Salle d'eau de la chambre d'observation

Ces espaces d'apaisement sont aménagés comme les chambres d'hospitalisation et on peut regretter qu'ils ne s'en distinguent pas puisque la démarche est de permettre à la personne de quitter son espace de vie habituel.

Les portes des chambres d'observation comportent des hublots à travers lesquels toute personne passant dans le couloir peut regarder, empêchant ainsi toute intimité.

RECOMMANDATION 15

Les hublots des chambres d'observation des unités du Large et de La Vallée doivent être occultables.

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION FONT L'OBJET DE PROTOCOLES INSUFFISAMMENT RESPECTES

6.2.1 La politique menée

Le projet de pôle médico-soignant de psychiatrie préconise de revoir le registre d'isolement et l'utilisation de la chambre d'isolement pour les mettre en conformité avec la réglementation et les bonnes pratiques de la HAS. La problématique du moindre recours à l'isolement et à la contention n'est cependant pas mentionnée, de manière explicite, dans le projet médico-soignant ou dans tout autre projet de planification plus général.

Par ailleurs, aucun rapport annuel de la pratique n'est actuellement présenté aux instances dirigeantes du CHB.

RECOMMANDATION 16

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médico-soignant l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre à cette fin. Un rapport annuel des pratiques d'isolement et de contention doit être établi et présenté à toutes les instances du centre hospitalier.

6.2.2 Les pratiques

Les médecins renseignent une « *fiche de mise en chambre d'isolement* » indiquant le motif de l'isolement, l'absence de contre-indication, le mode légal d'hospitalisation, l'information ou non de la famille et de la personne de confiance, et la programmation de la surveillance. Une fiche infirmière « *mise en chambre d'isolement* » permet de tracer la surveillance effectuée de manière complète. On trouve également une fiche « *mise en chambre d'isolement, évaluation médicale* » sur laquelle sont tracées les visites et observations journalières médicales, une fiche « *mise en chambre d'isolement : fiche journalière de surveillance et soins* » pour les soignants, une « *fiche de sortie de la chambre d'isolement* ».

Les alternatives à l'isolement ne sont pas tracées dans le dossier. La présence de trois chambres d'isolement n'est pas mise en relation avec l'absence d'espace d'apaisement dans l'unité Dunes comme l'indique le rapport de la CDSP en janvier 2021.

L'utilisation de la chambre d'isolement fait l'objet de nombreux protocoles régulièrement actualisés mais insuffisamment respectés. Ainsi, le protocole « *mise en chambre d'isolement* » d'octobre 2019 évoque un entretien médical réalisé à la fin de la mesure avec le patient. En

réalité, l'entretien pluridisciplinaire avec le patient faisant suite à toute mesure d'isolement ou de contention n'a pas été mis en place. De plus, le protocole mentionne la possibilité d'une mesure « thérapeutique » « prescrite » par le médecin. Enfin, les médecins n'effectuent qu'une seule visite des patients isolés par 24 heures en place de deux, ce que soulignait déjà un rapport de la CDSP en septembre 2019.

RECOMMANDATION 17

Le médecin doit examiner le patient en isolement deux fois par vingt-quatre heures. Chaque mesure d'isolement ou de contention doit faire l'objet d'une analyse pluridisciplinaire partagée avec le patient à l'issue de la mesure, tracée dans le dossier médical.

Pendant la phase d'enfermement, les repas sont pris en chambre sur un adaptable en mousse, en présence d'un soignant. Les téléphones ne sont pas conservés par les patients. L'accès au tabac est impossible alors même qu'une petite cour fermée se trouve juste devant les fenêtres des CI et pourrait aisément être aménagée. Les patients portent systématiquement un pyjama, ce que signalait le compte-rendu de février 2020 de la CDSP.

Le matériel de contention, nettoyé après chaque utilisation, comprend des sangles cinq points (deux bras, deux chevilles et attache ventrale), tenues par un système à aimant.

La distinction entre contention de psychiatrie et contention physique de prévention des chutes a fait l'objet d'une réflexion institutionnelle⁸.

Les chambres d'isolement comme d'observation ou d'apaisement sont bien distinctes des chambres d'hospitalisation et n'apparaissent pas dans le logiciel de gestion des lits du CH.

BONNE PRATIQUE 4

Les chambres d'isolement et d'observation sont considérées comme des outils de gestion d'une crise et n'apparaissent pas dans le logiciel de gestion des lits du centre hospitalier.

6.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'EST PAS EXPLOITE

Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas informatisées alors que la CDSP le déplore chaque année dans son rapport. Les décisions, recueillies sur papier pour chaque mesure d'isolement ou de contention, sont récupérées par un cadre et les informations sont retranscrites sur des tableurs Excel. Un registre est ainsi édité sans pour autant être analysé.

Les tableurs Excel 2021 ont été fournis aux contrôleurs pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2021, soit neuf mois⁹.

Pour une file active de patients présents et entrés dans l'unité des Dunes de 128 sur la période, 44 patients (34 %) ont eu 72 mesures d'isolement pour des durées allant de 2 à 1 085 heures (mais de 12 à 527 heures en ôtant un cas exceptionnel de 1 085 heures liées à des spécificités cliniques). La moyenne des isolements s'établit donc à 113 heures mais à 100 heures (4 jours) en

⁸ Ainsi, une procédure « restrictions de liberté contention physique passive » a été élaborée en février 2019, sur la base des textes relatifs à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico sociaux (ANAES /FHF 2004, contentions physiques non psychiatriques).

⁹ En 2020, 101 mesures d'isolement ont été prises au sein de l'unité Dunes.

ôtant le cas exceptionnel. Pour les 44 patients isolés, sept ont eu huit mesures de contention (5 % des patients entrés et 16 % des patients isolés). Les durées de ces contentions vont de 22 à 269 heures pour une moyenne de 103 heures. Douze patients ont été isolés alors qu'ils étaient en soins libres.

24 isolements ont dépassé quarante-huit heures depuis le 1^{er} mai 2021 et ont fait l'objet d'une information au JLD. Pour ces 24 situations portées à la connaissance du JLD, quatre concernaient des patients encore en soins libres et qui auraient dû être placés en SSC.

Dans les établissements contrôlés actuellement par le CGLPL, la moyenne des patients isolés par rapport à la file active se situe à 14,5 % et 3,9 % pour la contention (chiffres des années 2018 et 2019), soit des chiffres inférieurs à ceux de l'unité des Dunes. Ils sont toutefois à relativiser puisque la particularité du CHB est de concentrer tous les SSC au sein de l'unité des Dunes. Au contraire, les moyennes nationales intègrent une majorité de service où les patients sont, pour au moins la moitié, en soins libres.

Ainsi, si on considère la file active globale d'entrée dans les trois unités de psychiatrie en 2021, soit 403 patients, le taux d'isolement n'est plus que de 11 % (44 patients isolés) et celui de contention de 1,7 % (7 patients), soit des taux inférieurs à la moyenne nationale.

Le registre de l'isolement et de la contention devrait faire l'objet d'une analyse régulière par les soignants.

6.4 LE CONSENTEMENT AUX SOINS N'EST PAS SUFFISAMMENT RECHERCHE

Les médicaments sont livrés chaque semaine depuis la pharmacie centrale en distribution nominative par patient pour une ou deux semaines. Les piluliers journaliers de traitement sont confectionnés par les IDE durant la nuit.

Les médicaments sont donnés dans la salle de soins, patient par patient et porte fermée, les autres attendant dans le couloir ; les deux unités ouvertes disposent de deux salles pour donner les médicaments simultanément ; une seule salle est utilisée au sein de l'unité Dunes mais avec une distribution effectuée par deux IDE.

Des séances d'éducation thérapeutique pourraient être organisées afin d'améliorer la compliance aux traitements et y associer les familles.

Le consentement au soin n'est pas systématiquement recherché lors de l'administration de traitements en phase de crise ou en cas de refus de traitement. En effet, des prescriptions de traitement injectable sont établies en « si besoin ». Or le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « si besoin » sans le consentement du patient.

RECOMMANDATION 18

La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.

Par ailleurs, la notion de personne de confiance est expliquée dans le livret d'accueil qui n'est plus distribué. Un affichage dans les unités permet d'en connaître l'existence.

Le formulaire de désignation comporte la signature du patient et de la personne de confiance. Néanmoins, les personnes de confiance ne sont que rarement associées aux soins et ne viennent pas signer leur désignation.

De plus, les directives anticipées affichées dans les unités ne sont pas encore utilisées pour déterminer le soin psychiatrique souhaité pour les moments de crise.

RECOMMANDATION 19

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la désignation de personnes de confiance et la mise en place de directives pour les moments de crise.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP COMPTE PEU DE MEMBRES ACTIFS MAIS JOUE SON ROLE ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

7.1.1 La CDSP

La CDSP est présidée par une représentante de l'association UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques). Trois personnes ont récemment démissionné et la CDSP est en attente de la désignation d'un nouveau psychiatre par la cour d'appel. Pour remplacer le médecin généraliste, qui a démissionné depuis un an, des annonces ont été déposées auprès du conseil de l'Ordre et une demande a été effectuée auprès des professionnels du CH de Saint Venant (Pas-de-Calais).

Pour exercer sa mission, la CDSP se déplace chaque année par groupe de deux ou trois dans les établissements du ressort. Au CHB, la personne en charge du bureau des SSC procède à un affichage dans les services et informe chaque patient, de sorte que huit à neuf personnes demandent à être reçues. Les rapports remis aux contrôleurs sont étayés et relatent les entretiens, le contrôle des registres de la loi et les diverses préconisations effectuées.

RECOMMANDATION 20

La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée conformément à l'article L 3223-2 du code de la santé publique et être mise en mesure d'exercer pleinement sa mission de contrôle.

7.1.2 La place des usagers (dont la CDU)

Un cadre du CHB a particulièrement la charge de la relation avec les usagers. Il reçoit les plaintes, assure une permanence téléphonique et peut être saisi par mail.

Un local peut aisément être mis à la disposition des associations des usagers et quatre-vingt-cinq associations sont en partenariat avec le CHB.

Au sein des unités de psychiatrie, des affichages exposent le rôle de la CDU et les coordonnées d'associations d'usagers. Les rapports de la CDU n'abordent pas de questions spécifiquement liées à la psychiatrie. Un participant à la CDU confirme recevoir très peu de demandes en provenance des services de psychiatrie et peu de plaintes de manière générale (100 plaintes environ par an pour l'ensemble du CHB). Le dialogue avec l'administration est constructif. Le médiateur de la CDU peut être rencontré et une réponse est adressée dans un délai maximum de 30 jours. La direction qualité rencontre la CDU une fois par an pour exposer les difficultés rencontrées.

Cependant, les usagers des unités psychiatriques ne sont pas directement sollicités pour participer aux instances et à la vie de l'établissement.

7.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction existe mais n'est plus systématiquement distribué. Il était auparavant glissé dans le livret d'accueil qui n'est plus remis.

En 2020, trente-quatre questionnaires ont été remplis en provenance du Large, quatre des Dunes et de la Vallée. De janvier à octobre 2021, seize questionnaires proviennent du Large et un seul de La Vallée. L'analyse de ces quelques retours montre un seuil de satisfaction élevé.

Lorsque le questionnaire relate une difficulté particulière dans un service ciblé, des explications sont demandées.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST TENU SANS RETARD MAIS N'EST PAS EN TOUS POINTS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Le registre de la loi est tenu sans retard par le service des SSC. L'agent en responsabilité de ce service depuis 2014 a bénéficié de plusieurs formations (modalités des informations du patient – sécurisation des procédures – à venir, isolement et contention) et est secondé depuis mai 2021 par un infirmier.

Un tableau de bord permet d'assurer le suivi des délais et le respect de la production des documents exigés par la loi.

Le registre de la loi, commun aux SDRE et aux SDDE – femmes et hommes confondus – est un cahier renseigné par date d'admission. Pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par intégration d'une fiche récapitulative incluant tous les certificats médicaux en format réduit. Ces registres ne sont pas dématérialisés. Ils sont visés par les autorités lors de leur passage : le registre en cours a ainsi été visé le 20 janvier 2021 par la CDSP et le 23 juin 2021 par le procureur de la République¹⁰

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné le registre en cours. Pour l'année 2021 jusqu'au 6 octobre inclus, y sont mentionnées quatre-vingt-quatorze admissions (trente-neuf femmes et cinquante-cinq hommes) parmi lesquelles huit SDRE (quatre sur arrêté provisoire du maire, trois par arrêté du préfet et un sur décision judiciaire), soixante-dix SDTU, trois SDT et un SPI. Le registre est globalement bien tenu. Lors d'admission en SPI, l'information à la famille est renseignée par l'identité de la personne contactée ou le refus du patient de donner l'information sur son hospitalisation. Sont en outre reproduits tous les documents relatifs au déroulement de la mesure des SSC (arrêtés du représentant de l'Etat, certificats médicaux initiaux, des 24 et 72 heures, certificats mensuels, programmes de soins, décision du JLD).

En revanche le registre ne comporte pas la copie des décisions du directeur (admission, maintien, levée) ni la mention des dates de notification des différentes décisions (admission, maintien, ordonnance du JLD quand le patient non comparant à l'audience n'a pas reçu notification par le juge), des droits, voies de recours et garanties contrairement aux dispositions de l'article L 3212-11 du code de la santé publique.

Il ressort en outre de l'examen des registres que : comme les arrêtés et décisions d'admission, les certificats médicaux ne sont pas horodatés rendant impossible toute vérification quant au respect des délais ; les décisions du directeur ne sont pas motivées (cf. § 3.3.2) ; les certificats médicaux initiaux, émanant très majoritairement des urgences, sont peu descriptifs sur les troubles et l'absence de consentement au soins et, s'agissant des SPI, insuffisamment détaillés

¹⁰ Le procureur de la République ou son substitut se déplace une fois par an. Le JLD est venu pour la première fois le 23 juin 2021 à la demande de l'établissement notamment pour évoquer la nouvelle procédure concernant l'isolement et la contention.

sur « le péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers ».

Pour toutes les mesures, les certificats des 24h et 72h sont rédigés par des médecins différents et sont bien circonstanciés. Les avis motivés sont explicites et actualisés. Les certificats mensuels ne comportent que peu de « copier-coller » excepté dans le cas de programmes de soins en place depuis de nombreuses années.

Les certificats médicaux ne comportent aucune mention quant à l'information donnée au patient sur ses droits et voies de recours et ne font pas état du recueil de ses observations (cf. § 3.3.2).

Les passages en programme de soins sont en général retranscrits dans le registre, mais le contenu dudit programme n'y figure pas toujours.

Il ressort enfin de l'examen des registres que les durées d'hospitalisations sont relativement brèves : sur les quatre-vingt-quatorze hospitalisations intervenues entre le 1^{er} janvier et le 6 octobre, vingt-sept ont été levées avant le 12^{ème} jour (délai de comparution devant le JLD)¹¹; trente l'ont été dans le mois de l'admission, seize à moins de deux mois et une à moins de trois mois. Trois mainlevées ont été ordonnées par le JLD dans le cadre d'un recours facultatif.

RECOMMANDATION 21

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner les dates de notification des décisions d'une part, des droits et voies de recours et garanties, d'autre part. Les certificats médicaux comme les décisions d'admissions, du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

7.3 LE CONTROLE DU JLD SE FAIT AU SEIN DU TRIBUNAL ET SOUVENT HORS PRESENCE DU PATIENT

Depuis sa création, le poste budgétaire de JLD au tribunal judiciaire de Boulogne-sur-Mer n'a jamais été pourvu de sorte que la charge de ce service – tant pour le pénal que pour le civil (contentieux des étrangers et des soins sans consentement) est assurée par cinq magistrats (tous vice-présidents) outre le président de la juridiction qui tient majoritairement les audiences de soins sans consentement.

7.3.1 Organisation de l'audience

L'agent responsable du service des SSC avise le JLD de toute nouvelle admission. Lorsque ce magistrat doit se prononcer sur la poursuite de l'hospitalisation complète, le service des SSC s'assure de la réception de tous les certificats médicaux et notamment de l'avis motivé puis prépare la requête valant saisine du juge. Une fois signée par le directeur, la requête est adressée au greffe du JLD par télécopie accompagnée des pièces du dossier du patient ainsi que des coordonnées du tiers et du tuteur ou curateur. Une mention spécifique est faite lorsque le patient ne maîtrise pas la langue française afin que le greffe du JLD convoque un interprète. Le greffe renvoie par télécopie une convocation pour l'audience laquelle est portée à la connaissance du patient par l'agent du service des SSC. Lors de cet avis, une explication est donnée au patient sur le déroulement et les finalités de l'intervention du juge et les documents transmis par le JLD

¹¹ Dont 6 mesures dans les 24 heures, 4 dans les 48 heures, 7 dans les 72 heures, 3 le 5^{ème} jour, 4 entre le 6^{ème} et le 7^{ème} jour, 2 entre le 8^{ème} et le 10^{ème} jour.

(information sur l'assistance d'un avocat et sur les voies de recours) lui sont remis. Le service des SSC prend contact avec le tiers pour l'informer de la date d'audience et lui en expliquer les finalités.

Les relations entre le service des SSC et le greffe du JLD sont de qualité. La liste des pièces à transmettre avec la saisine a été élaborée en accord avec le JLD. Il peut arriver, notamment pour les audiences de renouvellement de mesure lorsque le certificat mensuel est ancien, que le JLD sollicite un nouveau certificat médical pour actualiser la situation du patient.

L'absence de JLD statutaire à laquelle s'ajoute une compétence couvrant trois établissements psychiatriques (Boulogne-sur-Mer, Calais et Montreuil-sur-Mer) a conduit les chefs de juridiction successifs à maintenir les audiences au sein du tribunal. L'installation d'une salle d'audience en ses murs n'est d'ailleurs pas revendiquée par le CHB aux motifs de l'absence de locaux suffisants pour se faire et de la faible distance (deux kilomètres) le séparant du tribunal.

RECOMMANDATION 22

Conformément à la loi, l'audience du JLD doit se tenir dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise du centre hospitalier.

Le transport vers le tribunal, qui dure une dizaine de minutes, est effectué en véhicule sanitaire léger. Les jours d'audience, une équipe de deux IDE, dont le chauffeur, est prévue pour les accompagnements, équipe portée à trois quand plusieurs patients sont convoqués le même jour. Les contrôleurs ont pu accompagner une patiente lors de l'audience du JLD du mardi 5 octobre.

7.3.2 Déroulement de l'audience

Les audiences se tiennent potentiellement les mardi et vendredi. Une salle, équipée informatiquement, située à côté du greffe est dédiée aux audiences ; celles-ci peuvent toutefois se tenir dans une salle plus spacieuse notamment lorsqu'elles sont tenues par le président du tribunal. L'attente se fait dans le couloir à proximité immédiate du greffe et une pièce est réservée aux entretiens patients-avocats.

A l'audience, le magistrat et le greffier sont en civil tandis que l'avocat porte la robe.

Les tiers demandeurs à la procédure sont entendus par le juge quand ils se présentent, ce qui est rare. Les tuteurs ou curateurs, également convoqués, ne se déplacent pas mais envoient parfois des observations écrites.

Un noyau d'avocats, en charge des victimes dans le cadre de la permanence pénale, intervient sur le contentieux des soins sans consentement. Ces avocats sont tous volontaires et formés sur le terrain, aucune séance spécifique n'étant dispensée par le barreau. L'intervention de l'avocat est prise en charge dans le cadre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources.

Lorsque le patient est présent, les décisions sont le plus souvent rendues à l'issue de l'audience ; la décision est alors notifiée au patient par le juge, une copie lui est remise ainsi qu'à son avocat et une autre est envoyée au centre hospitalier. Lorsque des nullités de procédure sont soulevées, quand le patient risque de mal réagir ou qu'il n'a pas comparu, la décision est prise en différée (dans l'après-midi) et est envoyée par le greffe au service des SSC. Celui-ci se rend dans l'unité pour la notifier au patient.

Selon le président du tribunal rencontré lors de l'audience, nombreux sont les patients qui ne comparaissent pas, information confirmée par les éléments statistiques remis par le service des

SSC : en 2020, sur soixante-neuf patients convoqués devant le JLD, seuls dix-sept ont comparu à l'audience ; du 1^{er} janvier au 5 octobre 2021 inclus, sur cinquante-huit patients convoqués, vingt seulement étaient présents à l'audience. Les contrôleurs n'ont pu distinguer parmi ces patients le nombre de ceux ayant refusé de comparaître de ceux pour lesquels un certificat médical (CM) d'incompatibilité a été établi. Selon les soignants questionnés sur cette question, « *ce n'est pas le tour en voiture qui pose un problème mais la peur du JLD. Les patients n'aiment pas l'idée de rencontrer un juge car ils disent n'avoir rien fait* ». L'examen du dossier d'un patient hospitalisé dans l'unité La Vallée est cependant de nature à s'interroger sur la délivrance trop facile ou rapide d'un certificat d'incompatibilité dans la mesure où ce patient, convoqué à l'audience du 5 mai 2021, n'a pas comparu, un CM attestant d'un état de santé incompatible avec la comparution devant le juge, alors même qu'il avait bénéficié d'une permission de sortie la veille (4 mai) et a eu une permission le 8 mai suivie de deux permissions d'une journée les 12 et 15 mai 2021.

7.3.3 Les décisions

a) L'audience contradictoire

Selon les données statistiques fournies par le tribunal, l'activité du JLD est en hausse : 199 saisines durant les neuf premiers mois de 2021 contre 255 durant l'année 2020 (dont respectivement 79 et 83 pour le CH de Boulogne). Les décisions ordonnant la poursuite de la mesure d'hospitalisation sont très largement majoritaires et les mainlevées sont rarement décidées avec effet différé¹².

Les décisions ne sont que très rarement frappées d'appel : aucun en 2020, un en 2021 (décision de la cour non connue à la date du contrôle).

S'agissant des deux décisions de mainlevées de la mesure intervenues en 2021 : pour un patient admis en SDT le 21 mai 2021, le JLD saisi par le patient a ordonné le 24 juin la mainlevée de l'hospitalisation complète avec effet différé à 24 heures pour permettre l'établissement d'un programme de soins aux motifs que « *l'état de santé de l'intéressé ne justifie plus son maintien sous le régime de l'hospitalisation sous contrainte* » ; pour une patiente admise en SDRE le 19 juillet 2021 suivant arrêté du maire puis arrêté du préfet, le JLD a ordonné la levée de mesure au motif qu'aucun certificat médical circonstancié justifiant de l'état de santé de la patiente n'a été établi, « *irrégularité faisant nécessairement grief à la patiente en ne lui permettant pas de bénéficier de formalités substantielles destinées à justifier de l'hospitalisation* ».

b) Le contrôle des isolements et contention

Depuis mai 2021, les mesures d'isolement dépassant quarante-huit heures font l'objet d'une information systématique du JLD par l'envoi de deux documents : un « *courrier d'information isolement/contention* » signé par le patient et un document signé par le médecin intitulé « *information au juge des libertés et de la détention relative à une mesure d'isolement et ou de contention* ».

¹² Pour soixante-dix-huit décisions rendues en 2020, soixante-seize ont ordonné la poursuite de la mesure et une a demandé une expertise ; entre le 1^{er} janvier et le 5 octobre 2021, cinquante-huit ordonnances ont été rendues parmi lesquelles cinq rejetant une demande de mainlevée, trois constatant la levée de la mesure et deux ordonnant la mainlevée de l'hospitalisation.

Vingt-quatre isolements ont dépassé quarante-huit heures et ont fait l'objet d'une information. Parmi eux, quatre concernaient des patients encore en soins libres qui auraient dû être placés en SSC. Le JLD n'a pourtant demandé des explications que pour une situation.

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS L'ABSENCE DE REPRISE DE REUNIONS CLINIQUES DEPUIS LA CRISE DE LA COVID-19 EMPECHE LA CONSTRUCTION D'UN PROJET DE SOIN INDIVIDUALISE

8.1.1 Les pratiques psychiatriques

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers et fréquents avec un médecin psychiatre. Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours présent en journée. Un des médecins est de garde de 8h30 à 18h30 sur l'ensemble de la psychiatrie et des services de médecine du CH et une astreinte est tenue par un des médecins de 18h30 à 8h30 pour les urgences et la psychiatrie. Les internes de psychiatrie participent au tour de garde mais sont alors doublés par un senior d'astreinte.

Les médecins des deux secteurs suivent leurs patients en intra et extra hospitalier, indistinctement des unités dans lesquelles ils sont hébergés. Les consultations de psychiatre s'effectuent en présence d'un infirmier.

Des réunions cliniques avaient lieu pour toutes les unités chaque lundi, associant l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, généraliste. Depuis le début de la pandémie de Covid-19, ces réunions ne se tiennent plus, ce qui empêche l'étayage scientifique des équipes et le travail pluridisciplinaire indispensable à la prise en charge globale des patients, d'autant qu'il n'y a pas encore, comme prévu dans le projet médico-soignant, de médecin référent dans chaque unité.

Il n'y a plus véritablement de projet de soins individualisé, discuté lors de réunions collégiales et proposé au patient en recherchant son consentement.

De même, il n'y a plus de réunion institutionnelle à l'échelle du pôle pour évoquer les difficultés de prise en charge ou échanger autour de certaines pratiques.

RECOMMANDATION 23

Des réunions cliniques hebdomadaires doivent être tenues afin de définir un projet de soin individualisé pouvant être proposé au patient en recherchant son consentement.

Les tâches des IDE sont déterminées chaque matin et tiennent compte des affinités des uns et des autres ; cependant, faute d'organisation formalisée, la surveillance comme le développement d'activités pour les patients au sein de l'unité ne sont faites que par défaut lorsque les autres tâches sont terminées (cf. 8.1.3).

Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps réservé. Des réunions associent régulièrement les équipes intra et extra hospitalières pour préparer les sorties des patients.

Il n'y a pas des réunions soignants-soignés.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale et des consultations associant le patient et sa famille sont réalisées.

8.1.2 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Le projet médico-soignant du pôle de psychiatrie, s'il aborde peu le fonctionnement des unités intra hospitalières, mentionne le souhait de réduire les hospitalisations au long cours en développant l'ambulatoire. Huit places d'accueil familial thérapeutique sont à disposition ainsi que seize appartements associatifs (avec le bailleur Habitat du littoral), cinq supplémentaires étant programmés avec Logis 62. Ces appartements sont des studios ou T2 pouvant accueillir une à deux personnes, sans possibilité de bail glissant. Les affectations au sein de ces appartements font l'objet d'une décision par une « commission d'appartement » qui réunit les soignants et l'association de gestion des activités thérapeutiques et d'animation des loisirs (AGATHAL).

Ces possibilités limitent les situations de personnes maintenues en hospitalisation par manque de structures adaptées. Au moment du contrôle, deux patients sont néanmoins hospitalisés alors même que leurs besoins de santé relèvent d'autres prises en charge (dont une jeune femme de 34 ans placée en chambre d'isolement depuis quinze jours, souffrant d'un autisme déficitaire avec automutilation).

Deux personnes sont hospitalisées depuis plus de 20 ans. Une, en soins libres, avait intégré une structure d'accueil thérapeutique mais s'est trouvée en échec et a été réintégrée. Une autre est retenue en SDRE après une déclaration d'irresponsabilité pénale en application de l'article 3213-7 du code de la santé publique.

8.1.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

De nombreuses salles d'activités permettent le développement de l'ergothérapie, de l'art-thérapie, de la musculation, de groupes de parole. Les activités s'effectuent par groupe de deux à six personnes, uniquement sur prescription médicale, ce qui retarde leur mise en œuvre.

Elles sont accessibles indistinctement aux patients des unités ouvertes ou fermées. Au moment du contrôle, pour 103 rendez-vous de patients dans la semaine ayant suivi une séance (parfois un patient est compté pour plusieurs rendez-vous), 22 concernaient des patients de l'unité fermée et cinq de ces 22 patients avaient bénéficié d'une séance réalisée au sein même de l'unité Dunes.



Salle d'ergothérapie

Des sorties thérapeutiques sont organisées les mardi et jeudi par l'animatrice des activités physiques adaptées.

Le programme de toutes les activités n'est pas affiché ou diffusé et seul un programme individuel est donné au patient, après organisation par les thérapeutes.

Hors activité encadrée, la cafétéria comprend une table de billard et dispose, dans son hall d'accueil, d'une table de ping-pong et d'un baby-foot.

Au sein des unités, peu d'activités sont à disposition en dehors des salons de télévision, du baby-foot et du ping-pong.

Au moment du contrôle, les patients de l'unité fermée ont rapporté s'ennuyer et bénéficier trop peu des installations thérapeutiques. Par exemple, la salle de sport, fermée à clé, n'a pas été utilisée de toute la semaine.

Ainsi, les activités thérapeutiques ne sont pas suffisamment intégrées au projet de soins et le sont tardivement.

Par ailleurs, faute de formalisation claire des tâches des IDE, le développement d'activités pour les patients ne sont faites que par défaut lorsque les autres tâches sont terminées.

Pourtant, grâce à l'association AGATHAL, toutes les unités disposent d'un budget pour les activités : repas thérapeutiques, sorties, expositions, etc.

RECOMMANDATION 24

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent être diversifiées et intégrées dans le projet de soins des patients. Une formalisation de la répartition des tâches infirmières permettrait de développer les activités animées par des IDE au sein de chaque unité.

8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES AVEC DYNAMISME

8.2.1 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés par un médecin généraliste (0,8 ETP) et, en son absence, par les urgentistes et spécialistes du CHB. Les urgences survenant la nuit et les fins de semaine sont assurées par le psychiatre de garde qui appelle, en tant que de besoin, ses confrères spécialistes ou les urgentistes.

Outre une consultation systématique lors de l'admission (dans les vingt-quatre à quarante-huit heures), le médecin généraliste répond à toutes les demandes d'examens dans les trois unités et vient examiner les patients admis en chambre d'isolement. Il s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place. Il travaille en lien avec la diététicienne du CH et assure le suivi des dépistages comme celui du cancer du sein ou du colon. Il gère également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein du CH et aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée. Il a procédé à la vaccination contre la Covid-19 de tous les patients volontaires.

Les soins d'addictologie sont dispensés par le service d'addictologie du CH qui dispose de médecins, psychologues et infirmiers. Il n'existe cependant pas d'équipe de liaison et de soins en addictologie pouvant apporter aux équipes soignantes un appui spécialisé sur ces questions.

8.2.2 Les traitements

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par sept pharmaciens (6,3 ETP) pour l'ensemble de l'établissement y compris ses établissements médico-sociaux. Il n'y a pas d'interne en pharmacie au moment du contrôle (malgré l'agrément) mais deux externes.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et la conciliation médicamenteuse n'est pas développée en psychiatrie (elle l'est aux urgences). Un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit régulièrement (au moins trois fois par an) sous la présidence d'un pharmacien et les médecins y participent.

300 à 400 ordonnances complètes sont analysées et validées par les pharmaciens chaque jour et 100 % des prescriptions bénéficient d'une validation pharmaceutique. Environ 10 % font l'objet d'une intervention et aucun refus de médecin n'est indiqué sur les demandes de modifications des pharmaciens. L'absence d'informatisation du dossier médical de psychiatrie empêche toutefois les pharmaciens de pouvoir prendre connaissance des antécédents des patients.

Les pharmaciens assurent à tour de rôle une astreinte toutes les nuits et une présence physique au CH le samedi et le dimanche.

8.3 LA SORTIE DES PATIENTS EST EFFICACEMENT PREPAREE ET ACCOMPAGNEE

8.3.1 La préparation de la sortie

La sortie est préparée par la levée progressive des restrictions prescrites (accès au téléphone, au self ou à la cafétéria, activités et sorties thérapeutiques, etc.) et, surtout, par la délivrance de permissions de sortie – accompagnées ou non – d'une durée, progressivement relevée, de douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures. Sorties qui, s'agissant des patients admis en SDRE, ne suscitent pas, en règle générale, d'opposition de l'autorité préfectorale. Ces étapes aboutissent souvent, avant la levée de la mesure de SSC, à l'admission du patient dans les unités de soins libres, lesquelles constituent alors un « sas » de transition avec l'extérieur – d'autant plus utile que les patients restent suivis par le même médecin dans chaque unité. Dans la même logique, des infirmiers et psychologues du CMP, avec lequel les liens sont étroits, viennent directement au sein du service afin de préparer le suivi dont ils auront la charge, le cas échéant, lorsque l'hospitalisation prendra fin.

C'est en particulier le cas lorsque sont mis en place des suivis en programme de soins, dont huit patients faisaient l'objet lors de la visite (parmi lesquels cinq étaient en SDRE, étant noté que le préfet n'a pas systématiquement demandé de second avis médical avant de prendre son arrêté de changement de forme de la prise en charge). Si certains suivis apparaissent anciens – trois patients étant en programme de soins depuis plus de trois ans –, ils sont utilisés, conformément à la loi, comme de réelles alternatives à l'hospitalisation. Les certificats médicaux nécessaires sont renouvelés chaque mois et le collège des professionnels, qui s'est réuni cinq fois au cours des mois de janvier à octobre 2021, rencontre effectivement le patient concerné.

8.3.2 L'accompagnement de la sortie

La sortie du patient est accompagnée par les deux assistants sociaux du service qui se montrent particulièrement disponibles et impliqués (comme l'a montré le rôle majeur qu'ils ont joué durant le confinement du printemps 2020, lorsque certaines associations tutélaires ont arrêté de

se déplacer¹³). De fait, ils suivent ou ont suivi, à la date de la visite, dix-sept des vingt-deux patients de l'unité des Dunes.

Outre leur aide dans l'exercice de nombreuses démarches administratives et l'organisation de visites à domicile, ils œuvrent à permettre le maintien à domicile des patients sortants ou recherchent des places dans des structures médico-sociales de prise en charge d'aval, notamment en appartements associatifs ou en accueil familial thérapeutique (cf. 8.1.2).

Les tuteurs, curateurs et familles sont associés le plus étroitement possible, de même que le CMP.

8.3.3 Les conditions matérielles de la sortie

La sortie est facilitée par les conditions concrètes dans lesquelles elle s'effectue. Trois points, en particulier, méritent d'être soulignés : d'une part, le fait que le patient est autorisé à quitter l'établissement à l'heure qui l'arrange le mieux, quelle qu'elle soit, et non à celle qui facilite l'organisation administrative du service ; d'autre part, le médecin traitant et, le cas échéant, le CMP, sont prévenus de la sortie du patient par le service lui-même ; enfin, le patient se voit remettre, en cas de sortie en dehors des horaires d'ouverture des pharmacies, un traitement de « dépannage ».

BONNE PRATIQUE 5

Les patients sont autorisés à quitter l'établissement, lors de la levée de la mesure, à l'heure qui leur convient le mieux, et non à celle qui facilite l'organisation administrative du service.

Il convient d'indiquer que le développement du wifi et de l'utilisation d'Internet par les patients pourrait faciliter la préparation de la sortie, comme l'accès aisé au téléphone y participe déjà. Pour les patients les plus démunis, une formation à l'utilisation d'Internet pour les démarches administratives devrait être proposée.

¹³ Les personnes sous mesure de protection ne recevaient plus d'argent et une mobilisation en interne a conduit notamment l'association AGATHAL à avancer 1 500 euros pour le tabac. Le cadre supérieur de santé a alerté le juge des tutelles.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DE MINEURS DE PLUS DE 16 ANS EST FREQUENTE MAIS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION PARTICULIERE

Des mineurs de 16 à 18 ans¹⁴ sont régulièrement accueillis en psychiatrie adulte, généralement au sein de l'unité Le Large. Au début du contrôle, trois mineures étaient présentes, deux en fin de contrôle. De janvier à septembre 2021, deux garçons mineurs ont été hébergés (chacun pour un séjour) et trente-quatre séjours ont concerné des mineures, sans possibilité de dire combien de personnes ont été accueillies, certaines effectuant plusieurs séjours. Plus largement, il y a deux mois, sept à huit personnes avaient moins de 25 ans.

Les mineurs n'entrent jamais en psychiatrie en SDRE et il est très rare qu'une ordonnance de placement émane d'un juge des enfants. Les accueils se réalisent essentiellement par signature d'une autorisation de soins décidée par les titulaires de l'autorité parentale et aucune mesure d'isolement ou de contention n'aurait concerné un mineur.

Les équipes sont parfois déroutées par le comportement imprévisible de jeunes ayant connu de multiples placements et/ou ruptures. Une supervision d'équipe sur les personnalités difficiles avait réuni pendant deux ans les unités du Large et des Dunes autour d'une psychologue. Un professionnel explique qu'avant de proposer une hospitalisation, il pèse les avantages et inconvénients, notamment en fonction du public majeur déjà accueilli.

La question du suivi des adolescents est abordée dans le projet de service médico-soignant du pôle de santé mentale pour les années 2019-2024 sans pour autant qu'une réflexion d'ensemble soit entreprise. Il est proposé d'organiser la continuité des prises en charge entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, d'individualiser les modes de prise en charge du jeune hospitalisé ou accompagné en psychiatrie, de développer les liens avec les structures existantes notamment les structures de pédopsychiatrie de l'IDAC. Il est indiqué pour l'unité Le Large : améliorer l'accueil du jeune, notamment en le positionnant près du PC ; évaluer sur six mois le nombre des jeunes accueillis.

Concrètement, rien n'est clairement protocolisé.

L'examen des documents intitulés « *autorisation parentale de soins sur mineur* » montre que si l'institution sait qu'elle doit préserver la place des parents, la signature des titulaires de l'autorité parentale n'est pas systématiquement demandée¹⁵. Si, dans l'urgence, il peut être compris que le parent accompagnant soit seul signataire, il convient ensuite de demander au second titulaire de l'autorité parentale de régulariser le document en le signant à son tour ou en exprimant son refus.

Les mineurs de plus de 16 ans doivent également être officiellement consultés et pouvoir exprimer leur accord ou refus.

¹⁴ Dans le ressort du GHT, l'institut départemental Albert Calmette de Camiers accueille des mineurs de moins de 16 ans. Au CHB, une astreinte de pédo psychiatrie est en place et un mineur de moins de 16 ans pourrait être pris en charge en urgence dans les services de pédiatrie.

¹⁵ Concernant les trois mineures accueillies au jour du contrôle, pour l'une d'entre elles, sa mère a signé sans certitude qu'elle soit titulaire de l'autorité parentale et pour les deux autres, malgré une autorité parentale conjointe, seul un titulaire a apposé sa signature.

RECOMMANDATION 25

Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie sur demande parentale, l'autorisation de soins doit être signée par tous les titulaires de l'autorité parentale. Un mineur a également le droit de participer à la prise de décision d'admission en soins psychiatriques le concernant et son consentement à la mesure doit être effectivement recherché.

Au quotidien, les mineurs côtoient les majeurs, ce qui est une difficulté connue de tous. Une mineure l'exprime d'ailleurs clairement : « *je suis encore un enfant et les autres sont des adultes, on est un peu en décalage* ». Les professionnels font comme ils le peuvent pour gérer cette situation. Ils disent redoubler de vigilance mais ne peuvent pas proposer de protection, d'activité ou de prise en charge spécifique. La position du CGLPL est que les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés en santé mentale avec des adultes et que leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

RECOMMANDATION 26

Les mineurs de 16 à 18 ans doivent être pris en charge dans une unité d'accueil spécifique.

9.2 LES PATIENTS DETENUS SONT PRESQUE TOUJOURS PLACES EN ISOLEMENT ET RESTREINTS DANS L'EXERCICE DE LEURS DROITS

L'établissement peut être amené à accueillir des détenus en provenance du centre pénitentiaire de Longuenesse (Pas-de-Calais) mais leur nombre est très limité : aucun en 2020, trois en 2021 (en réalité deux, un même détenu ayant été hospitalisé à deux reprises). L'admission, annoncée et préparée par l'ARS, s'effectue toujours dans l'unité fermée.

Dans la très grande majorité des cas, les patients détenus sont isolés, mais parfois dans une chambre normale (l'une des cinq chambres les plus proches du PC infirmier pour les patients à haut risque). Si le motif de l'admission est une tentative de suicide, le patient est mis en pyjama anti-suicide. Dans les autres cas, dès lors que le patient est mis en isolement, la mise en pyjama est systématiquement prescrite, il est procédé à une vérification stricte de ses affaires (poches fouillées et retournées, coutures des vêtements vérifiées) et le tabac est interdit ; une prescription de substitut nicotinique (patch) est systématiquement proposée. En revanche, ces restrictions (pyjama et tabac) ne sont pas imposées au patient détenu hébergé en chambre normale et non placé en isolement (situation très rare).

La durée de passage à l'hôpital n'excède guère cinq jours, des patients détenus étant généralement en transit avant un départ hypothétique pour l'UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) de Seclin (Nord). Néanmoins, durant ces quelques jours, ils ne peuvent recevoir ni visite, ni appel téléphonique ni courrier, contrairement aux droits dont ils bénéficient en détention.

L'absence de toute relation entre l'administration pénitentiaire et le centre hospitalier et de tout contact officiel avec le service médico-psychologique régional (SMPR) de Lille (Nord) entraîne un défaut de passage d'information sur la situation personnelle, familiale et sanitaire de la personne admise. A noter que la signature d'une convention établie par la DISP de Lille en 2019 a été refusée par le CHB au motif qu'il n'avait pas été associé à la rédaction du texte.

RECOMMANDATION 27

Pour préserver les droits fondamentaux des personnes détenues hospitalisées, la signature d'une convention entre l'administration pénitentiaire et le centre hospitalier s'impose afin de régler les modalités de prises en charge des détenus et de transmission des informations relatives à l'état psychiatrique du patient, à sa situation pénale, aux droits exercés en détention (visites, courrier, téléphone, activités, etc.).

10. CONCLUSION

Si des ajustements sont nécessaires dans certains domaines, le présent rapport souligne également de bonnes pratiques. La prise en charge des patients est de qualité et les droits de ceux-ci sont globalement respectés.

Les professionnels rencontrés ont fait preuve d'attention, d'ouverture à la discussion et à la critique. Ils expriment le souhait d'améliorer leurs pratiques. Les services fonctionnent en bonne coopération et dans une ambiance sereine.

Il faut souhaiter que les unités psychiatriques du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer puissent maintenir dans la durée cette qualité de travail et mettre en place de nouveaux projets adaptés à l'évolution du public soigné, notamment en direction des mineurs de 16 à 18 ans.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr