



Rapport de visite :

2 au 12 décembre 2019 – Première visite
Etablissement public de santé
mentale de l'agglomération
lilloise

(Nord)

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont visité l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise entre le 2 et le 12 décembre 2019.

Un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, au directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, au président du tribunal judiciaire de Lille ainsi qu'au directeur de cabinet du préfet du Nord. Les observations formulées par la direction de l'établissement et par la procureure du tribunal judiciaire de Lille ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport. Il convient de préciser que l'établissement a d'ores et déjà tenu compte d'une partie des recommandations émises par le CGLPL. Ainsi, des mesures visant à améliorer notamment les modalités de connaissance et d'exercice des droits des patients ont été mises en place. Elles sont mentionnées dans le rapport.

L'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL) intervient sur le ressort de l'arrondissement de Lille, soit une population d'environ 540 000 habitants. Il regroupe huit secteurs de psychiatrie générale et trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile. Il fait partie d'un groupement hospitalier territorial (GHT) destiné à la psychiatrie.

L'EPSM-AL est réparti géographiquement sur deux sites distincts : la clinique de psychiatrie de Lille située à Saint-André-Lez-Lille, site principal (également dénommé site Lommelet ou pôle lillois) et l'hôpital Bonnafé implanté en plein cœur de la ville de Roubaix. Il est organisé en pôles, chacun correspondant à un secteur, qui disposent de moyens identiques bien que la population desservie soit inégale. L'établissement pâtit de l'absence d'une politique coordonnée, qui se traduit notamment par des approches médicales et des fonctionnements différents au sein des deux sites, pouvant nuire à la prise en charge des patients et induire des inégalités de traitement. La communauté médicale envisage une reconfiguration polaire qui sera déclinée dans le futur projet d'établissement en cours de réflexion lors de la visite du CGLPL.

La structure compte donc au total 332 places d'hospitalisation à temps complet, quarante places en maison d'accueil spécialisée ainsi que des structures ambulatoires. L'EPSM-AL comprend également une clinique pour adolescents, récemment reconstruite, accueillant des mineurs âgés de 12 à 16 ans. Les mineurs âgés de plus de 16 ans sont, dans leur majorité, pris en charge dans les unités d'hospitalisation pour adultes. Cette population fait l'objet d'une attention particulière de la part des soignants. Il n'en demeure pas moins que le nombre de mesures d'isolement – 118 en 2018 – est élevée et doit conduire la communauté médicale à s'interroger. Le CGLPL rappelle que l'isolement d'un adolescent ou d'un enfant doit être évité par tout moyen.

L'établissement a développé un dispositif extra hospitalier important afin de proposer aux patients des alternatives à l'hospitalisation. A cet égard, la file active des patients en soins sans consentement est suivie, dans sa majorité, en milieu extra hospitalier. Il convient également de souligner la mise en place de projets novateurs au travers d'un dispositif intersectoriel étoffé. En témoigne le centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA), adossé au service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint-Vincent de Lille. Il joue un rôle essentiel en limitant les admissions en soins sans consentement au cours de la période d'observation durant laquelle l'adhésion aux soins est recherchée. Ainsi donc, 60% des admissions en soins sans consentement sont levées dans les 72 heures qui suivent la procédure d'admission.

De même, les soins prodigués dans les unités visent à limiter la durée d'hospitalisation des patients admis en soins sans consentement. Les patients bénéficient d'un suivi médical régulier

grâce à la présence quotidienne des médecins et les familles sont associées à la prise en charge. Des sorties de courte durée sont accordées dans les plus brefs délais, y compris pour les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat. Enfin, les unités sont étroitement articulées avec les structures extra hospitalières et des solutions de réinsertion pour les patients chroniques sont identifiées.

La communauté médicale a engagé une réflexion institutionnelle sur de nombreux thèmes en vue d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients mais certaines pratiques, relevées par le CGLPL, contreviennent à la philosophie humaniste des soins prônée au sein de cet établissement.

Ainsi donc, la liberté d'aller et venir est très limitée en raison de préoccupations sécuritaires qui priment sur le droit à la liberté de circulation des patients. Au moment de la visite, toutes les unités d'hospitalisation étaient fermées. Le CGLPL rappelle qu'aucune disposition législative n'impose l'enfermement pour les patients admis en soins sans consentement. La liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement devant être la règle. En outre, les patients admis en soins libres ne peuvent être hébergés dans des unités fermées. La direction a, depuis la visite, engagé une réflexion et des expérimentations ont été initiées dans certaines unités. Cependant elles n'ont pas encore donné lieu, jusqu'à présent, à l'ouverture définitive des unités.

Enfin, dans le cas d'indisponibilité d'une chambre d'isolement, un protocole élaboré par la communauté médicale prévoit le recours à l'isolement associé à une mesure de contention systématique en chambre ordinaire. Depuis la visite du CGLPL, l'établissement s'est engagé à mettre fin à cette pratique attentatoire aux droits fondamentaux. Il n'en demeure pas moins que le nombre de mesures d'isolement pratiquées dans un espace spécifique est élevé et doit interpeller l'ensemble des professionnels de santé.

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 23

Le patient peut demander un bulletin de situation d'hospitalisation qui ne fait pas mention de son séjour dans un établissement de santé mentale.

BONNE PRATIQUE 2 57

La mise en place d'une conférence téléphonique quotidienne pilotée par le centre psychiatrique d'accueil et d'admission associant l'ensemble des structures intra et extra hospitalières des secteurs lillois de l'établissement constitue indéniablement un lieu d'information et d'échanges sur les patients en situation de crise. Ce dispositif renforce l'alliance thérapeutique et évite des hospitalisations non justifiées.

BONNE PRATIQUE 3 60

L'espace d'apaisement mis en place au secteur G22 est un dispositif qui mériterait d'être élargi à l'ensemble des secteurs.

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 16

Afin d'optimiser la prise en charge des patients, des modules de formation portant sur la consolidation des savoirs en psychiatrie et les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 doivent être systématiquement dispensés à l'ensemble du personnel soignant.

RECOMMANDATION 2 18

La recherche d'un tiers pour les patients admis en soins pour péril imminent doit se poursuivre durant leur hospitalisation afin de favoriser leur compliance aux soins et de garantir leurs droits.

RECOMMANDATION 3 20

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet doivent être motivés afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui ont présidé au placement du patient en soins sans consentement doivent être joints aux décisions administratives et portés à sa connaissance.

RECOMMANDATION 4 36

L'octroi aux patients hospitalisés en soins sans consentement d'autorisations de sortie de courte durée ne doit être fonction que de l'appréciation médicale de leur état clinique. L'autorité préfectorale ne peut s'abstenir ou refuser d'y donner suite pour d'autres motifs non personnalisés.

RECOMMANDATION 5 37

Les modalités d'intervention du collège des professionnels de santé doivent faire l'objet d'une protocolisation permettant d'en assurer la légalité et l'harmonisation. Dans tous les cas, le collège doit se réunir formellement et recevoir le patient afin de recueillir ses dires et observations

préalablement à l'édition de son avis. Ce protocole gagnera à rappeler le rôle de ce collègue et à être porté à la connaissance de l'ensemble des équipes soignantes.

RECOMMANDATION 6 40

Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, les maires des communes de Lille, de Roubaix et de Saint-André-lez-Lille doivent visiter périodiquement l'établissement.

RECOMMANDATION 7 41

Les patients en soins libres ne doivent pas être hébergés dans des unités fermées. Par ailleurs, le principe d'enfermer les patients en soins sans consentement n'est pas prévu par les textes de loi. Une réflexion institutionnelle, portant sur l'ouverture des unités, doit être engagée.

RECOMMANDATION 8 42

Les modalités de sortie d'un patient doivent être définies dans son contrat de soins. Les patients en soins libres doivent être à même de sortir de l'établissement par un simple signalement auprès du personnel de l'unité sans avoir à solliciter systématiquement une autorisation préalable.

RECOMMANDATION 9 42

Les sorties dans le parc doivent être favorisées pour les patients admis en soins sans consentement qui ne sont pas autorisés à sortir seuls.

RECOMMANDATION 10 43

Il convient de mettre un terme à la fouille des vêtements et au port du pyjama pour des motifs sécuritaires.

RECOMMANDATION 11 44

La confiscation des téléphones constatée dans plusieurs unités ne doit pas être systématique mais tenir compte de l'état de santé du patient et de son évolution. En outre, un téléphone doit être accessible aux patients dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité des échanges.

RECOMMANDATION 12 46

Les patients doivent également pouvoir bénéficier d'une connexion à Internet.

RECOMMANDATION 13 50

Les espaces extérieurs des unités doivent être reconfigurés afin que tous les patients bénéficient d'une surface à l'air libre à la fois suffisante, meublée de tables et chaises, et garantissant la confidentialité de leur présence.

RECOMMANDATION 14 52

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les manières d'aborder la question, notamment les conduites à risques et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, au sein des unités.

RECOMMANDATION 15 52

Il convient de développer les moyens de distraction au sein des unités d'hospitalisation et de laisser aux patients un libre accès aux salles d'activités.

RECOMMANDATION 16 53

L'hôpital de Roubaix doit disposer comme le site de Lommelet, d'une cafeteria lieu de rencontres incontournable pour les patients. Par ailleurs, la cafétéria du site de Lommelet devrait être ouverte durant le week-end.

RECOMMANDATION 17 55

L'établissement doit actualiser et compléter la convention de coopération établie avec le centre hospitalier de Roubaix. Les protocoles des urgences doivent être revus incluant la prise en charge de

patients relevant de soins psychiatriques et notamment ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 18 57

L'EPSM-AL doit conduire une réflexion, notamment dans le cadre du futur projet d'établissement, sur la coexistence de ces deux dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques, prenant en compte les conséquences mesurées de ceux-ci sur la gestion des soins sur décision du directeur de l'établissement.

RECOMMANDATION 19 58

Le projet d'établissement, en cours de réflexion, doit être mis à profit pour conduire une évaluation du fonctionnement des secteurs des deux sites et des initiatives propres à chacun d'eux.

RECOMMANDATION 20 61

La prise en charge des addictions notamment au sein des UPG doit être intégrée dans les projets médicaux de pôles et le futur projet d'établissement. Une connaissance précise de la population suivie, des produits concernés et des mesures de prévention mises en œuvre sont des données indispensables pour élaborer ces projets et assurer un suivi dans le temps.

RECOMMANDATION 21 63

Un bilan d'activités de l'unité de médecine générale doit être établi annuellement intégrant l'activité interne et externe à l'établissement et détaillant les objectifs à prévoir à court et à moyen terme. Cette unité doit rédiger un projet médical et être intégrée à part entière dans le futur projet d'établissement.

RECOMMANDATION 22 65

Pour remarquable qu'il soit, le groupe de travail portant sur les prescriptions « si besoin » doit intégrer des médecins et des pharmaciens, l'ensemble du circuit du médicament devant être expertisé.

RECOMMANDATION 23 67

Toutes les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès extérieur permettant de respirer à l'air libre et de fumer.

RECOMMANDATION 24 69

La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance attentatoire à l'intimité et à la dignité du patient.

RECOMMANDATION 25 70

Le protocole d'isolement et de contention en chambre ordinaire déclinant les conditions, modalités et conduites à tenir dans ces cas de figure et prévoyant notamment une mesure de contention systématique, doit être annulé et les pratiques, qui en découlent, proscrites.

RECOMMANDATION 26 72

Les modalités de décisions d'isolement et de contention et de levées de ces mesures prises les jours ouvrés, la nuit, les week-ends et jours fériés ne peuvent être dépendantes de l'organisation médicale et des disponibilités des psychiatres de l'établissement. L'organisation médicale doit prévoir que le psychiatre d'astreinte se déplace pour toute décision de ce type prise lors de ces périodes ou en cours de renouvellement.

RECOMMANDATION 27 74

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre d'en tirer des enseignements chiffrés au

niveau de l'établissement et d'établir des suivis annuels. Ces éléments seront de nature à conforter ou non les actions en cours mais surtout à les compléter.

RECOMMANDATION 28 78

L'isolement des adolescents doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle en vue de limiter le recours à cette mesure et le registre doit être tenu avec plus de rigueur.

RECOMMANDATION 29 81

Rien ne justifie que les informations portant sur la situation pénale du patient détenu soient communiquées au personnel soignant de l'établissement.

RECOMMANDATION 30 82

Il doit être mis fin à l'isolement systématique des patients détenus.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 19

La procédure relative à la mise en œuvre des soins sans consentement (rappel des obligations, rôles respectifs des différents acteurs, etc.) doit être finalisée et diffusée dans les meilleurs délais.

RECO PRISE EN COMPTE 2 21

Le renvoi au livret d'accueil ne constitue pas une modalité suffisante de notification aux patients admis en soins sans consentement des droits qui leurs sont garantis. Des formulaires exhaustifs ainsi qu'une information orale adaptée et protocolisée doivent être mis en place.

RECO PRISE EN COMPTE 3 23

Le livret d'accueil de l'établissement doit être actualisé et être remis au patient

RECO PRISE EN COMPTE 4 24

Lors de l'entretien d'admission, le patient doit être systématiquement informé de la possibilité de bénéficier de la confidentialité de son hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 5 25

L'information sur la désignation et le rôle de la personne de confiance doivent être relayés au patient lors de son admission et tout au long de l'hospitalisation. En outre, les personnes formellement désignées, doivent en être informées par l'établissement qui doit leur préciser la portée de cette désignation.

RECO PRISE EN COMPTE 6 27

L'information et l'accès pour les patients aux opérations de vote doivent être organisés pour tous les scrutins. L'organisation doit être prévue suffisamment en amont et favoriser le vote par procuration pour les patients qui le souhaitent ou ne peuvent pas se déplacer. Par ailleurs, l'établissement doit s'attacher, en lien avec les mandataires judiciaires, à mettre en œuvre l'accès au vote pour les patients sous tutelle conformément aux dispositions de la loi du 23 mars 2019.

RECO PRISE EN COMPTE 7 28

Les possibilités pour le patient d'accéder à l'exercice du culte de son choix énoncées dans le livret d'accueil doivent être mises en œuvre par l'établissement. De même, la liste répertoriant les représentants des différents cultes, doit être réactualisée et diffusée au sein des unités.

RECO PRISE EN COMPTE 8 34

Les bonnes pratiques observées dans certains registres de la loi, dont la tenue n'appelle pas de remarque particulière, gagneraient à être généralisées aux trois sites de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 9 45

Toutes les unités doivent disposer d'un salon de visite spécialement destiné à cet effet.

RECO PRISE EN COMPTE 10 46

La possession et l'utilisation d'un ordinateur doivent être autorisées dans toutes les unités : seules des raisons médicales peuvent les restreindre

RECO PRISE EN COMPTE 11 66

Le fenestron du sas de l'unité G22 ouvrant sur la salle d'eau et les toilettes de la chambre d'isolement doit être équipé d'un dispositif permettant d'occulter, en tant que de besoin, cette ouverture afin de préserver l'intimité du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 12 69

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel accessible au patient ainsi qu'une horloge numérique indiquant également la date.

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1 23

Les règles de vie de l'unité devraient être remises lors d'un entretien d'accueil.

PROPOSITION 2 32

Les visites programmées de la commission départementale des soins psychiatriques devraient être annoncées dans un délai préalable suffisant, aux patients astreints à un programme de soins et aux mandataires des patients en soins sans consentement.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE	12
2.1 L'établissement, implanté sur deux sites distincts, est organisé en pôles qui disposent de moyens identiques bien que la population desservie soit inégale	12
2.2 L'effectif est globalement stable	14
2.3 Le dispositif de formation ne répond pas pleinement aux besoins du personnel soignant	15
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	17
3.1 L'établissement connaît une augmentation des admissions en soins psychiatriques en péril imminent	17
3.2 L'information donnée au patient est dépendante du personnel soignant, informelle et peu protocolisée	18
3.3 La confidentialité de l'hospitalisation est prise en compte mais les patients ne sont pas systématiquement informés de l'existence de ce dispositif	23
3.4 La désignation d'une personne de confiance est aléatoire	24
3.5 Les patients nécessitant une mesure de protection juridique sont identifiés mais leur suivi est dépendant du mandataire désigné	25
3.6 L'exercice du droit de vote pour les patients n'est pas facilité	26
3.7 L'accès à l'exercice du culte est limité et inégalement reparti	27
3.8 Le traitement des plaintes et des réclamations est clairement formalisé	28
3.9 Nombre de fiches d'événement indésirable restent sans suite mais les incidents graves font l'objet d'une réponse adaptée	29
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	31
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques exerce la mission qui lui est impartie par la loi	31
4.2 Les représentants des usagers sont activement associés à la vie de l'établissement	32
4.3 La bonne tenue des registres de la loi mérite d'être harmonisée mais permet un contrôle effectif du déroulement des mesures de soins sans consentement	33
4.4 Les patients bénéficient d'autorisations de sortie et de programmes de soins dès que leur état clinique le permet	35
4.5 Le collège des professionnels de santé, méconnu des équipes soignantes, ne reçoit ni ne recueille les dires des patients	36

4.6	L'intervention du juge des libertés et de la détention bénéficie d'une organisation matérielle efficiente et du concours d'avocats impliqués	37
4.7	Les autres contrôles prévus par la loi ne sont pas tous mis en œuvre	40
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	41
5.1	Les patients subissent des restrictions importantes sur leur liberté de circulation en raison de préoccupations sécuritaires.....	41
5.2	Les restrictions imposées dans la vie quotidienne ne portent pas atteinte aux droits fondamentaux des patients	43
5.3	Les modalités des relations avec l'extérieur varient suivant les unités	44
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	47
6.1	Les locaux, dans leur majorité, sont récents mais les espaces extérieurs varient d'une unité à une autre	47
6.2	Les locaux sont correctement entretenus et des machines à laver le linge sont mises à disposition des patients.....	50
6.3	Les patients peuvent conserver leurs biens en toute sécurité	50
6.4	Le service de restauration n'appelle pas de remarque particulière	51
6.5	La question de la sexualité demeure un sujet tabou dans certaines unités et ne fait pas l'objet d'une réflexion.....	51
6.6	Les moyens de distraction sont limités	52
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	54
7.1	Les modalités de prise en charge des urgences psychiatriques des deux sites de l'établissement et leurs résultats n'ont pas fait l'objet d'une évaluation	54
7.2	Les soins psychiatriques sont dispensés avec professionnalisme mais pâtissent d'une absence de politique d'ensemble	57
7.3	Les soins somatiques sont dispensés avec beaucoup de professionnalisme mais ne sont pas quantifiés, ni tracés.....	62
7.4	La pharmacie répond à l'ensemble de ses missions avec un grand professionnalisme.....	64
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	66
8.2	Les décisions d'isolement et de contention font l'objet de pratiques attentatoires aux droits des patients en dépit d'une politique visant à réduire ces mesures..	69
8.3	Les données du registre répertoriant les mesures sont insuffisamment exploitées	73
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	75
9.1	La clinique pour adolescents propose des soins individualisés reposant sur une prise en charge pluridisciplinaire à laquelle les familles sont associées.....	75
9.2	Les personnes détenues hospitalisées dans l'établissement y sont le plus souvent placées en isolement	79
10.	CONCLUSION.....	83

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Hélène Baron ;
- Mathieu Boidé ;
- Isabelle Fouchard ;
- Bertrand Lory ;
- Agnès Mouze ;
- Dominique Péton-Klein.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont visité l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (APSM-AL) entre le 2 et le 12 décembre 2019.

Les contrôleurs sont arrivés dans l'établissement le 2 décembre à 14h et l'ont quitté le 12 décembre à 10h.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), les chefs de pôle, les médecins, le cadre supérieur de pôle et les cadres de santé.

Des contacts téléphoniques avaient été préalablement établis avec le directeur de cabinet du préfet du Nord, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Lille et le juge des libertés et de la détention (JLD) près ce même tribunal et le directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été rencontrées au cours de la visite.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur. Les documents demandés ont été mis à leur disposition.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 12 décembre 2019 en présence de l'équipe de direction, du président de la CME, des chefs et des cadres supérieurs de pôle, des cadres de santé ainsi que de nombreux professionnels de santé.

2. L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE

2.1 L'ETABLISSEMENT, IMPLANTE SUR DEUX SITES DISTINCTS, EST ORGANISE EN POLES QUI DISPOSENT DE MOYENS IDENTIQUES BIEN QUE LA POPULATION DESSERVIE SOIT INEGALE

2.1.1 L'établissement dans son environnement

L'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL) a été créé le 1^{er} janvier 1998. Il résulte de la fusion du centre hospitalier spécialisé de Lommelet et du centre de soins Ulysse-Trélat. L'établissement intervient sur le ressort de l'arrondissement de Lille qui comprend les villes de Lille, Roubaix, Villeneuve-d'Ascq ainsi que les communes environnantes, soit une population d'environ 540 000 habitants. Il regroupe huit secteurs de psychiatrie générale et de trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile. L'une des particularités de la zone d'intervention est la juxtaposition de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile gérés par différents établissements : l'EPSM-AL, l'EPSM Lille-Métropole (LM) situé à Armentières et le CHRU de Lille.

L'EPSM-AL est réparti géographiquement sur deux sites distincts : la clinique de psychiatrie de Lille située à Saint-André-Lez-Lille, site principal (également dénommé site Lommelet ou pôle lillois), où sont localisés les bureaux de la direction ainsi que les services administratifs et l'hôpital Bonnafé implanté en plein cœur de la ville de Roubaix. Ce dernier site, également dénommé pôle roubaisien, a été délocalisé en 2006 afin de faciliter l'accès aux lieux d'hospitalisation pour la population roubaisienne.

Chaque site couvre respectivement quatre secteurs de psychiatrie générale : 59G11, 59G22, 59G23, 59G24 (pôle lillois) et 59G12, 59G13, 59 G14, 59G15 (pôle roubaisien). La population des secteurs est très inégale variant du simple au double, à savoir 40 470 habitants pour le plus faible et 78 640 habitants pour le plus important. L'EPSM-AL est organisé en pôles, chacun correspondant à un secteur. L'établissement compte donc huit pôles sectoriels de psychiatrie générale. Il comprend également un pôle d'accueil thérapeutique intersectoriel et d'orientation (PATIO), un pôle d'addictologie, trois pôles intersectoriels de psychiatrie infanto-juvénile ainsi qu'un pôle médico-social et un pôle médico-technique. La structure compte au total 332 places d'hospitalisation à temps complet, 40 places en maison d'accueil spécialisée ainsi que des structures ambulatoires.

L'EPSM-AL fait partie d'un groupement hospitalier territorial (GHT) uniquement destiné à la psychiatrie.

2.1.2 L'organisation de la psychiatrie générale et des filières de soins

Chaque pôle sectoriel de psychiatrie générale compte une unité d'hospitalisation générale (UPG) fermée de vingt lits incluant une chambre d'isolement – accueillant des patients en soins sans consentement – et un dispositif ambulatoire comprenant un centre médico-psychologique (CMP) ainsi qu'un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Les délais d'attente pour obtenir une consultation avec un médecin psychiatre au CMP sont d'environ une semaine à l'exception du CMP rattaché au secteur G15 pour lequel une présence médicale permanente est assurée. Dans les autres CMP, en l'absence d'un médecin psychiatre, les patients se présentant spontanément sont pris en charge par un infirmier.

Chaque pôle sectoriel dispose du même nombre de lits d'hospitalisation adulte en dépit de la différence de taille de la population à prendre en charge mais cette organisation ne semble pas interroger l'établissement. Pourtant, certaines UPG ont des taux d'occupation faible et se voient contraintes de prendre des patients d'autres secteurs, eux-mêmes étant en manque de lits. Ainsi,

l'examen des données statistiques communiquées par le département d'information médicale (DIM) met en évidence des écarts importants entre certaines unités concernant le taux d'occupation des lits sur le site de Roubaix. A titre d'exemple, le G14 présente un taux de 90 % et le G15 un taux de 60 %.

De même, le nombre similaire de personnel non médical et médical par secteur (cf. § 2.2) interroge sur l'égalité des modalités de prise en charge des populations correspondantes, surtout dans les secteurs les plus défavorisés.

Les pôles ont à leur disposition un dispositif intersectoriel étoffé.

Ainsi, deux structures intersectorielles participant à la prise en charge des urgences sont mises à disposition des sites lillois et roubaisien (cf. § 7.1) :

- le centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA), adossé au service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint-Vincent de Lille, couvre les quatre secteurs lillois. Cette structure joue un rôle essentiel notamment en limitant la durée des admissions en soins sans consentement et en permettant une prise en charge hospitalière de courte durée ;
- le centre d'accueil psychiatrique intersectoriel (CAPI), implanté à l'hôpital Bonnafé, couvre les quatre secteurs roubaisiens. Il compte vingt lits accueillant des patients uniquement en soins libres pour des séjours de courte durée.

Deux cliniques (structures intersectorielles), situées à Roubaix et à Villeneuve-d'Ascq, accueillent des patients relevant de soins libres.

L'établissement dispose en outre de deux hôpitaux de jour (HDJ) intersectoriels et d'équipes mobiles « psychiatrie précarité ». Il a par ailleurs mis en place un dispositif regroupant des appartements et des maisons thérapeutiques implantées à Roubaix. De même de nombreux d'appartements associatifs sont pris en charge par une équipe spécifique pour Lille et par différentes équipes pour Roubaix en partenariat avec l'association Archipel.

Les personnes en situation ou à risque de handicap psychique sont prises en charge par le PATIO. Trois unités distinctes sont rattachées à ce pôle :

- l'unité François Tosquelles, d'une capacité de vingt lits, est l'unité mère de réhabilitation psycho-sociale ; elle compte également dix appartements thérapeutiques associatifs visités régulièrement par une équipe mobile ;
- l'unité Maison Bleue de longs séjours accueillant des patients vieillissants ;
- l'unité Oasis réservée aux patients présentant des troubles envahissants du développement.

Seule l'unité François Tosquelles a été visitée par les contrôleurs.

2.1.3 La psychiatrie infanto-juvénile

Chaque pôle de pédopsychiatrie dispose de deux à quatre CMP, répartis selon la population et la géographie, et d'un hôpital de jour. Par ailleurs, l'établissement a mis en place une clinique pour adolescents âgés de 12 à 16 ans révolus, d'une capacité de neuf lits, situés à Wasquehal (cf. § 9.1). Compte tenu de l'isolement géographique et des locaux inadaptés, pouvant poser des problèmes de sécurité notamment la nuit, il est prévu d'emménager en mars 2020 dans des locaux neufs, implantés sur le site Lommelet. Par ailleurs, le dispositif actuel ne permet pas d'offrir une réponse adaptée aux adolescents en situation de crise dont le nombre aurait considérablement augmenté ces dernières années. Ainsi, la construction d'un nouvel édifice a été l'occasion d'élaborer un nouveau projet donnant lieu à la création de deux unités d'hospitalisation à temps complet :

- le CASSIOPA (centre d'accueil de soins spécialisés intensifs et d'orientation pour les adolescents) disposera de trois lits de « crise » de post-urgence. Cette unité visera à prendre en charge, pour des durées très courtes, des adolescents âgés de 12 à 16 ans en situation de crise aiguë nécessitant une prise en charge spécifique. Les adolescents de plus de 16 ans pourront être admis s'ils bénéficient d'un suivi au sein de leur secteur de pédopsychiatrie ;
- le SOPRADO (soins programmés pour les adolescents) qui remplacera la clinique actuelle disposera de neuf lits destinés à des hospitalisations programmées.

Si la clinique pour adolescents accueille ponctuellement des mineurs âgés de plus de 16 ans (treize en 2018), la majorité est prise en charge dans les unités d'hospitalisation pour adultes (soixante-seize patients admis en 2018 pour un total de 1 412 journées d'hospitalisation complète et soixante-quatorze patients admis en 2017 pour un total de 1 220 journées d'hospitalisation complète). Cette population fait l'objet d'une vigilance particulière de la part des soignants notamment concernant leur sécurité. Ainsi, les mineurs sont hébergés dans des chambres situées à proximité du poste de soins afin d'éviter des interactions avec des adultes adoptant des comportements inappropriés. Un suivi est parfois effectué par l'équipe mobile du pôle intersectoriel de pédopsychiatrie. Certains mineurs ont la possibilité de poursuivre leur scolarité durant leur hospitalisation. Tel était le cas pour un patient, admis à l'hôpital Bonnafé, qui bénéficiait d'un enseignement scolaire en dehors de son unité d'hospitalisation.

2.2 L'EFFECTIF EST GLOBALEMENT STABLE

Le tableau ci-dessous met en évidence la stabilité de l'effectif :

	2016	2017	2018
Total non médicaux	1342,35	1340,01	1345,78
Total médicaux	88,83	88,73	88,75
TOTAL	1432,18	1428,74	1434,53

Effectif global de l'établissement en équivalents temps plein (ETP)

2.2.1 L'effectif médical

Comme évoqué précédemment, l'effectif est globalement identique d'un pôle à l'autre et ce quelle que soit la taille des secteurs. Lors de la visite, 4 ETP de médecins (soit un poste sur le site de Lommelet et trois postes sur le site roubaisien) n'étaient pas pourvus. Ces vacances de poste ne semblaient pas nuire à la prise en charge et au suivi médical des patients hospitalisés. Chaque pôle dispose de quatre à six ETP de praticiens hospitaliers (PH) qui répartissent leur temps de travail entre l'intra et l'extra hospitalier. Ainsi, comme ont pu le constater les contrôleurs, une présence médicale quotidienne est assurée au sein des unités du lundi jusqu'au samedi midi. En outre, un interne de psychiatrie et un interne de médecine générale sont affectés dans chaque pôle.

En raison notamment de sa localisation géographique et de sa proximité avec la faculté de médecine de Lille, l'établissement est attractif et ne rencontre pas de difficultés pour recruter des PH.

2.2.2 L'effectif non médical

Tous les postes étaient pourvus lors de la visite, à l'exception d'un poste socio-éducatif au secteur G11 et un poste d'assistant médico-administratif au secteur G23. L'établissement ne rencontre pas

de difficulté particulière à pourvoir les postes vacants d'autant qu'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est implanté dans l'enceinte de l'établissement.

En journée, l'organisation prévoit dans les unités la présence de quatre paramédicaux les matins et après-midi avec l'intervention, en horaire décalé, d'un infirmier supplémentaire en journée. Ce soignant est chargé d'animer les activités et d'effectuer les accompagnements à l'extérieur. Cependant ce quatrième poste n'est pas systématiquement assuré.

Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire puisque chaque pôle dispose d'ergothérapeutes (1,60 ETP), de psychologues (1,80 à 2,40 ETP) et d'au minimum de 2 ETP d'assistants de service social à l'exception du pôle intersectoriel qui ne bénéficie que d'1,50 ETP.

Les équipes de nuit, pour chaque unité d'hospitalisation, sont composées d'un infirmier et d'un aide-soignant. Il s'agit d'équipes fixes exerçant sous la responsabilité d'un cadre de santé. Selon les propos recueillis, elles sont très peu présentes aux différentes réunions organisées au sein des pôles. La direction des soins souhaiterait qu'un système de rotation soit instauré afin que les équipes de nuit exercent ponctuellement en journée. Les organisations syndicales s'y opposent.

Globalement les équipes soignantes sont motivées et disponibles à l'égard des patients. Certaines difficultés au sein des équipes ont cependant été signalées aux contrôleurs. Elles concernent plus particulièrement les secteurs G14 et G24 où des dissensions entre les professionnels auraient des conséquences sur le bon fonctionnement du service et la qualité de la prise en charge des patients. A tout le moins, ces difficultés auraient occasionné un *turn-over* plus marqué au sein des équipes concernées, en cours de résorption à la date de la visite. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et la direction de l'établissement ont en effet été saisis de ces difficultés, notamment par les organisations syndicales représentatives du personnel.

2.2.3 L'absentéisme

Le taux global d'absentéisme, toutes professions confondues, est stable depuis trois ans (8,91 % en 2016, 8,75 % en 2017, 8,66 % en 2018). Cependant, ce taux a nettement augmenté chez le personnel médical (2,83 % en 2016, 5,40 % en 2017, 7,38 % en 2018) en raison de deux congés maladie de longue durée.

Les absences de très courtes durées ne sont pas systématiquement remplacées. En revanche, les congés maternité et les absences de longue durée sont remplacés par des agents contractuels ou du personnel intérimaire.

2.3 LE DISPOSITIF DE FORMATION NE REPOND PAS PLEINEMENT AUX BESOINS DU PERSONNEL SOIGNANT

Le plan de formation annuel est porté conjointement par la direction des soins et la direction des ressources humaines. Le contenu est élaboré en fonction des besoins évalués par les pôles qui disposent chacun d'une enveloppe budgétaire annuelle d'un montant de 280 euros par agent.

Pour l'année 2019, 451 agents ont bénéficié d'une formation. Parmi l'éventail des formations proposées, on pourra noter les modules qui ont réuni le plus grand nombre de participants : la formation sur la prévention et la gestion de la violence OMEGA (99 participants), l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence – AFGSU – (94 participants), psychiatrie et justice : violences sexuelles (39 participants), les activités à visée thérapeutique (41 participants), les violences conjugales (39 participants), la prise en charge de la douleur (34 participants). En revanche, la

formation portant sur l'isolement et la contention n'a recueilli que 12 inscriptions dont 7 ont été annulées pour « raisons de service ».

Alors que la notification des décisions d'admissions en soins sans consentement et des droits, telle qu'elle est effectuée au jour du contrôle, est parcellaire (cf. § 3.2), la formation aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 modifiée¹ est manifestement insuffisante : aucun module de formation obligatoire n'est proposé aux médecins, personnel infirmier et cadres de santé, et si une présentation de ces dispositions peut être assurée par les attachées d'administration hospitalière de chaque site hospitalier, celle-ci est facultative, dénuée de régularité et ne bénéficie, au mieux, qu'à certains des agents nouvellement recrutés qui en feraient la demande.

Enfin le module « *consolidation des savoirs en psychiatrie* », mis en place par les pouvoirs publics en 2006, n'est plus dispensé. Les contrôleurs n'ont pas pu en connaître la raison. Selon les propos recueillis : « *cela s'est délité* ». Cela est d'autant plus regrettable que l'établissement recrute des jeunes diplômés, inexpérimentés et insuffisamment formés pour offrir une prise en charge adaptée et être en mesure de gérer des situations délicates.

Actuellement, seuls les modules OMEGA, AFGSU et les entretiens infirmiers sont dispensés aux nouveaux agents. Lors de la visite, un audit portant sur l'intégration des nouveaux agents était en cours.

RECOMMANDATION 1

Afin d'optimiser la prise en charge des patients, des modules de formation portant sur la consolidation des savoirs en psychiatrie et les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 doivent être systématiquement dispensés à l'ensemble du personnel soignant.

Dans sa réponse, la direction indique que l'établissement va proposer systématiquement au moins une fois par an une formation sur la loi du 5 juillet 2011 aux médecins, cadres de santé, personnel infirmier et secrétaires. Eu égard au contexte sanitaire, cette formation ne pourra être dispensée qu'à partir du mois de septembre 2020 afin de tenir compte des recommandations nationales. Ces formations ont vocation à réunir ensemble médecins et équipes soignantes pour faciliter des pratiques communes. Le contenu de cette formation prendra pour essence la procédure de mise en œuvre des soins sans consentement mise en place.

Par ailleurs, des formations sur les quatre thèmes identifiés (la bouffée délirante aiguë, la dépression et l'alcool, la crise suicidaire, la psychiatrie de l'adolescent) ont été réalisées en 2020 pour un total de 87 participants.

¹ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

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

3.1 L'ETABLISSEMENT CONNAIT UNE AUGMENTATION DES ADMISSIONS EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN PERIL IMMINENT

Toutes les UPG accueillent des patients en soins libres (SL) et en soins sans consentement (SSC). Le pourcentage des journées d'hospitalisation en SSC est de 44 %, celui-ci étant un peu plus important pour le site de Roubaix². Le pourcentage des séjours est de 26%. Les données détaillées d'activité communiquées aux contrôleurs sont reportées dans le tableau ci-dessous.

	2016	2017	2018	Janvier à septembre 2019
SL				
File active	2 059	2 194	2 196	1 710
Nb de journées	32 325	33 150	31 346	22 520
Nb de séjours	3 582	3 831	3 787	2 665
Durée moyenne d'hospitalisation (DMH)	15,7	15,1	14,3	13,2
SDRE³				
File active	91	128	122	118
Nb de journées	6 372	6 276	6 213	4 803
Nb de séjours	145	178	165	172
DMH	70,0	49,0	50,9	40,7
SDT/SDTU⁴				
File active	402	387	397	338
Nb de journées	11 902	11 590	11 729	10 732
Nb de séjours	516	514	542	423
DMH	29,6	29,9	29,5	31,8
SPI⁵				
File active	209	215	263	175
Nb de journées	6 035	4 707	7 176	5 560
Nb de séjours	260	284	327	215
DMH	28,9	21,9	27,3	31,8

Données statistiques des hospitalisations par statut au sein des UPG, du CAPI et du CPAA

Selon les informations transmises par ailleurs, 60 % des patients admis en SSC sont adressés par les services d'urgence de Lille et de Roubaix. Certains pôles, rapportés à leur population (notamment les pôles 59G12, G15 et G23), ont les pourcentages les plus élevés. Ces données n'apparaissent dans aucun des documents communiqués par les pôles ou par l'EPSM-AL. Ces chiffres interrogent sur les pratiques des services d'urgence.

² Données DIM 2018

³ Soins sur décision du représentant de l'Etat

⁴ Soins à la demande d'un tiers/ Soins à la demande d'un tiers en urgence

⁵ SPI : soins pour péril imminent

Le CPAA joue néanmoins un rôle essentiel dans la levée des mesures de SSC. Ainsi, au cours du premier semestre 2019, parmi les quatre-vingt-dix-huit admissions en SSC, cinquante-neuf ont été levées à l'issue de la période d'observation des 72 heures.

Le tableau de données statistiques communiqué par le DIM met en évidence l'augmentation des admissions en soins psychiatriques en péril imminent (SPI) depuis 2016. Selon les propos recueillis, cette augmentation illustre en partie les pratiques médicales des PH des services des urgences qui ne prennent pas systématiquement le temps de rechercher un tiers mais elle est également le reflet d'une réalité sociale des secteurs les plus défavorisés.

En outre, il a été rapporté aux contrôleurs que, si le changement de statut en SSC pour un patient en SL du fait d'un placement en chambre d'isolement de plus de 12h est systématiquement opéré, rien n'est fait en revanche pour limiter la durée des hospitalisations en SPI. Une fois dédouané de son obligation légale de rechercher un membre de la famille à informer dans les 24 premières heures de l'hospitalisation, l'établissement ne cherche plus – à considérer qu'il ait tenté, pendant cette première durée, d'aller au-delà de la seule information prévue par la loi – à identifier un quelconque tiers. Les interlocuteurs interrogés n'en voient pas l'intérêt. Or, par-delà la qualification juridique de la mesure et alors que l'information relative à la personne de confiance est aléatoire (cf. § 3.4), l'identification d'un tiers susceptible d'épauler le patient voire d'être associé à la prise en charge est de nature à favoriser l'adhésion aux soins de ce dernier et de permettre la levée de la mesure de SPI. En tout état de cause, ce tiers peut offrir au patient hospitalisé en SSC un accompagnement et participer à un meilleur respect de ses droits.

RECOMMANDATION 2

La recherche d'un tiers pour les patients admis en soins pour péril imminent doit se poursuivre durant leur hospitalisation afin de favoriser leur compliance aux soins et de garantir leurs droits.

Dans sa réponse, la direction indique entendre les remarques du CGLPL et amende son fonctionnement par les mesures suivantes :

- la mise en place de la procédure de mise en œuvre des soins sans consentement qui mentionne la nécessité de rechercher un tiers dans les 24 heures et au-delà ;
- la mise en place d'une formation destinée aux professionnels de santé sur cette procédure avec notamment un point sur la nécessité de rechercher un tiers au-delà des 24 heures ;
- l'intégration de la recherche de tiers au-delà des 24 heures lors du processus d'audit interne des dossiers patients.

3.2 L'INFORMATION DONNEE AU PATIENT EST DEPENDANTE DU PERSONNEL SOIGNANT, INFORMELLE ET PEU PROTOCOLISEE

Selon le bilan des questionnaires de sortie de 2018 et 2019, le taux de satisfaction sur l'information donnée aux patients est bon, mais sensiblement inférieur à d'autres items, comme la qualité des soins. En fait, l'information (hors prise en charge médicale) repose essentiellement sur le personnel soignant des unités. Dès lors, elle est très hétérogène, étant dépendante de la disponibilité, de l'expérience professionnelle et de l'encadrement du personnel.

Cette absence de rigueur et de règles communes est particulièrement dommageable pour les patients placés en soins sans consentement, pour lesquels le respect des règles de droit doit s'associer à la prise en charge thérapeutique.

3.2.1 L'information spécifique des patients en soins sans consentement

a) L'organisation et les acteurs

Deux entités interviennent dans la procédure d'information des patients admis en soins sans consentement : le bureau des admissions, qui joue le rôle de bureau administratif des soins sans consentement avec une délégation assez large des pouvoirs de la direction, et les unités d'hospitalisation.

Le bureau des admissions reçoit, pour les patients admis en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), les décisions préfectorales préparées et transmises par l'agence régionale de santé, et ses membres rédigent les décisions du directeur de l'EPSM-AL pour ce qui concerne les mesures de soins à la demande de tiers et de soins en péril imminent.

Dans les unités, la méthode selon laquelle ces éléments sont relayés auprès du patient (nature des informations, remise des documents, recueil de la signature, etc.) relève de pratiques hétérogènes. Certaines unités affichent la volonté, plus ou moins effective, d'une information circonstanciée par le praticien hospitalier mais, de fait, les contrôleurs ont observé une information essentiellement à la diligence des soignants présents dans l'unité lors de l'arrivée du patient.

On note par ailleurs une absence de contrôle interne (ne serait-ce que par échantillonnage) de la conformité de ces opérations, de la compréhension par le malade des éléments portés à sa connaissance et des documents qui lui ont effectivement été remis. Cela se fait ponctuellement à l'occasion des audiences du juge des libertés et de la détention ou à la demande de certains avocats, mais pas systématiquement, et ce principalement sur le site de Lommelet.

L'établissement semble conscient de cet état de fait puisqu'il a initié un groupe de travail en charge de rédiger une procédure pour définir les informations minimales à remettre aux patients admis avec ce statut et les rôles respectifs de tous les acteurs.

En raison des difficultés et des carences observées lors du contrôle sur ce sujet, l'aboutissement de ce travail, sa diffusion auprès du personnel et son intégration dans le règlement intérieur de l'établissement, document qui semble être à l'état de projet depuis de nombreux mois, doivent être finalisés à courte échéance par la direction de l'établissement.

Dans sa réponse, la direction précise que la procédure sur la mise en œuvre des soins sans consentement a été finalisée au moins de juin 2020 (documents joints au courrier de réponse). Il sera procédé à un contrôle interne de la conformité de ces opérations dans le dernier trimestre de l'année 2020.

Le CGLPL a pris connaissance des documents joints à la réponse et prend acte des améliorations réalisées depuis sa visite.

RECO PRISE EN COMPTE 1

La procédure relative à la mise en œuvre des soins sans consentement (rappel des obligations, rôles respectifs des différents acteurs, etc.) doit être finalisée et diffusée dans les meilleurs délais.

b) La motivation des décisions

La pratique observée pendant le contrôle a montré que les décisions, qu'elles soient prises par le préfet pour les SDRE ou par le directeur de l'établissement, ne sont pas motivées. Les décisions mentionnent, selon la formule consacrée : « *considérant qu'il résulte des certificats médicaux joints à la présente décision et dont je m'approprie les termes ...* ». Or, selon les propos recueillis, les certificats médicaux, du moins les certificats initiaux, ne sont pas systématiquement remis aux patients lorsque ces décisions leur sont notifiées. Les motifs de cette absence de communication sont de deux ordres. Soit, elle ressort d'une décision médicale, au regard de l'état clinique du patient, qui ne serait pas à même ou serait heurté par le contenu de ces certificats. Soit, elle ressort plus prosaïquement d'un manque d'information ou de formation des soignants qui se demandent s'il convient de les joindre.

Dans l'hypothèse où l'état clinique du patient ne permet pas cette formalité, la remise du document peut être différée aux entretiens ultérieurs avec le praticien par exemple ce qui devrait être protocolisé.

RECOMMANDATION 3

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet doivent être motivés afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui ont présidé au placement du patient en soins sans consentement doivent être joints aux décisions administratives et portés à sa connaissance.

La procureure de la République a apporté les éléments de réponse suivants : « *l'absence de motivation des décisions du directeur de l'établissement n'a jamais été soulevée devant le JLD de Lille comme constituant un grief pour le patient dès lors qu'une telle motivation n'est pas formellement exigée par l'article L.3212-1 du code de santé publique et que les certificats médicaux joints à l'appui de celle-ci sont généralement rédigés de manière suffisamment caractérisée pour permettre au juge d'exercer son contrôle.*

La motivation des arrêtés préfectoraux, qui est, en revanche, impérative au regard des dispositions de l'article L.3213-1 du code de santé publique mériterait parfois d'être améliorée. Le parquet de Lille a d'ailleurs eu l'occasion de s'entretenir de cette question avec l'ARS à la suite de décisions de mainlevées qui ont pu survenir pour ce motif. »

Quant à la direction de l'EPSMAL, elle indique que les patients hospitalisés en soins sans consentement sur décision du Directeur d'établissement, le modèle de décision provient directement des modèles mis en ligne sur le site du ministère de la santé. Ce modèle ne reprend pas les termes du certificat dans la décision mais s'appuie sur le certificat médical dans sa globalité en l'annexant.

Le CGLPL maintient sa recommandation car les propos recueillis lors de la visite font état de certificats médicaux initiaux qui ne sont pas systématiquement annexés à la décision d'admission en SSC.

c) La notification des droits

Selon les observations diligentées par le contrôle, la pratique est lacunaire. Le formulaire de notification des décisions prises, directement ou par délégation, par le directeur de l'établissement se limite à renvoyer le patient aux informations du livret d'accueil. Or, le livret d'accueil est de portée

générale quel que soit le mode d'hospitalisation des patients (SL, SSC). Il Inclut de nombreuses informations, peu accessibles à certains patients tenant compte leur état clinique surtout pour ce qui relève de la notification des droits.

Selon l'état clinique du patient, l'heure d'admission ou la disponibilité des soignants, l'énoncé verbal des droits est très vraisemblablement imparfait, voire inexistant. Des soignants affirment être en difficulté sur ce sujet, par défaut d'information ou de formation adaptée. Ils indiquent également que l'attitude des patients, qui pour la plupart ne comprennent pas la portée et la signification de ces textes, ne les encourage pas à être rigoureux sur ce sujet.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le renvoi au livret d'accueil ne constitue pas une modalité suffisante de notification aux patients admis en soins sans consentement des droits qui leurs sont garantis. Des formulaires exhaustifs ainsi qu'une information orale adaptée et protocolisée doivent être mis en place.

Dans sa réponse, la direction indique en ces termes : « *Le formulaire de notification a été mis à jour au lendemain de la visite du CGLPL afin de tenir compte de ses remarques exprimées lors de la restitution : le formulaire ne se limite plus à renvoyer le patient aux informations contenu dans le livret d'accueil. Il reprend désormais sous la forme de liste les droits des patients en soin sous contrainte.*

Ainsi, le formulaire informe du droit de communiquer avec les autorités judiciaires et administratives, ou encore la possibilité de contester la régularité et le bienfondé de la mesure devant le JLD, la saisine éventuelle de la commission départementale des soins psychiatriques ou la commissions des usagers. Il y est également précisé que le patient est à même de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix. Il peut porter à la connaissance du CGLPL les faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence. Il a droit à émettre ou recevoir des courriers, à consulter le règlement intérieur, à exercer le droit de vote ou encore à se livrer aux activités religieuses ou philosophique de son choix.

L'information contenue sur le formulaire de notification est accessible. Elle est spécialement adaptée au mode d'hospitalisation sous contrainte. La lecture des droit énoncés est facilitée par un mode dactylographique simple reposant sur des tirets.

En appui du nouveau formulaire de notification des droits, l'EPSMAL a mise en place au lendemain de la visite de contrôle une formation à destination des soignants sur l'utilisation du formulaire et la délivrance de l'information au patient lors de son hospitalisation. Cette formation est dispensée par l'attaché d'administration hospitalière en charge des admissions dans les unités d'hospitalisation. Le contenu de cette formation vise à présenter le formulaire et son format, ainsi qu'à vérifier et consolider les connaissances des soignants sur les droits des patients. Ainsi, les droits des patients listés dans le formulaire de notification sont réexpliqués aux soignants. Les droits énoncés dans le livret d'accueil qui sont de portée générale sont également repris et revu avec l'équipe soignante (...) ».

Le CGLPL a pris connaissance des documents joints à la réponse et prend acte des améliorations réalisées depuis sa visite.

3.2.2 L'information générale pendant l'hospitalisation

L'accueil et l'admission dans une unité d'hospitalisation peuvent s'opérer dans des contextes très diversifiés, selon le statut du patient, son état clinique, l'heure d'arrivée et ses éventuelles hospitalisations antérieures.

Face à cette diversité, l'établissement a adopté le principe d'une information d'accueil de portée très générale, basée sur le livret d'accueil, l'affiche « *vosre séjour à l'hôpital* » ainsi que la charte du patient hospitalisé, une visite systématique de l'unité étant assurée par le cadre de santé ou un membre du personnel soignant. Certains patients disposent déjà de documents d'information, notamment ceux en soins contraints ayant transité par le CPAA et les patients en SL ayant été accueillis au bureau des admissions. D'une façon générale, les informations sont réitérées par l'unité sauf si le malade connaît déjà l'établissement et ses pratiques. Les formalités d'accueil peuvent être différées dans le temps si l'état clinique du patient l'exige, notamment à l'issue d'une phase éventuelle d'isolement. L'information est donnée au patient quand il intègre sa chambre.

Il a néanmoins été relevé par les contrôleurs :

- que le livret d'accueil, bien qu'assez complet et accessible, doit être actualisé pour prendre en compte les avancées législatives et réglementaires récentes, en particulier la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 portant réforme pour la justice ;
- que l'affiche « *vosre séjour à l'hôpital* », certes placardée dans toutes les chambres et dans les parties communes, n'est pas suffisante à elle seule pour assurer l'information des patients ;
- que les patients doivent se voir remettre obligatoirement un exemplaire des règles de vie de l'unité, plus complet que le livret d'accueil et plus adapté pour connaître les modalités de la vie quotidienne.

Concernant ce document récapitulatif des règles de vie de l'unité, là encore la situation est très hétérogène. Lorsque ce document existe, ce qui n'est pas systématiquement le cas, il précise les horaires qui rythment la vie quotidienne (les repas, l'ouverture de la salle de télévision, les possibilités de blanchisserie, les visites, etc.) et ce qui est interdit ou prohibé au sein de l'unité. Outre le fait que ces possibilités et organisations sont intrinsèquement différentes selon les unités, les modalités du porter à la connaissance sont variables. Dans le meilleur des cas, les règles de vie sont apposées sur la porte de la chambre (essentiellement sur le site de Roubaix) ou plus simplement affichées dans le couloir de l'unité. De telles pratiques nécessitent d'être harmonisées.

En cours d'hospitalisation, l'information donnée au patient repose en grande partie sur l'affichage. Toutefois, les informations sont très variables selon les unités. Le tronc commun d'information concerne la charte des patients hospitalisés, le bilan des questionnaires de sortie et la composition de la commission des usagers. Les informations, ayant trait directement à l'exercice des droits, ont été plus rarement constatées.

Toutefois, la présentation des informations, peu hiérarchisée et mêlant des communications d'importance très différente, ne permet pas leur bonne lisibilité et donc une information satisfaisante du patient. A cet égard, le site Internet de l'établissement est mieux conçu.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le livret d'accueil de l'établissement doit être actualisé et être remis au patient

La direction précise que le livret d'accueil a été réactualisé en mai 2020 (documents joints au courrier de réponse).

PROPOSITION 1

Les règles de vie de l'unité devraient être remises lors d'un entretien d'accueil.

La direction indique que Les règles de vie de l'unité sont reprises dans la charte des conditions de séjour. Elle est affichée dans les unités. Le CGLPL rappelle néanmoins que les règles figurant dans la charte sont d'ordre général et ne sont pas spécifiques à chaque unité.

3.3 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST PRISE EN COMPTE MAIS LES PATIENTS NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT INFORMES DE L'EXISTENCE DE CE DISPOSITIF

Un patient hospitalisé peut demander la confidentialité de son hospitalisation au regard des tiers, conformément à l'article R. 1112-45 du code de la santé publique.

L'établissement a pris en ce sens un certain nombre de dispositions dont le caractère opérationnel a pu être vérifié lors du contrôle :

- le livret d'accueil mentionne cette possibilité, dans une rubrique dénommée « *respect de la vie privée* » ;
- en annexe de ce livret, figure un formulaire intitulé « *formulaire de non divulgation* ». Une fois rempli par le patient s'il souhaite exercer ce droit, le formulaire est adressé par facsimilé par l'unité au standard général qui gère en temps réel un tableau de bord de ces interdictions de communiquer.

Indépendamment de ces dispositions, le bureau des admissions de chaque site hospitalier est très vigilant aux demandes de renseignement faites par téléphone, en particulier par des tiers institutionnels, y compris les services de police et de justice. Dans ce cas, un écrit circonstancié est demandé avant toute communication d'information. Par ailleurs, il peut être délivré au patient, sur demande expresse de ce dernier, un bulletin de situation d'hospitalisation sans en-tête de l'établissement, afin d'éviter les réactions discriminatoires et malveillantes. La nécessaire validité du document suppose néanmoins l'apposition d'un cachet, aux fins d'authentification. Une demande par mois environ est faite en ce sens.

BONNE PRATIQUE 1

Le patient peut demander un bulletin de situation d'hospitalisation qui ne fait pas mention de son séjour dans un établissement de santé mentale.

La consultation du tableau de bord de suivi des obligations de confidentialité, sur les deux sites concernés, fait apparaître un faible nombre de mesures en application : six demandes ont été exprimées depuis novembre 2018 sur le site Lommelet et quatorze sur le site de Lucien Bonnafé depuis le 1^{er} juillet 2019.

La visite des différentes unités a permis de constater des pratiques très différenciées sur ce sujet, allant d'une information systématique à une absence totale de communication. Certains membres du personnel soignant, constatant peu d'appels dans l'unité, n'en voient pas l'utilité ou estiment que le patient peut prévenir, ou non, les personnes qu'il souhaite informer.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Lors de l'entretien d'admission, le patient doit être systématiquement informé de la possibilité de bénéficier de la confidentialité de son hospitalisation.

L'EPSMAL a pris en compte la recommandation en intégrant l'information due au patient sur la possibilité de bénéficier de la confidentialité de son hospitalisation en réactualisant le livret d'accueil avec une information plus claire et plus accessible.

3.4 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST ALEATOIRE

La portée et le rôle exact joué par la personne de confiance dans la prise en charge thérapeutique et le déroulement de l'hospitalisation sont souvent méconnus par le patient et confondus avec la notion de « *personne à prévenir en cas de difficulté* ».

Le formulaire de désignation est explicite mais l'information n'est pas systématiquement relayée par le personnel soignant que ce soit lors de l'admission ou pendant l'hospitalisation et les explications fournies, notamment sur le rôle de la personne de confiance, sont parfois parcellaires. En outre, le rappel de cette possibilité qui est donnée au patient ne fait l'objet d'aucun affichage au sein des unités.

Concernant les données chiffrées, le taux des imprimés de désignation remplis rapporté au nombre des admissions dans l'unité fait ressortir pour 2019 un taux moyen de 50 % de désignation, sans changement notable par rapport à 2018. On constate toutefois de fortes disparités entre les unités, y compris sur un même site. A titre d'exemple, l'unité G24 enregistre un taux de 67 % de complétude de ce document, alors que l'unité G22 n'atteint pas 10 %. Ces écarts renvoient à des pratiques disparates, mais également à une traçabilité plus ou moins efficace dans l'outil de suivi. Le taux d'enregistrement au CPAA est de 90 % pour 2018 comme pour 2019 mais les hospitalisations y sont de courte durée ou aboutissent à un transfert vers une unité d'hospitalisation dans laquelle cette désignation ne sera pas obligatoirement prise en compte par le personnel soignant.

L'implication effective de la personne de confiance dans le suivi du patient et sa prise en charge thérapeutique est aléatoire selon la personne désignée. S'il s'agit d'un membre de la famille ou d'un proche déjà connu lors de précédentes hospitalisations, son implication est forte, mais elle le serait de toute façon, en sa qualité de proche identifié. Si la personne de confiance désignée n'est pas connue, avec une domiciliation éloignée, elle n'est en général ni prévenue ni contactée.

Les patients malentendants se voient proposer l'interprète en langage des signes comme personne de confiance, sauf opposition de leur part. En revanche, l'information pour les personnes étrangères ne parlant pas la langue française semble déficiente, quand bien même il existe un réseau d'interprètes identifié au sein de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 5

L'information sur la désignation et le rôle de la personne de confiance doivent être relayés au patient lors de son admission et tout au long de l'hospitalisation. En outre, les personnes formellement désignées, doivent en être informées par l'établissement qui doit leur préciser la portée de cette désignation.

L'EPSMAL a pris en compte la recommandation en intégrant l'information due au patient sur la désignation et le rôle de la personne de confiance dans la réactualisation du livret d'accueil avec un développement plus clair et accessible et dans la procédure de délivrance de l'information du patient à son admission. Il convient également de souligner la mise en place d'une formation globale sur les droits du patient et l'information qui lui est due à l'attention des soignants.

3.5 LES PATIENTS NECESSITANT UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE SONT IDENTIFIES MAIS LEUR SUIVI EST DEPENDANT DU MANDATAIRE DESIGNE

3.5.1 Les statistiques et la traçabilité des mesures de protection

A la date du contrôle, cinquante-sept patients hospitalisés, dont la moitié font l'objet d'une curatelle, présents dans les huit unités d'hospitalisation des deux sites sont des majeurs protégés par une décision judiciaire⁶.

Les mesures s'appliquent majoritairement sur le site de Lommelet, avec des dispositifs incluant la gestion de biens et de patrimoine, la population sur ce secteur étant plus aisée.

3.5.2 Les acteurs de la mise en œuvre des mesures de protection

Les mandats judiciaires extérieurs sont confiés en grande partie à l'association tutélaire Ariane, très implantée dans le Nord de la France (environ 50 % des mesures). Cette association se trouve, selon plusieurs témoignages, en difficulté à la suite d'un surcroît de dossiers et à des difficultés internes de gestion de ses effectifs. Quelques mesures sont confiées à l'association Les curateurs lillois, ou encore à des familles, mais de façon marginale.

Deux mandataires judiciaires sont attachés à l'établissement pour les mesures qui lui sont confiées, dans le cadre d'une mise à disposition par l'EPSM-Lille métropole d'Armentières. Ils gèrent soixante-quinze mesures, essentiellement de tutelle, dont une cinquantaine pour le milieu hospitalier sur les deux sites. Ils sont présents dans l'établissement lillois deux jours par semaine.

En interne, le principal interlocuteur à la fois des mandataires, des patients protégés ou en passe de l'être et de leurs familles est l'assistant de service social (ASS) de l'unité.

Au moment du contrôle, les ASS instruisaient une dizaine de dossiers en vue de la mise en place d'une mesure de protection, dont six sur le site de Roubaix. L'aboutissement d'un dossier demande en moyenne un an. Le plus souvent, ce sont les familles (ascendants ou ayants droits) qui initient la requête, mais l'accord du patient est systématiquement recherché. Le médecin référent du patient est également impliqué dans le dossier et peut, dans certains cas, souhaiter l'instauration de la mesure en lien avec un projet de sortie. Les expertises médicales requises peuvent se faire par des médecins de l'établissement, dès lors que ce dernier est agréé et qu'il n'est pas le médecin référent du patient.

⁶ Extraction du DIM (département d'information médicale) en date du 12/12/2019

3.5.3 Le rôle des mandataires dans la prise en charge du patient

Les mandataires sont invités par les unités aux réunions de synthèse, en vue de préparer la sortie. Le greffe du tribunal leur adresse également une convocation aux audiences tenues par le JLD. Toutefois, il ressort du témoignage des soignants comme des patients qu'ils n'y participent pas, à l'exception toutefois des mandataires rattachés à l'établissement qui indiquent participer aux synthèses.

La plupart des patients interrogés indiquent correspondre avec leur mandataire essentiellement par téléphone, lors de créneaux téléphoniques prédéterminés, ou par l'intermédiaire des ASS ou des soignants. Cette faible présence, si elle est regrettable, ne paraît pas nuire à la vie quotidienne des patients.

Depuis quelques mois, à la suite de l'entrée en vigueur de la circulaire du 13 juin 2019 de la direction des finances publiques⁷, les patients relevant de mandataires extérieurs ne disposent plus de compte auprès de la régie. Ces dispositions sont étendues à compter de l'année 2020 à l'ensemble des mesures, y compris celles gérées par l'établissement. En conséquence, le déploiement de cartes de retrait est en cours. Il permet au patient de retirer une somme hebdomadaire (auprès de la *Caisse d'Epargne*) sur une base déterminée avec son mandataire. Si nécessaire, le patient est accompagné par du personnel soignant pour ce retrait.

En revanche, pour toute demande qui fait exception (achat de vêtements, cadeau pour un proche, dépense imprévue) une justification semble être demandée au personnel pour confirmer la réalité du besoin, le plus souvent par téléphone, voire par courrier.

3.6 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE POUR LES PATIENTS N'EST PAS FACILITE

Il n'a été trouvé aucune trace d'une information ou organisation permettant le vote aux élections européennes de mai 2019⁸, laissant ainsi à penser qu'aucune action n'a été menée. Les éléments fournis aux contrôleurs ont, par voie de conséquence, concerné les élections présidentielles et législatives de 2017, soit quatre scrutins distincts. Ils ont mis en évidence plusieurs difficultés : un défaut d'organisation et de proactivité concernant les opérations préalables (vérification des listes électorales, mise en possession des papiers d'identité, préparation, le cas échéant, des procurations, autorisations de sortie) et une absence de coordination.

La faible traçabilité ne permet pas d'obtenir des données chiffrées. Sur les huit unités d'hospitalisation, seules cinq s'ont été en mesure de communiquer des informations sur les scrutins de 2017, mais de façon incomplète, rendant les données assez inexploitables.

Selon les propos recueillis lors du contrôle, quelques patients qui auraient souhaité voter n'ont pu s'y rendre, pour des raisons médicales ou administratives.

Enfin, l'attention des contrôleurs a été attirée sur les dispositions de la loi du 23 mars 2019 tendant à redonner le droit de vote aux patients sous tutelle pour lesquels le juge des tutelles l'avait supprimé. Cette mesure est susceptible de concerner un certain nombre de patients, principalement hospitalisés au long cours.

⁷ Circulaire de la DGFP (direction générale des finances publiques) prise pour l'application de l'article 9 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de réforme pour la justice.

⁸ Scrutin du 26 mai 2019 en vue de l'élection des députés au Parlement européen

RECO PRISE EN COMPTE 6

L'information et l'accès pour les patients aux opérations de vote doivent être organisés pour tous les scrutins. L'organisation doit être prévue suffisamment en amont et favoriser le vote par procuration pour les patients qui le souhaitent ou ne peuvent pas se déplacer. Par ailleurs, l'établissement doit s'attacher, en lien avec les mandataires judiciaires, à mettre en œuvre l'accès au vote pour les patients sous tutelle conformément aux dispositions de la loi du 23 mars 2019.

Une procédure, sur l'organisation de l'information et l'accès des patients aux opérations de vote a été mise en place, dont la mise en œuvre s'est effectuée à l'occasion du second tour des municipales du 28 juin 2020. Le CGLPL a pris connaissance des documents joints à la réponse et prend acte des améliorations réalisées depuis sa visite.

3.7 L'ACCES A L'EXERCICE DU CULTE EST LIMITE ET INEGALEMENT REPARTI

Le livret d'accueil de l'établissement stipule, dans la rubrique consacrée aux convictions religieuses, que « *la liste et les coordonnées des représentants des différents cultes sont disponibles au sein des unités* ». Cette information est erronée et ne renvoie nullement aux possibilités effectives d'exercice du culte qui sont données aux patients.

En effet, le seul culte organisé et accessible aux patients en grande majorité pour ceux du site de Lommelet, est le culte catholique. Si l'accès à la chapelle est interdit au public depuis plusieurs années pour des raisons de sécurité, une messe est en revanche célébrée chaque samedi dans l'ancienne sacristie, aménagée à cet effet. Une vingtaine de patients en moyenne y participe.



L'ancienne sacristie aménagée pour la célébration du culte catholique (Lommelet)

L'aumônière régulièrement présente sur le site organise également avec des bénévoles (prêtres ou personnes à la retraite) des temps de convivialité le mercredi après-midi (débat, projections de films) ainsi qu'un « accueil-café » de libre accès l'après-midi. Ces temps d'échange sont fréquentés par un nombre important de patients (au-delà de la stricte adhésion confessionnelle), d'autant plus que la cafétéria n'est pas ouverte tous les jours. L'articulation avec les unités du site est facilitée par leur proximité, mais elle reste toutefois informelle. Les personnes en soins sans consentement peuvent participer sans difficulté à ces temps de convivialité, le cas échéant, accompagnées par des bénévoles ou par l'aumônière qui a reçu à cet effet une formation.

En revanche, l'action de l'aumônerie ne s'étend pas au site de Roubaix, où il n'existe aucun endroit réservé à l'exercice du culte. Des visites et entretiens avec l'aumônière sont possibles sur demande,

mais les sollicitations sont rares, selon les propos recueillis, ce qui peut aussi s'expliquer par l'absence de toute action et information sur le sujet.

Par ailleurs, les autres cultes ne bénéficient d'aucune représentation sur l'un ou l'autre des sites de l'EPSM-AL.

Le patient peut pratiquer le culte de son choix dans sa chambre, si cette pratique reste discrète, ou bénéficier d'autorisations de sortie (sous réserve de son état clinique) pour se rendre sur des lieux de culte extérieurs. L'adaptation des repas aux croyances religieuses (en particulier sur la période du ramadan) est systématiquement respectée sur demande du patient.

Enfin, l'information au sein des unités sur l'accès au culte, en particulier par voie d'affichage, est très restreinte. Sur l'ensemble des unités visitées, seules deux unités relayaient les informations liées au culte catholique. L'établissement dispose pourtant d'une liste complète de représentants des différents cultes de la région, datée de juin 2010, qui doit être actualisée puis diffusée dans les unités.

La liste des représentants des différents cultes, dont une copie a été jointe au courrier de réponse, a été réactualisée et elle est affichée dans chaque unité.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les possibilités pour le patient d'accéder à l'exercice du culte de son choix énoncées dans le livret d'accueil doivent être mises en œuvre par l'établissement. De même, la liste répertoriant les représentants des différents cultes, doit être réactualisée et diffusée au sein des unités.

3.8 LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS EST CLAIREMENT FORMALISE

Le livret d'accueil désigne le président de la commission des usagers (CDU) comme l'interlocuteur auquel adresser, par courrier postal, toute plainte ou réclamation qu'elle examine en vue d'apporter une solution en cas de litige. Une note interne de mars 2012 précise que les plaintes et réclamations, y compris formulées oralement, donnent lieu, dans un premier temps à un accusé de réception dans les huit jours indiquant les éventuelles voies de recours et la possibilité de contacter les associations d'usagers présentes au sein de l'établissement. La plainte ou réclamation est adressée au service concerné – médecin référent, chef de pôle et cadre de service – pour recueillir les informations nécessaires. En l'absence de réponse, le service est relancé au bout d'un mois ; aucun délai de réponse n'est fixé, il est évalué par le président de la CDU selon la gravité de la plainte. Dans l'hypothèse où le plaignant juge la réponse insatisfaisante, la saisine du médiateur médical ou non médical est proposée, qui transmet ensuite au président de la CDU un compte rendu de la rencontre, adressé aux différents membres de la commission. Le plaignant peut enfin solliciter une audition par la commission.

Il a été décidé depuis 2012 de recenser annuellement l'ensemble des plaintes et réclamations afin de procéder à une analyse de celles-ci. Les résultats sont présentés chaque année aux membres de la CDU. En 2017 comme en 2018, vingt-huit réclamations ont été recensées, émanant de patients ou de proches à part égale, la majorité ayant été adressée par courrier

Les motifs de plaintes en 2018 portaient sur des problèmes liés à la prise en charge médicale (treize) et paramédicale (une), aux conditions de séjour (quatre), à des vols ou pertes (deux) ou autres (huit). Concernant les plaintes relatives à la prise en charge, le rapport annuel de l'établissement indique qu'il est toujours proposé une rencontre avec les équipes, les associations d'usagers, les médiateurs

ou le président de la CDU.

Au sein des unités, les soignants sont informés de la possibilité de saisir la CDU de toute plainte ou réclamation et orientent les patients en ce sens, s'appuyant sur les informations du livret d'accueil et les notes correspondantes affichées dans les unités. Lorsqu'ils ont été victimes de vol ou de perte d'un objet, ils peuvent également contacter l'association Archipel pour une demande de dédommagement. Les plaintes et/ou requêtes portant sur des vols de cigarettes, nombreux dans les unités, sont traités directement par la cadre de santé ou les soignants.

3.9 NOMBRE DE FICHES D'ÉVÉNEMENT INDESIRABLE RESTENT SANS SUITE MAIS LES INCIDENTS GRAVES FONT L'OBJET D'UNE RÉPONSE ADAPTÉE

Les incidents donnent lieu à des fiches d'événements indésirables (FEI) *via* le logiciel Ennov®, accessible à tout membre du personnel, bien qu'en 2018 environ 60 % des FEI aient été déclarées par du personnel infirmier et 10 % par les cadres de santé. Les FEI sont transmises au service qualité, qui opère un retour d'information vers le cadre de l'unité.

Les statistiques communiquées indiquent que les réponses aux FEI donnent lieu à la mise en place d'une action dans 47,6 % des cas, mais que 34,5 % d'entre elles (46 % au 3^{ème} trimestre 2019) restent sans réponse.

En 2018, 783 FEI ont été recensés contre 804 en 2017. Au 3^{ème} trimestre 2019, on recensait 269 FEI, contre 97 au 3^{ème} trimestre 2018, représentant une hausse de 56,4 % des FEI sur la période récente. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir une explication aux contrôleurs. 39,8 % concernaient les pôles lillois, 32,7 % les pôles roubaisiens et 13,8 % les pôles de pédopsychiatrie. Pour le dernier trimestre 2019, les pôles roubaisiens n'étaient concernés que par 17,1 % des FEI tandis que les chiffres des autres pôles demeuraient globalement identiques.

Les trois types principaux de FEI concernent les atteintes aux personnes (33 %), la prise en charge du patient (19,5 %), les atteintes aux biens (15,7 %). En ce qui concerne les atteintes aux personnes, au troisième trimestre 2019, 50 % concernent des violences physiques, 21,1 % des insultes/intimidations, 10,5 % des accidents, 7,9 % des découvertes et/ou consommation de produits illicites, 5,3 % des automutilations ou tentatives de suicide, 3,9 % des menaces et 1,3 % d'autres violences.

Globalement, les équipes soignantes ont fait état de peu d'incidents graves ou de violences et d'un protocole efficace assurant des renforts très rapides en cas d'incident. Une grande solidarité entre les équipes a été soulignée, ce qui participe au sentiment de sécurité exprimé par les soignants. L'ensemble du personnel reçoit la formation OMEGA.

Deux décès ont été recensés en 2018. En février 2019, un patient, victime de violences physiques de la part d'un autre patient, est décédé des suites des coups portés après sa prise en charge par le service des urgences vers lequel il avait été transporté et n'est ainsi pas recensé dans les décès survenus dans l'établissement.

En cas d'incident grave, au sein des unités, l'épisode est d'abord repris dans le cadre d'un entretien individuel patient/médecin, voire avec l'infirmier et/ou le cadre, puis en équipe lors d'un débriefing. A cela s'ajoute la mise en place systématique par le service qualité d'un comité de retour d'expérience (CREX) dans les deux mois suivants l'incident et réunissant tout le personnel impliqué dans la situation. Un plan d'action est décidé et directement mis en œuvre à l'issue du CREX.

En cas de violence sur un membre du personnel, est requise l'intervention du psychologue du travail. Lorsqu'un patient souhaite porter plainte, il peut être accompagné par un soignant. Une convention

a, à cet égard, été conclue avec le commissariat afin qu'un rendez-vous au commissariat puisse être pris à l'avance ou pour qu'un officier de police judiciaire se déplace pour recueillir la plainte si besoin.

Les FEI ne sont pas communiquées à l'observatoire national des violences en milieu de santé. Selon les explications recueillies, le formulaire ne serait pas adapté aux réalités de terrain et le service qualité ne disposerait pas des ressources nécessaires pour déclarer toutes les FEI au regard de leur nombre important.

Les principaux faits rapportés sont, dans certaines unités lilloises, davantage liés aux fugues, tandis que dans d'autres ont été évoqués des tentatives de rackets, de petits vols entre patients, des consommations et échanges de stupéfiants ou des trafics sur les médicaments. Parmi les points de difficultés majeurs soulevés par le personnel, la problématique des toxiques saisis est récurrente et commune aux pôles lillois et roubaisiens.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE LA MISSION QUI LUI EST IMPARTIE PAR LA LOI

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), compétente pour le département du Nord, est présidée par une psychiatre intervenant dans l'établissement. Elle est composée de deux autres médecins – un psychiatre et un généraliste, tous deux démissionnaires⁹, d'un représentant des familles d'usagers (UNAFAM¹⁰ – Nord), d'un représentant des usagers (association Nord Mentalité) ainsi que d'une magistrate près le tribunal de grande instance de Valenciennes. Son secrétariat est assuré par l'ARS des Hauts-de-France.

Réunis par binômes, ses membres assurent une visite annuelle de chaque établissement psychiatrique situé dans le département lequel est le plus doté de France, selon les informations rapportées aux contrôleurs (treize établissements habilités à soigner des personnes hospitalisées sans consentement, répartis sur vingt et un sites). A cette occasion, la CDSP visite les locaux et notamment les espaces d'isolement, rencontre les patients qui en font la demande, consulte les registres de la loi et accède à certains dossiers, en tant que de besoin. Afin d'harmoniser les pratiques et constats de ses membres, la commission a établi une « grille de visite » recensant ses points de contrôle. Elle projette de mettre en œuvre une grille d'entretien destinée à servir de fil conducteur lors des échanges avec les patients.

Outre d'éventuelles recommandations émises verbalement auprès de la direction des établissements concernés, un compte-rendu en est ensuite établi. Ainsi, l'établissement a transmis aux contrôleurs les comptes-rendus des visites effectuées sur le site Lommelet de l'EPSM-AL, le 20 février 2018 (par une psychiatre et une représentante de l'UNAFAM) et le 25 février 2019 (par un médecin généraliste et la même représentante des familles d'usagers). Dans les deux cas, ces comptes-rendus soulignent l'absence d'affichage, préalable dans les unités, informant les patients hospitalisés de leur visite.

Dans le courrier de réponse adressé au CGLPL, il est indiqué que le directeur d'établissement ainsi que le président de CME sont informés de la visite de la CDSP par courriel quelques jours avant l'arrivée des représentants. Le courriel d'information de la CDSP annonçant la visite du site comporte un document d'information destiné aux patients hospitalisés en soins sans consentement et un document d'information destiné aux professionnels des services de psychiatrie. Dès réception de ce courriel et de ses pièces jointes, le service des admissions du site procède à l'information de chaque service en lui demandant expressément d'afficher l'information destinée aux patients et aux professionnels. Ainsi sur la dernière visite de la CDSP sur le site de Bonnafé du 11 octobre 2019, il a été demandé au service de soins (chef de pôle, cadre et cadre supérieur de santé, secrétariat) de bien vouloir organiser l'affichage du document d'informations à destination des patients dans un endroit visible de l'unité. Par ailleurs, les représentants de la CDSP (qui auraient constatés ce défaut d'affichage) ne rentrent pas, par choix, dans chaque unité mais reçoivent les patients dans la salle d'accueil famille ou un bureau de consultation annexe à l'unité. Dès lors ils ne sont pas en mesure de contrôler l'affichage sur le lieu de vie des patients. Cette information par voie d'affichage et par sondage individuel est accessible à tous les patients pris en charge sous la forme d'une

⁹ Une demande de proposition de remplaçants était, à la même date, en cours d'examen par l'Ordre des médecins.

¹⁰ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

hospitalisation complète ou sous la forme d'un programme de soins incluant des soins en hospitalisation complète (patient en hospitalisation de jour, de nuit ou fractionnée dans la semaine). Pour les autres patients en programme de soins sans séquence en hospitalisation, les délais de prévenance de la CDSP (7 jours) rendent difficile une information personnalisée effective à chaque patient en programme de soins.

Le CGLPL prend acte de ces observations et des documents qui y sont annexés, qui sont contradictoires avec les procès-verbaux de la CDSP qui lui ont été communiqués.

PROPOSITION 2

Les visites programmées de la commission départementale des soins psychiatriques devraient être annoncées dans un délai préalable suffisant, aux patients astreints à un programme de soins et aux mandataires des patients en soins sans consentement.

La commission se réunit une fois par trimestre afin de mutualiser les observations de ses membres résultant de ces visites. A cette occasion, elle examine les données qui lui sont communiquées concernant les soins sans consentement. Elle formule des observations écrites et elle rédige des réponses aux courriers qui lui sont adressés.

Un rapport d'activité est produit chaque année. Il ressort de ceux relatifs aux années 2016, 2017 et 2018 que la composition de la commission est restée stable durant cette période. En 2018, cette instance a été saisie de dix courriers sollicitant la levée de mesures de soins sans consentement (contre cinq en 2017, deux en 2016). Elle n'a pas proposé d'y donner une suite favorable. Au cours de la même année, elle a par ailleurs procédé à l'examen de 164 dossiers individuels et relevé 39 anomalies (absence de recherche de tiers, certificats médicaux non conformes, identiques ou insuffisamment explicites, irrégularité dans les délais de réception des certificats mensuels).

4.2 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ACTIVEMENT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

Une maison des usagers située sur le site de Lommelet est louée par l'établissement aux représentants des usagers. Elle comporte une vaste salle de réunion, une cuisine et plusieurs bureaux permettant des entretiens avec les usagers et leurs familles. Les bénévoles de l'UNAFAM¹¹ y tiennent une permanence de 14h30 à 17h du lundi au vendredi.

Trois associations sont représentées au sein de la commission des usagers (CDU) : l'UNAFAM depuis de nombreuses années, ainsi que, plus récemment, l'UFC¹² et la FNAPSY¹³ dont des représentants ont été nommés lors de la CDU du 2 décembre 2019.

La CDU s'est réunie trois fois en 2018. Avant chaque réunion, les membres de la CDU se voient notamment transmettre les synthèses des plaintes et réclamations, des demandes d'accès au dossier médical et des questionnaires de satisfaction. Il a par ailleurs été indiqué qu'en 2017, la CDU a été associée à la procédure de certification de l'établissement, notamment en qualité de référente du processus « Droits des patients ».

Le livret d'accueil a fait l'objet, en juin 2016, d'une réactualisation à laquelle ont été associés des

¹¹ Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

¹² Union fédérale des consommateurs

¹³ Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

membres de la CDU. Le livret d'accueil comprend un volet sur les droits des patients et mentionne l'existence de la CDU et sa mission. Cette information des patients est par ailleurs relayée par des affiches présentes dans les unités d'hospitalisation, de même que la circulaire relative à la composition de la CDU, qui mentionne également la possibilité de la saisir. En revanche, les représentants des usagers ne se rendent pas dans les unités.

Dans son dernier rapport annuel, la CDU recommandait notamment de « *continuer d'améliorer le délai de transmission des dossiers médicaux* » par une révision de la procédure améliorant la fluidité de la réponse et par la formation/sensibilisation des secrétariats médicaux ; et « *d'améliorer le suivi des doléances* » en traçant mieux le suivi des plaintes et réclamations et en adaptant la réponse aux doléances.

Les représentants des usagers rencontrés comme la direction de la qualité ont, de part et d'autre, fait état d'un dialogue actif et constructif.

4.3 LA BONNE TENUE DES REGISTRES DE LA LOI MERITE D'ÊTRE HARMONISÉE MAIS PERMET UN CONTROLE EFFECTIF DU DÉROULEMENT DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

Le registre institué par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique est tenu, sur chacun des sites de l'EPSM-AL, par les agents en charge des admissions, sous la responsabilité de deux attachées d'administration hospitalière – l'une est en charge du CPAA et du site de Lommelet, l'autre du site roubaisien.

Sur chaque site, plusieurs registres sont en cours d'utilisation au moment de la visite. Des « livres de report » sont tenus par ailleurs et permettent si nécessaire de suivre une même procédure répartie dans plusieurs de ces livres.

Les registres ne sont pas différenciés en fonction du type de soins sans consentement. Ils sont tenus de manière chronologique et sont à jour au moment de la visite. Les documents qui y sont reproduits sont imprimés, en format réduit et sur du papier autocollant, ce qui permet une tenue propre et lisible de l'ensemble.

Tous les registres consultés sont globalement bien tenus à quelques oublis ponctuels près.

Toutefois, certaines des mentions prévues par la loi sont fréquemment manquantes, telles celles relatives à la profession de la personne hospitalisée ou à l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique. En outre, les index finaux recensant l'ensemble des patients inscrits au registre considéré ne sont pas toujours renseignés.

A la différence des arrêtés préfectoraux ordonnant des soins psychiatriques, les décisions du directeur ne sont en outre pas reproduites. Il est vrai que cette reproduction n'est pas exigée par la réglementation. Elle pourrait cependant être envisagée, ce qui permettrait de disposer d'une information complète permettant de contrôler la régularité de ces décisions.

Par ailleurs, trois disparités de pratiques ont été relevées entre les trois sites de l'établissement. L'EPSM-AL gagnerait à les harmoniser en ne conservant que celles qui correspondent le plus fidèlement à l'esprit de la loi. En outre, l'harmonisation des registres permettrait d'effectuer un contrôle plus efficace des procédures de soins sans consentement :

- en premier lieu, deux seulement des trois sites proposent des registres sur lesquels est reproduite, lorsqu'elle existe, la demande d'hospitalisation présentée par un tiers : cette pratique est pertinente, notamment car elle permet d'apprécier la régularité de cette demande et le lien de proximité existant entre ledit tiers et la personne hospitalisée ;

- en deuxième lieu, un seul des sites propose des registres dans lesquels sont reproduites les ordonnances du juge des libertés et de la détention quel qu'en soit le sens (prolongation, levée voire non-lieu à statuer) : sans préjudice de la mention manuscrite, par ailleurs, de la date et du sens de ces décisions, cette pratique permet un meilleur contrôle de la régularité de la procédure ;
- enfin, deux des sites seulement proposent des registres dans lesquels sont reproduits les formulaires de notification aux patients des mesures qui les concernent : si ces formulaires sont perfectibles puisqu'ils ne comportent pas, lorsqu'ils émanent de l'EPSM-AL, mention des droits garantis aux personnes admises en soins sans consentement (cf. § 3.2.1), cette reproduction est conforme aux termes de la loi en tant qu'elle permet de contrôler la notification au patient de la décision et des voies et délais de recours dont ils dispose à son encontre. En outre, elle permet d'apprécier le délai dans lequel cette notification a été effectuée.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les bonnes pratiques observées dans certains registres de la loi, dont la tenue n'appelle pas de remarque particulière, gagneraient à être généralisées aux trois sites de l'établissement.

Une harmonisation des pratiques a été engagée au lendemain de la visite du CGLPL afin de tenir compte des remarques émises lors de la restitution. Cette harmonisation s'est poursuivie pour prendre en compte les dernières remarques adressées dans le rapport provisoire. Une liste unique et exhaustive des informations à retranscrire dans le registre de la loi a été finalisée, validée et intégrée dans le fonctionnement des trois sites d'hospitalisation concernés. Ce document a été joint au courrier de réponse.

L'ensemble des registres consultés a été régulièrement visé par la CDSP (une fois par an) et par les services du procureur de la République (tous les ans).

L'examen de ces registres a également permis de constater que les certificats médicaux qui y sont reproduits sont rédigés en des termes systématiquement différents et personnalisés. Cependant, la justification des risques d'atteinte à l'intégrité ou à la sûreté du patient ou des tiers, qui est exigée par la loi, y apparaît parfois trop lapidaire, voire totalement absente.

En outre, il ressort de cet examen que les mesures d'hospitalisation sans consentement sont fréquemment levées dans des délais très courts, notamment au CPAA, dès l'agitation initiale contenue et la compliance aux soins acquise.

Par ailleurs, les décisions d'hospitalisation contrainte à la demande du maire de Roubaix, consultées dans ces registres, comportent mention d'une voie de recours devant le tribunal administratif qui est erronée et doit donc être rectifiée. De plus, lorsque ces décisions résultent d'une interpellation policière et d'un placement en garde à vue de la personne, le procès-verbal d'interpellation est reproduit au registre, sans aucune justification. Cette pratique devrait être abandonnée. Il est, enfin, apparu à la consultation de ces mesures et au gré des témoignages recueillis que deux médecins psychiatres régulièrement requis par les forces de police aux fins d'expertise au cours de mesures de garde à vue se révèlent prompts à proposer l'admission en soins sans consentement des personnes concernées. Il apparaît que ces mesures sont le plus souvent levées dans les 12 à 24 heures.

4.4 LES PATIENTS BENEFICIENT D'AUTORISATIONS DE SORTIE ET DE PROGRAMMES DE SOINS DES QUE LEUR ETAT CLINIQUE LE PERMET

Dès lors que leur état clinique le permet, les patients hospitalisés en soins sans consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée (ASCD). En règle générale, mais pas systématiquement, elles sont d'abord d'une durée de 12 heures avec un accompagnement, puis de 48 heures sans accompagnement. En fonction de l'évolution de leur état de santé et, également, de leur situation personnelle, sociale et familiale, un programme de soins ambulatoires peut être proposé.

Selon les informations recueillies, les ASCD seraient nombreuses et à visée thérapeutique – pour des soins somatiques ou des activités extérieures, notamment sportives, en particulier.

L'examen des données communiquées par chacun des pôles visités par les contrôleurs fait cependant apparaître un nombre contenu de ces autorisations au premier jour du contrôle : selon ces informations, sur les 122 patients hospitalisés à cette date, 61 sont en soins sans consentement et seulement 8 bénéficient d'ASCD, dont 2 pouvant aller jusqu'à 48 heures.

Cependant, l'examen, dans l'un des secteurs visités, du classeur tenu par le secrétariat médical et répertoriant les ASCD accordées aux mois de novembre et de décembre 2019 aux seize patients alors pris en charge en soins sans consentement par les médecins de l'unité (tous n'étant pas nécessairement hospitalisés dans celle-ci) fait ressortir les éléments suivants : six de ces patients ont bénéficié durant cette période de deux mois d'autorisation de 48h non accompagnés et sept autres d'autorisations de sortie 12h accompagnés. Seuls les trois patients restant, hospitalisés depuis une date très récente, n'avaient pas encore bénéficié d'autorisation de sortie, quelle qu'elle soit.

Par ailleurs les contrôleurs ont pu constater, à l'examen des registres de la loi, qu'un patient hospitalisé au mois de mars 2019 (à la suite d'un jugement le déclarant irresponsable pénalement) a pu bénéficier d'autorisations de sortie à compter du mois suivant. Il a fait par la suite l'objet d'un programme de soins (PDS) qui a été instauré au mois de novembre 2019.

Aucune difficulté particulière pour l'obtention des ASCD ou des PDS au bénéfice de patients pris en charge sur décision du représentant de l'Etat n'a été rapportée aux contrôleurs, sous réserve du respect du délai habituel de 48 heures – à l'exception, toutefois, des demandes d'autorisation de sortie présentées lors du week-end de la traditionnelle braderie de Lille.

Selon les renseignements communiqués, aucune ASCD n'est en effet accordée par l'autorité préfectorale lors de cette festivité, y compris pour des patients habitués à bénéficier d'autorisations, même depuis longtemps. Alors que les refus préfectoraux sont le plus souvent motivés, ceux-là ne sont en général pas formalisés mais transmis oralement, par appel de l'ARS des Hauts-de-France à l'établissement. Un refus écrit de ce type a néanmoins été constaté par les contrôleurs ; daté du 1^{er} septembre 2017, il mentionne : « *je m'oppose aux sorties non accompagnées durant le WE de la braderie* ». Il ressort cependant des informations communiquées que les médecins et agents hospitaliers ne refusent pour autant pas d'engager des demandes d'autorisation de sortie pour cette période – ce qui ne peut qu'être encouragé.

Les effets de la braderie de Lille sur le suivi des prises en charge psychiatriques peuvent également concerner la levée des hospitalisations : les contrôleurs ont ainsi constaté, à l'examen des registres de la loi, qu'un patient, hospitalisé le vendredi 30 août 2019 à l'issue d'une garde à vue, a fait l'objet le samedi 31 août à 11h30 d'un certificat médical proposant la levée de la mesure, devenue injustifiée. Toutefois, la mesure n'a été levée qu'à l'issue du week-end de braderie et de la journée

chômée qui le suit, soit le mardi 3 septembre 2019 au matin. La personne a donc passé 72h en hospitalisation contrainte sans justification médicale.

RECOMMANDATION 4

L'octroi aux patients hospitalisés en soins sans consentement d'autorisations de sortie de courte durée ne doit être fonction que de l'appréciation médicale de leur état clinique. L'autorité préfectorale ne peut s'abstenir ou refuser d'y donner suite pour d'autres motifs non personnalisés.

Pour le reste, sur un échantillon de dix-huit refus préfectoraux opposés à des demandes d'ASCD entre 2014 et 2019, quatre seulement ne sont pas motivés, qui datent de 2014 ou 2015 ; les autres le sont, le plus souvent par mention de ce que le signataire attend de s'assurer qu'une sortie accompagnée se déroule sans difficulté pour autoriser une sortie non accompagnée. Les refus les plus récents soulignent l'insuffisance des dossiers de demande présentés et sollicitent un certificat médical plus circonstancié.

Les renseignements communiqués n'ont pas non plus fait apparaître de difficulté dans la mise en œuvre des PDS – lesquels peuvent intervenir très rapidement, y compris au CPAA et donc dans les soixante-douze premières heures de la prise en charge en soins sans consentement – ou pour l'obtention d'arrêtés préfectoraux de levée de mesures de SDRE. Les demandes préfectorales de second avis seraient relativement rares. Elles coïncideraient, le plus souvent, avec la prise de fonctions d'un nouveau signataire et ne seraient que temporaires.

Au jour du contrôle, pour un secteur donné, seize PDS sont en cours. Ils sont réédités et redatés à chaque certificat mensuel. Aucun ne prévoit de ré-hospitalisation séquentielle du patient. Un seul suivi ambulatoire est envisagé. Dans un autre secteur, les PDS successivement mis en œuvre pour dix-neuf patients en soins sans consentement, datés de 2011 à 2019, ont été communiqués aux contrôleurs. Pour deux personnes, le programme initial a prévu une ré-hospitalisation séquentielle d'une nuit par semaine, abandonnée dans les versions ultérieures du programme. Pour l'ensemble des autres patients, les PDS prévoient des soins extra hospitaliers seulement, y compris à domicile. Si certains des programmes consultés font apparaître qu'ils peuvent être adaptés temporairement – par exemple pour les congés du patient – les renseignements communiqués aux contrôleurs par l'un des médecins référents rencontrés font ressortir que les PDS sont travaillés avec le patient seulement. La famille, le tuteur ou la personne de confiance n'en sont le plus souvent pas informés.

4.5 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, MECONNU DES EQUIPES SOIGNANTES, NE REÇOIT NI NE RECUEILLE LES DIRES DES PATIENTS

Les calendriers de saisine du collège prévu par l'article L. 3211-9 du code de la santé publique sont tenus par les secrétariats médicaux des unités, lesquels n'ont pas fait état de difficulté pour le respect des délais d'édiction des avis requis par la loi.

Cependant, les constats opérés au sein des unités des deux sites de l'établissement font apparaître une méconnaissance générale, de la part des équipes soignantes, du rôle et des modalités d'intervention de ce collège ainsi qu'une disparité des pratiques médicales en la matière.

Au mieux, deux médecins d'un même secteur (éventuellement l'un de l'intra hospitalier et l'autre de l'extra hospitalier), dont le médecin référent, et le cadre de santé (voire un infirmier) se réunissent de façon informelle. Toutefois, le patient n'est jamais convoqué. Ainsi donc, son médecin

référént lui remet ultérieurement l'avis arrêté par le collège, sans qu'une procédure n'encadre cette notification.

Le plus souvent, cependant, le collège ne se réunit pas formellement : c'est le médecin référént qui rencontre le patient, rédige l'avis qui est signé par un infirmier connaissant le patient et un autre médecin. Ce dernier, provenant éventuellement du secteur extra hospitalier, ne le connaît pas non plus et ne le rencontre pas systématiquement avant cette signature.

S'il s'avère que préalablement à la formalisation de l'avis du collège puis lors de la remise de cet avis au patient, le médecin référént échange avec celui-ci sur les modalités de sa prise en charge, voire recueille ses observations, aucune des pratiques constatées n'est conforme aux dispositions du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 5

Les modalités d'intervention du collège des professionnels de santé doivent faire l'objet d'une protocolisation permettant d'en assurer la légalité et l'harmonisation. Dans tous les cas, le collège doit se réunir formellement et recevoir le patient afin de recueillir ses dires et observations préalablement à l'édition de son avis. Ce protocole gagnera à rappeler le rôle de ce collège et à être porté à la connaissance de l'ensemble des équipes soignantes.

L'EPSMAL prend en compte la recommandation du CGLPL en précisant le rôle et les modalités d'intervention du collège dans le guide pratique sur les soins sans consentement destiné au personnel hospitalier.

4.6 L'INTERVENTION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION BENEFICIE D'UNE ORGANISATION MATERIELLE EFFICIENTE ET DU CONCOURS D'AVOCATS IMPLIQUES

Malgré l'absence de convention liant l'EPSM-AL et les juridictions judiciaires du ressort, des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) sont organisées depuis 2015 sur le site de Lommelet, à raison de deux matinées par semaine. S'y ajoute une troisième audience organisée, un autre jour de la semaine, sur le site d'Armentières de l'EPSM-Lille métropole, à laquelle des patients de l'établissement peuvent également être conduits si les délais de comparution l'imposent. En cas de jour férié, un report d'audience sur une autre journée est organisé.

La salle d'audience mise à disposition de la juridiction a fait l'objet de divers aménagements pour la rendre conforme aux préconisations qui ont résulté d'une visite commune du procureur de la République et de l'ARS des Hauts-de-France. Signalisée sur les plans du centre hospitalier, elle est indiquée de façon apparente à l'entrée du bâtiment concerné par la mention « *Tribunal de grande instance – Salle d'audience* ». Les patients s'y présentent seuls ou accompagnés d'un soignant. Les personnes hospitalisées à Roubaix sont véhiculées jusqu'au site lillois.

Les locaux judiciaires sont spacieux, lumineux et en bon état général. Ils comportent, d'abord, une vaste salle d'attente située à proximité de la salle d'audience en tant que telle. Celle-ci comporte plusieurs chaises pour le public ainsi que trois tables : la principale est occupée par le JLD et son greffier ; les autres sont destinées, d'une part, au patient et à son avocat et, d'autre part, au(x) représentant(s) de l'établissement.



La salle d'attente



La salle d'audience

Ensuite, ces locaux comprennent trois salles distinctes, correctement aménagées, destinées aux avocats. Un code de la santé publique y est mis à disposition.

L'établissement est représenté à chaque audience par l'une des attachées d'administration hospitalière en charge des admissions, de la tenue des registres de la loi et des procédures juridictionnelles. Ces agents ne prennent toutefois pas part aux débats lorsque la procédure intéresse un patient en SDRE. Le préfet du Nord n'est pas représenté.

Les patients ne sont jamais présentés au juge en pyjama. Ils bénéficient tous de l'assistance d'un avocat au titre de l'aide juridictionnelle, accordée sans examen de leurs ressources.

Quatre JLD interviennent au titre de ces procédures, par roulement d'une semaine par mois. Le barreau de Lille a quant à lui installé une commission spécialisée « personnes vulnérables », dont les membres sont volontaires pour assurer les permanences requises à raison d'une journée par mois, mobilisant deux avocats. Cinq dossiers sont pris en charge par un titulaire, le surplus éventuel est confié au suppléant.

L'EPSM-AL communique avec le greffe de la juridiction par voie électronique sous couvert d'un logiciel crypté. Des informations recueillies, il ressort que le greffe demande en tant que besoin à l'établissement de compléter les dossiers dont il saisit la juridiction. Certains avocats se plaignent de cette pratique qu'ils considèrent rompre le principe d'impartialité et d'équité. Ils critiquent également le refus de l'établissement de soumettre certaines pièces au débat contradictoire préalable à l'audience.

Les avocats qui interviennent au titre de la permanence du barreau connaissent les procédures de soins sans consentement et soulèvent des moyens pertinents. Lorsqu'ils n'ont pas pu rencontrer leur client, ils en informent le JLD et, ne disposant pas de consigne de sa part, ne plaident pas. Des propos recueillis, il ressort que les avocats ne rencontrent pas de difficultés pour contacter leurs clients en amont des audiences ; « *les équipes sont informées et ça fonctionne* », « *on sent que les soignants leur ont expliqué* ». De fait, les « *Conditions d'accueil des avocats sur les sites d'hospitalisation temps plein de l'EPSM-AL* » font l'objet d'un protocole de l'établissement, daté du 11 février 2019.

Selon les renseignements communiqués aux contrôleurs, les tiers demandeurs, personnes de confiance et tuteurs sont convoqués aux audiences mais ne se déplacent quasiment jamais. Le défaut de convocation constitue un vice susceptible, s'il est soulevé, de justifier la levée de la mesure. Copie de l'ordonnance judiciaire leur est adressée, selon les informations transmises par l'établissement.

Par ailleurs, les soignants qui accompagnent éventuellement les patients à l'audience ne sont jamais invités à s'exprimer durant celle-ci. Ils restent d'ailleurs souvent dans la salle d'attente.

Depuis 2011, des comités de pilotage sont annuellement organisés : ils réunissent des représentants de la juridiction, des médecins et représentants des différents établissements hospitaliers concernés (EPSM-AL et LM, CHRU de Lille, UHSA¹⁴), des représentants du barreau de Lille et de l'ARS des Hauts-de-France. Lors de ces rencontres, toute question intéressant le déroulement des audiences peut être évoquée. Les motifs d'irrégularité procédurale ayant conduit à la levée d'une mesure peuvent également être analysés aux fins d'explications.

Les magistrats interviennent à l'audience en tenue civile, à la différence des avocats dont la plupart revêtent la robe. Les pratiques constatées dans la tenue de l'audience sont variables mais la parole est toujours donnée au patient en dernier. Les droits qui lui sont garantis et notamment les voies de recours dont il dispose ne lui sont pas systématiquement rappelés.

Les affaires sont mises en délibéré et la décision est différée, le plus souvent l'après-midi même des audiences.

Selon les informations transmises, le nombre de décisions de mainlevée des mesures de soins sans consentement est limité. Le cas échéant, ces décisions concernent essentiellement des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat. En effet, l'EPSM-AL a, d'une part, adapté et standardisé ses pratiques en fonction de la jurisprudence des JLD intervenant lors des audiences et d'autre part, les procédures sont « *mieux tenues* », selon les témoignages recueillis, lorsqu'elles concernent des patients hospitalisés sur décision du directeur de l'établissement. La transmission des pièces requises étant souvent tardive voire totalement défailante pour les patients en SDRE.

Les données chiffrées communiquées aux contrôleurs sont réparties par site d'hospitalisation complète, ne facilitant pas une analyse globale à l'échelle de l'établissement. Il en ressort néanmoins qu'elles confirment le caractère limité du nombre de mainlevées prononcées par le juge : au cours des onze premiers mois de l'année 2019, ce chiffre atteint un total de seize mainlevées pour le site de Lommelet (dont treize ont concerné des patients en SDRE) et de onze pour le site de Roubaix (dont trois relatifs à des patients en SDRE).

Les motifs de ces ordonnances judiciaires sont variables. Cependant, l'insuffisante motivation des certificats est régulièrement retenue par les magistrats (six occurrences sur onze sur le site roubaisien au cours de l'année 2019, par exemple). Le défaut de production d'une délégation de signature conduit en outre invariablement au prononcé de la mainlevée, quitte à ce que la décision soit infirmée en appel (une occurrence en 2019).

Il ne serait pas systématiquement relevé appel des ordonnances de mainlevée. Selon les renseignements communiqués, des contacts sont alors noués avec les représentants du procureur de la République, qui peuvent solliciter l'établissement pour disposer d'un avis médical actualisé relatif à l'état de santé du patient. Si l'appel est formalisé, il est suspensif ; dans tous les cas, la cour d'appel de Douai exige la production d'un certificat médical de moins de 48 heures. Le patient est alors conduit à la cour d'appel, soit en véhicule de service, soit plus rarement en ambulance si son état le nécessite. L'établissement n'est alors pas représenté.

Des données transmises aux contrôleurs, il ressort également que le nombre de patients non comparants reste contenu. Ainsi donc, pour les patients hospitalisés sur le site de Lommelet, il atteint 125 en 2018, tous secteurs confondus, contre 64 l'année précédente. Sur ce total, 98 patients ont refusé de se présenter devant le juge (ils étaient 55 en 2017) et 22 n'ont pas comparu en raison d'une opposition médicale (contre 6 l'année précédente). Enfin, 5 étaient considérés en

¹⁴ UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

fuite (pour 3 en 2018). S'agissant des patients hospitalisés sur le site roubaisien, les données communiquées ne font apparaître que seize oppositions médicales à la comparution du patient au cours de l'année 2018, contre dix-huit en 2019. Au cours des onze premiers mois de l'année 2019, le nombre de ces oppositions médicales a atteint vingt-deux. Des constats opérés par les contrôleurs, il ressort que la non-présentation d'un patient à l'audience peut également résulter d'une mauvaise articulation des autorisations de sortie de courte durée éventuellement accordées aux patients et de leur convocation à l'audience : durant la visite, un patient absent à l'audience avait été autorisé la veille à sortir pour une durée de 48 heures.

Enfin, selon ces données, le nombre de demandes de mainlevée engagées par les patients eux-mêmes est très limité : sur le site roubaisien, cinq demandes seulement en 2019 et une seule en 2018. Cette rareté interroge la complétude des informations transmises aux patients quant aux droits et voies de recours qui leurs sont garantis (cf. § 3.2.1).

4.7 LES AUTRES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI NE SONT PAS TOUS MIS EN ŒUVRE

Outre les mentions portées aux registres, il ressort des informations recueillies et d'une liste récapitulative consultée sur le site roubaisien de l'établissement que la CDSP effectue au moins une visite annuelle sur chaque site. Le procureur de la République ou les magistrats du parquet s'y rendent également annuellement ; tout comme le président de la juridiction (tribunal de grande instance, devenu tribunal judiciaire).

Une visite de l'autorité préfectorale a été effectuée le 7 février 2019. Le directeur du cabinet du préfet s'est en effet rendu sur le site de Lommelet. Il a, à cette occasion, visité un service de soins et la salle d'audience du tribunal judiciaire.

La Ministre de la santé s'est également rendue sur place le 12 avril 2019 et a procédé à une visite d'une unité d'hospitalisation.

Aucune visite d'autorité municipale n'a en revanche été signalée aux contrôleurs ni constatée par eux.

RECOMMANDATION 6

Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, les maires des communes de Lille, de Roubaix et de Saint-André-lez-Lille doivent visiter périodiquement l'établissement.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES PATIENTS SUBISSENT DES RESTRICTIONS IMPORTANTES SUR LEUR LIBERTE DE CIRCULATION EN RAISON DE PREOCCUPATIONS SECURITAIRES

Toutes les unités d'hospitalisation sont fermées.

Sur le site lillois, l'hôpital est situé au cœur d'un grand parc librement accessible au public. Les unités d'hospitalisation sont situées au rez-de-chaussée et accessibles par le hall d'entrée de l'hôpital. Chacune d'elles dispose d'une cour intérieure où les patients peuvent prendre l'air, fumer et échanger à travers la grille avec des visiteurs. Non seulement la configuration de la cour expose les patients au regard du public mais elle multiplie les trafics divers avec l'extérieur. Les soignants sont ainsi mobilisés pour surveiller les rencontres à la grille et empêcher l'introduction de produits illicites. Néanmoins, dans toutes les unités lilloises, la présence de stupéfiants a été décrite comme hautement problématique.

Sur le site roubaisien, à l'exception de l'unité G14, les unités sont situées au premier étage et disposent de terrasses fermées et grillagées accessibles 24h/24. Le seul espace accessible à l'extérieur de l'unité est ce qui est appelé « la cafétéria » qui se résume à un renforcement dans un couloir du rez-de-chaussée équipé de trois distributeurs automatiques (boissons fraîches, boissons chaudes et confiseries) mais dépourvu de tout espace où s'asseoir pour les consommer (cf. § 6.1).

RECOMMANDATION 7

Les patients en soins libres ne doivent pas être hébergés dans des unités fermées. Par ailleurs, le principe d'enfermer les patients en soins sans consentement n'est pas prévu par les textes de loi. Une réflexion institutionnelle, portant sur l'ouverture des unités, doit être engagée.

Dans sa réponse, la direction indique qu'une réflexion est d'ores et déjà engagée dans le cadre du projet médical pour améliorer cet aspect qui concerne de nombreux établissements en France à la croisée du soin et du droit. Des expérimentations ont été effectués notamment dans les secteurs G14 et G23 dans la perspective de disposer de l'ouverture constante de l'unité.

Les patients, quel que soit leur statut d'hospitalisation, ne peuvent en sortir qu'à des horaires précis et sur demande aux soignants. Par exemple, dans l'unité G13, les patients sont autorisés à sortir de l'unité entre 10h30 et 11h et entre 17h et 18h – entre 10h et 12h et entre 14h et 18h dans l'unité G23 – ; en dehors de ces créneaux, y compris pour les patients en soins libres, l'information et l'accord préalables du médecin sont requis pour sortir de l'unité. En effet, dans l'ensemble des unités, les patients en soins libres peuvent en théorie sortir de l'unité mais doivent en réalité demander l'ouverture et donc l'autorisation d'aller à l'extérieur : les soignants demandent où ils vont, pourquoi, et éventuellement mettent en attente pour avis médical, qui peut être défavorable, en particulier si le patient dit vouloir sortir de l'établissement « *car cela engage la responsabilité de l'établissement* ». Dans plusieurs unités, il est apparu que si le « *contrat de confiance* » est rompu, le médecin référent opère une sortie définitive du patient si son état de santé le permet ou, dans le cas contraire, modifie son statut en soins sans consentement.

Les autorisations de sortie sont consenties essentiellement en fonction de l'état clinique du patient, plus qu'au regard de son statut, d'autant plus que les soins sans consentement sont globalement levés dès que possible dans l'ensemble des unités (cf. § 4.4). Il est néanmoins relativement fréquent qu'un patient en soins sans consentement ne soit pas autorisé à sortir de l'unité, ou du moins qu'il

en soit dissuadé. Par ailleurs, toutes les sorties, y compris les sorties pour les activités thérapeutiques, donnent lieu à un certificat médical. Elles peuvent toutefois concerner les patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 8

Les modalités de sortie d'un patient doivent être définies dans son contrat de soins. Les patients en soins libres doivent être à même de sortir de l'établissement par un simple signalement auprès du personnel de l'unité sans avoir à solliciter systématiquement une autorisation préalable.

La direction de l'établissement a formulé la réponse suivante : « *La sortie des patients n'est pas soumise à autorisation préalable. Elle fait l'objet d'un accord commun patient-médecin en lien avec l'équipe de soin et donc programmée. Il n'y a donc pas d'autorisation préalable. Une sortie anticipée d'un patient en hospitalisation libre nécessite une évaluation médicale par le médecin du service.* »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation car les patients comme les soignants ont fait état d'autorisation de sortie notamment pour les patients admis en soins libres.

En pratique, les personnes admises en soins sans consentement ne sortent qu'accompagnées, sauf exceptionnellement, sur le site Lillois, lorsque le patient a déjà bénéficié d'autorisations de sorties de courte durée, accompagnées puis non accompagnées, avant de pouvoir prétendre sortir seules dans le parc de l'hôpital. A titre d'exemple, au moment du contrôle, sur les neuf patients en soins sans consentement présents dans l'unité G22, deux ne pouvaient sortir qu'accompagnés dans le parc, deux n'avaient pas d'autorisation car ils venaient d'être (ré)hospitalisés, trois (dont le seul SDRE du groupe) n'avaient pas d'autorisation de sortir du tout et deux qui bénéficiaient d'autorisation de sortie de courte durée pouvaient sortir seuls dans le parc. Dans l'unité G11, aucun des quatre patients en soins sans consentement n'était autorisé à sortir seul et trois d'entre eux étaient autorisés à sortir accompagnés. A cet égard, les patients rencontrés dans les diverses unités ont exprimé que si les soignants n'étaient pas force de proposition pour sortir dans le parc, ils faisaient de leur mieux pour répondre à la demande d'accompagnement même s'ils n'étaient pas toujours disponibles.

La durée de ces sorties dans le parc n'est officiellement limitée que par les horaires des traitements et des repas. Cependant, les premières autorisations ne sont données que pour une ou deux heures, puis, si les horaires sont respectés, progressivement la durée des sorties est étendue.

RECOMMANDATION 9

Les sorties dans le parc doivent être favorisées pour les patients admis en soins sans consentement qui ne sont pas autorisés à sortir seuls.

Si aucune procédure ne stipule qu'un patient admis en soins sans consentement ne dispose pas de la possibilité de bénéficier de sorties dans le parc de l'établissement, ainsi que le souligne la direction dans son courrier de réponse, il n'en demeure pas moins que les sorties dans le parc ne sont pas suffisamment encouragées et que les patients admis en SSC sont soumis, pour la plupart, à des sorties systématiquement accompagnées.

5.2 LES RESTRICTIONS IMPOSEES DANS LA VIE QUOTIDIENNE NE PORTENT PAS ATTEINTE AUX DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS

5.2.1 Le port du pyjama

Le port du pyjama n'est imposé aux patients qu'en chambre d'isolement. Quelques exceptions ont cependant été signalées, sur prescription médicale en cas de risque suicidaire ou de suspicion de détention de toxiques : « *on ne peut pas fouiller au corps alors on fait mettre le patient en pyjama pour fouiller ses vêtements* ». Le port du pyjama est alors de courte durée, au maximum une journée voire jusqu'au lendemain.

RECOMMANDATION 10

Il convient de mettre un terme à la fouille des vêtements et au port du pyjama pour des motifs sécuritaires.

La direction de l'établissement a formulé la réponse suivante : « *L'alliance thérapeutique est recherchée et le soignant a notamment pour objectif d'entrer dans un rapport de confiance. De ce fait aucune préconisation institutionnelle, aucune procédure ne prévoit la fouille des vêtements et le port du pyjama pour des motifs sécuritaires. Comme il a été relevé par les contrôleurs, la vêtue de type pyjama n'est réservée que dans le cadre de chambre d'isolement et dans le contexte d'une préoccupation sanitaire de prévention notamment de type suicidaire. Un rappel sera fait par le directeur des soins lors de la prochaine réunion d'encadrement supérieur et d'encadrement de proximité ainsi que lors de la prochaine séance de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico technique. Le rappel en a été également fait ainsi lors de la CME du 16 juin 2020* ».

5.2.2 L'accès aux chambres

Les chambres sont assez largement accessibles aux patients sauf pendant les temps d'entretien ménager.

5.2.3 Les horaires

Dans l'ensemble, les horaires n'ont pas semblé rigides. Ce sont plutôt des « créneaux » : créneaux pour le service des repas, le lever et le coucher. La salle de télévision est accessible jusqu'à la fin des programmes de la première partie de soirée.

Les patients choisissent librement leur place à table pour les repas.

5.2.4 Les possibilités de fumer

Les patients ont un accès quasi permanent à une cour ou à un fumoir, dont la configuration et la surface de certains laissent à désirer (Cf. 6.1.c), pour consommer du tabac. Ces espaces sont équipés d'allume-cigarette et de cendrier.

Afin de permettre une consommation adaptée à leur budget, le tabac est en général conservé dans le bureau infirmier pour éviter une consommation excessive et une pénurie rapide pour de nombreux patients.

5.3 LES MODALITES DES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR VARIENT SUIVANT LES UNITES

5.3.1 Le téléphone

Les possibilités de téléphoner varient sensiblement selon les secteurs.

Dans les unités 59G15 et 59G12, les patients ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable. Ils ne peuvent en disposer que ponctuellement, pour un temps et un objet fixés par les soignants. Les patients qui sortent de l'unité peuvent l'utiliser à l'extérieur et le restitue au retour. Les patients ne comprennent pas cette limitation, surtout ceux qui n'occupent pas leur unité sectorielle d'origine, souvent plus clémente de ce point de vue. L'incompréhension est d'autant plus forte à la lecture de l'affiche apposée récemment dans les unités qui précise : « *Vous pouvez utiliser votre téléphone portable ou tout autre objet connecté dans votre chambre ou à l'extérieur de l'unité dans le respect des droits à l'image des personnes.* »

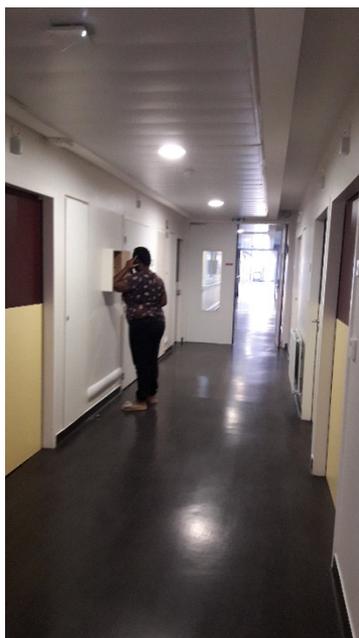
Au sein des unités 59G11 et 59G24, les patients ne font pas l'objet de restrictions systématiques concernant le téléphone, sauf l'interdiction de prendre des photos. Dans les unités 59G22, G23 et G13 les téléphones sont conservés par les patients sauf avis médical contraire : les cordons d'alimentation sont en revanche retirés et conservés au poste infirmier où les patients laissent leur appareil en charge en tant que de besoin.

RECOMMANDATION 11

La confiscation des téléphones constatée dans plusieurs unités ne doit pas être systématique mais tenir compte de l'état de santé du patient et de son évolution. En outre, un téléphone doit être accessible aux patients dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité des échanges.

Dans chaque unité, un téléphone est par ailleurs accessible aux patients mais il est en général installé dans un lieu de passage (couloir, pièce de vie ou de restauration) et ne permet pas d'assurer la confidentialité des communications.

La direction indique dans son courrier, prendre en compte les observations du CGLPL. Un rappel sur les conditions de séjour a été effectué lors de la CME du 16 juin et plus particulièrement sur le droit de disposer d'un téléphone portable. Les téléphones seront conservés par les patients sauf avis médical contraire. Un courriel de la direction à l'ensemble des chefs de pôle a été adressé à la suite de la tenue de cette CME. Les prochaines opérations de travaux ou de projet de réhabilitation intégreront la recommandation en proposant un espace permettant d'assurer la confidentialité des communications.



Poste téléphonique de l'unité G22

5.3.2 Le courrier

Il n'existe aucune restriction pour l'envoi et la réception du courrier dans les unités. En l'absence de boîte aux lettres les patients reçoivent et déposent leur lettre par l'intermédiaire du secrétariat ou des soignants. Le courrier des patients démunis est affranchi par l'établissement.

5.3.3 Les visites

Toutes les unités disposent d'un local de visite des familles, exception faite des unités 59G22 et G23 où les visites ont lieu dans la salle de télévision, la salle d'activités ou à la cafétéria de l'établissement qui dispose d'un salon spécialement affecté à cet effet. Les possibilités pour les visiteurs d'accéder aux chambres des patients ne sont pas interdites. Elles sont examinées au cas par cas par les soignants.

Dans son courrier de réponse, la direction informe que les pôles 59G22 et 59G23 ont aménagé pour chaque unité (document joint au courrier avec photos) un salon de visite permettant d'accueillir dans de bonnes conditions.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Toutes les unités doivent disposer d'un salon de visite spécialement destiné à cet effet.

Dans les unités, les visites peuvent avoir lieu tous les jours de 15h à 18h avec des extensions possibles tenant compte des contraintes des visiteurs. Au CAPI, elles ont lieu entre 17h et 19h du lundi au vendredi et entre 15h et 19h les samedis, dimanches et jours de fêtes.



Salle de réception des familles de la cafétéria

5.3.4 L'informatique et l'accès à Internet

Il n'existe pas de disposition commune à l'établissement au regard de l'accès à l'informatique.

Dans l'unité 59G15, il n'est pas possible de posséder un ordinateur et les différentes salles d'activité de l'unité n'offrent aucune possibilité de connexion ou même d'usage bureautique.

Dans l'unité G12, une patiente en possède un et bénéficie d'une connexion *wifi* à Internet mais cette organisation est exceptionnelle.

RECO PRISE EN COMPTE 10

La possession et l'utilisation d'un ordinateur doivent être autorisées dans toutes les unités : seules des raisons médicales peuvent les restreindre

Dans son courrier de réponse, la direction indique que l'EPSM- AL prend en compte les observations du CGLPL. Un rappel sur les conditions de séjour a été effectué lors de la CME du 16 juin et plus particulièrement sur le droit de disposer d'un accès à internet. Les ordinateurs pourront être conservés par les patients sauf avis médical contraire. Un courriel (joint en annexe du courrier de réponse) de la direction aux chefs de pôle a été adressé à la suite de cette CME.

RECOMMANDATION 12

Les patients doivent également pouvoir bénéficier d'une connexion à Internet.

La direction précise que les prochaines opérations de réhabilitation intégreront la recommandation 12 en proposant des espaces avec accès wifi.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX, DANS LEUR MAJORITE, SONT RECENTS MAIS LES ESPACES EXTERIEURS VARIENT D'UNE UNITE A UNE AUTRE

De manière générale les locaux de l'EPSM-AL sont modernes et confortables sauf en ce qui concerne la clinique de l'adolescent et le PATIO, qui doivent prochainement être rénovés ou transférés dans des nouveaux espaces.

a) Les chambres

Les chambres sont spacieuses et équipées d'une table de chevet, d'un fauteuil, d'une chaise et d'une armoire fermant à clef dotée d'un coffre à code. La porte est dotée d'un verrou « de confort » permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur. La fenêtre peut être librement entrebâillée.

Les dispositifs d'appel (à la tête du lit et dans la salle d'eau) fonctionnent pour ce qui concerne la lumière (verte/rouge) située au-dessus de la porte de la chambre mais le dispositif d'alerte sonore avec le poste infirmier est parfois désactivé comme dans l'unité 59G22. Il n'y a donc plus, dans ce cas, de dispositif d'appel accessible aux patients.



Une chambre de l'unité 59G24

Toutes les chambres comprennent une salle d'eau comprenant douche, WC et lavabo avec miroir et porte-serviettes.



Salle d'eau d'une chambre de l'unité 59G12

Certaines unités disposent de trois chambres doubles utilisées essentiellement en cas de sur occupation et pour les hospitalisations séquentielles (de jour ou de nuit).

b) Les locaux communs des unités

Les principaux espaces communs : salle de restauration, salle d'activités, bureau infirmier et salle de soins, sont situés au centre des unités, dans une logique fonctionnelle et facilitant les soins et l'organisation de la vie quotidienne.

Dans de nombreuses unités, les œuvres des patients accrochées aux murs des couloirs et des espaces communs, les murs peints de diverses couleurs confèrent aux lieux un aspect accueillant et chaleureux.



Salle de restauration 59G24

Chaque unité dispose au minimum d'une salle de bains et parfois d'une salle d'hydrothérapie.

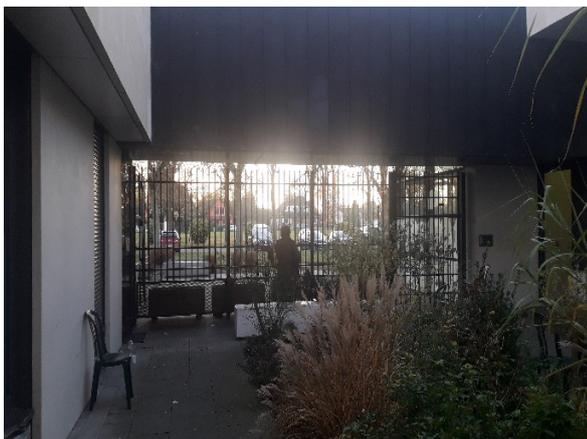


Salle de balnéothérapie 59G24

c) Les espaces extérieurs

Au sein de l'unité 59G15, le seul espace extérieur est le « fumoir ». La fermeture permanente de l'unité et sa situation en étage renforcent l'impression d'enfermement (cf. § 6.1).

La cour de l'unité 59G22 est de taille restreinte et dotée d'une grille donnant sur le parking et le parc de l'établissement. Cette situation ne permet pas d'assurer la confidentialité de la présence dans l'unité ; il a été précisé que de ce fait certains patients renonceraient à sortir dans la cour.

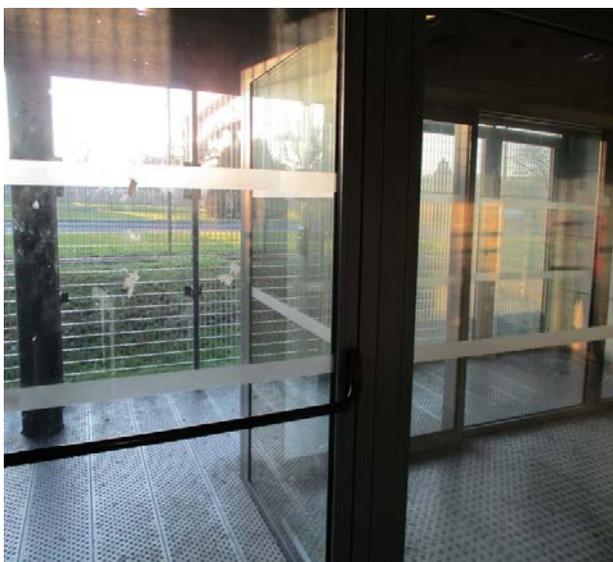


Cour de l'unité 59G22



Cour de l'unité 59G24

Le fumoir de l'unité 59G12 de surface réduite et entièrement grillagé renforce l'impression d'enfermement.



Fumoir de l'unité 59G12



Terrasse grillagée 59G13

Les cours intérieures des unités 59G11 et G24 sont vastes et équipées de tables, de chaises et d'un abri pour protéger les patients des intempéries.

RECOMMANDATION 13

Les espaces extérieurs des unités doivent être reconfigurés afin que tous les patients bénéficient d'une surface à l'air libre à la fois suffisante, meublée de tables et chaises, et garantissant la confidentialité de leur présence.

Dans sa réponse, la direction indique qu'un inventaire des équipements disponibles dans les espaces extérieurs des unités d'hospitalisation de l'hôpital Bonnafé a été réalisé. Le mobilier sera renouvelé et/ou complété, en fonction des besoins exprimés par les services, au cours de l'année 2020. Concernant la cour de l'unité du G22, qui comprend une grille donnant sur le parking et le parc de l'établissement, la direction des achats et des travaux et de la logistique (DATL) a engagé des travaux en vue d'assurer la confidentialité de la présence dans l'unité (devis joint en annexe du courrier). Un retard a été constaté du fait du choix du coloris et de mouvement interne à la DATL pour assurer le suivi des travaux.

6.2 LES LOCAUX SONT CORRECTEMENT ENTRETENUS ET DES MACHINES A LAVER LE LINGE SONT MISES A DISPOSITION DES PATIENTS

Sur le site de Lommelet comme sur celui de Roubaix, les locaux sont propres. Les agents des services hospitaliers (ASH) bénéficient régulièrement de sessions de formation portant sur les règles d'hygiène et d'entretien.

L'EPSM-AL dispose d'un service de blanchisserie sur le site de Roubaix qui prend en charge le linge plat et éventuellement le linge des patients à la condition qu'il soit marqué. Le site de Lommelet est équipé d'une laverie dotée de quatre machines à laver. Elle est ouverte sept jours sur sept. Un système de rotation a été mis en place pour chaque unité. Les patients peuvent s'y rendre seuls.

A Roubaix, chaque unité dispose d'un lave-linge et d'un sèche-linge.

Une réserve de vêtements est mutualisée entre les différentes unités. Des nécessaires d'hygiène peuvent être remis aux patients démunis. Les soignants les accompagnent également à l'extérieur pour effectuer des achats de première nécessité et la cafétéria propose des produits d'hygiène de base à bas prix.

6.3 LES PATIENTS PEUVENT CONSERVER LEURS BIENS EN TOUTE SECURITE

L'inventaire des biens du patient est réalisé dès son admission dans l'unité de façon contradictoire en présence d'un infirmier. Un imprimé détaillant l'inventaire de ses effets personnels, qui lui sont retirés, est conservé dans son dossier. Rien n'est retiré systématiquement hormis les objets contondants. Ainsi, les patients peuvent conserver leurs biens de valeur, leurs documents d'identité et des numéraires. Comme précisé dans le chapitre précédent, les chambres sont dotées d'un coffre avec verrouillage par code chiffré placé dans un placard. Les patients ont également la possibilité de déposer des petites sommes d'argent et des documents d'identité dans un casier nominatif situé dans le bureau infirmier.

Les éventuelles sommes d'argent importantes sont déposées à titre temporaire à la régie de l'établissement puis elles sont transférées, dans un délai d'un mois, à la Trésorerie des hôpitaux. Tout retrait nécessite soit de s'y prendre à l'avance, soit de se présenter sur place, mais uniquement aux heures d'ouverture de la régie ou de la trésorerie.

6.4 LE SERVICE DE RESTAURATION N'APPELLE PAS DE REMARQUE PARTICULIERE

Dans les unités, les horaires des repas sont souples. Le petit déjeuner est servi entre 8h et 9h, le déjeuner à partir de 12h jusqu'à 13h15 et le dîner vers 19h. Une collation est servie à 16h et dans certaines unités, une tisane peut être proposée mais cela n'est pas systématique.

Les repas sont livrés le matin dans des chariots, prêts à être servis dans des barquettes. Les menus sont composés avec la collaboration d'une diététicienne et sont affichés dans les unités (salle à manger et couloirs). Outre les régimes alimentaires prescrits par le médecin, l'établissement prend en compte les régimes confessionnels et optionnels tels que les repas végétariens.

Le placement est libre, les soignants sont présents mais ils ne prennent pas leur repas sur place. Peu de doléances ont été recueillies quant à la qualité des menus, quelques patients déplorent des quantités insuffisantes.

Les repas ont lieu dans des espaces clairs et conviviaux, les murs sont décorés par des productions des patients. Il est à noter que ces derniers sont autorisés à conserver dans leur chambre des produits non périssables, biscuits ou friandises.

6.5 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DEMEURE UN SUJET TABOU DANS CERTAINES UNITES ET NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION

La question de la sexualité est très peu discutée au niveau institutionnelle – le sujet a été abordé en comité d'éthique en 2013 ainsi que le précise la direction dans son courrier de réponse – ni au sein des équipes soignantes et, par conséquent, ne fait pas l'objet d'un traitement homogène entre et au sein des unités, « *plusieurs écoles sur le sujet* » ayant été évoquées. La ligne commune minimale est l'absence d'interdiction explicite des relations sexuelles dans les règles de vie des unités et l'affirmation d'une vigilance des équipes par rapport aux patients vulnérables.

Certaines unités reconnaissent qu'il s'agit d'un sujet tabou qui n'est pas abordé avec le patient, d'autres admettent que des couples de patients peuvent se former et abordent avec eux les questions de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), d'autres encore n'abordent pas la question mais autorisent les patients à se rendre dans les chambres des autres.

Par ailleurs, dans certaines unités des préservatifs sont disponibles sur demande aux soignants, alors que d'autres ne disposent pas de préservatifs mais affirment faire un travail d'information sur la contraception et les MST.

Certains soignants (trois en 2019) ont volontairement suivi une formation sur le sujet et parlent donc éducation thérapeutique dès qu'ils constatent un rapprochement : « *on leur explique le respect, la discrétion et on leur parle contraception* ». Ils reconnaissent cependant que le tabou reste fort.

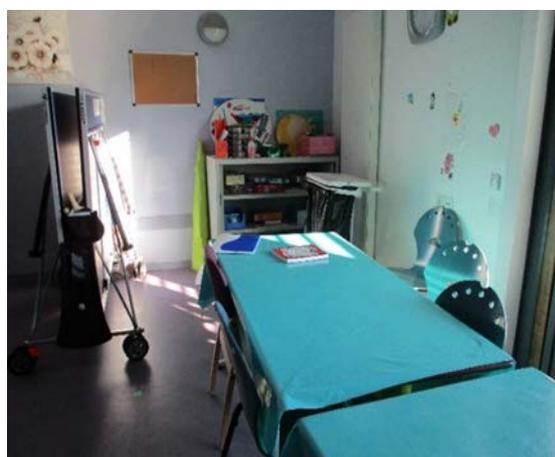
En cas de relations sexuelles impliquant une personne vulnérable, celle-ci est rencontrée en entretien et, le cas échéant, accompagnée pour porter plainte si elle le souhaite. La direction est saisie et le médecin généraliste prend en charge les aspects sérologiques et liés à la contraception.

RECOMMANDATION 14

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les manières d'aborder la question, notamment les conduites à risques et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, au sein des unités.

6.6 LES MOYENS DE DISTRACTION SONT LIMITES

Les unités disposent toutes d'un salon équipé d'un téléviseur et *a minima* d'une salle d'activités où sont mis à disposition des patients des revues, des livres et des jeux de société. Les unités sont également dotées d'une table de ping-pong ou d'un baby-foot ainsi que d'une salle d'activité spécifique. Cependant, ces salles d'activités ne sont pas ouvertes en permanence, ce mode de fonctionnement des salles d'activités, généralement fermées, ne les incite pas à se les approprier.



Salon bibliothèque et salle d'activités sur le site de Lommelet

RECOMMANDATION 15

Il convient de développer les moyens de distraction au sein des unités d'hospitalisation et de laisser aux patients un libre accès aux salles d'activités.

La direction a formulé la réponse suivante : « *Le principe de distraire le patient à un moment où il vit des difficultés majeures de son existence nous paraît devoir être pris en compte dès lors que nos notre mission de lui apporter des soins de qualité sont sinon remplies du moins clairement engagées. Nous rappelons, comme nous avons déjà eu l'occasion de l'exprimer, que les patients présentent des pathologies majeures qui nécessitent des traitements urgents, notamment pour soigner et traiter des phénomènes majeurs tels que l'angoisse profonde du registre psychotique, l'angoisse de dépersonnalisation, l'angoisse du premier épisode délirant etc.... Ces syndromes sont des urgences psychiatriques qui nécessitent une mobilisation soignante de la même nature que dans les services de réanimation ou de soins intensifs. Les activités thérapeutiques proposées se font en présence d'infirmiers et de professionnel de l'activité artistique le cas échéant.*

Les durées moyennes de séjour attestent de la volonté d'une politique allant dans le sens du maintien des contacts avec les proches et d'hospitalisation la plus courte possible afin de retrouver l'environnement personnel du patient. Les salles d'activités ne sont effectivement pas ouvertes en permanence. Au regard des effectifs non médicaux de chaque unité, il n'est pas possible d'avoir ces salles ouvertes constamment du fait qu'une surveillance non médicale est nécessaire sur place au regard des différents modes d'hospitalisation. »

L'hôpital Bonnafé ne dispose pas de cafétéria. Sur le site de Lommelet, la cafétéria, qui est aussi un point de rencontre pour l'association Archipel, est située dans un bâtiment implanté dans le parc. On y propose des boissons chaudes et froides, des gâteaux et friandises, divers produits d'hygiène de base ainsi que quelques objets réalisés dans les ateliers artistiques. Comme indiqué auparavant, ce lieu dispose également d'une salle indépendante qui peut être utilisée pour les familles visitant leurs proches hospitalisés ou pour l'organisation d'événements.

La cafétéria est tenue par deux ASH, qui s'occupent de l'entretien des locaux et des commandes. Ce mode de fonctionnement ne permet pas une ouverture quotidienne. Lors de la visite, la cafétéria n'était ouverte que trois jours par semaine : les mardi, jeudi, vendredi de 10h à 12h et de 13h30 à 17h.

Les horaires variant d'une semaine à l'autre, la fréquentation est faible d'autant que les patients ne sont pas informés des éventuels changements.

RECOMMANDATION 16

L'hôpital de Roubaix doit disposer comme le site de Lommelet, d'une cafeteria lieu de rencontres incontournable pour les patients. Par ailleurs, la cafétéria du site de Lommelet devrait être ouverte durant le week-end.

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DES DEUX SITES DE L'ETABLISSEMENT ET LEURS RESULTATS N'ONT PAS FAIT L'OBJET D'UNE EVALUATION

7.1.1 Organisation des urgences psychiatriques

Les structures de prise en charge des urgences psychiatriques des secteurs de psychiatrie rattachés à l'EPSM-AL incluent un site d'accueil aux urgences du CH de Roubaix et un second à l'hôpital Saint Vincent de Paul appartenant au groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL).

Ces structures, intersectorielles, sont chacune rattachées à un des pôles de ces deux sites (cf. § 2.1), le pôle 59G24 pour les secteurs lillois et le pôle 59G14 pour les secteurs roubaisiens. Un responsable est désigné, le chef de pôle étant chargé de la coordination.

a) Organisation et gestion des urgences psychiatriques sur le site roubaisien

Le service d'accueil des urgences (SAU) psychiatriques au CH de Roubaix est organisé au sein du service des urgences répondant à la législation et aux textes d'application de celle-ci¹⁵.

Une convention, conclue entre les deux établissements le 13 mai 2015, fixe le protocole d'organisation de fonctionnement. Un infirmier psychiatrique est présent de 8h à 20h. Un psychiatre est présent tous les matins et les soirs à partir de 16h. Les psychiatres assurent une astreinte opérationnelle 24h/24 notamment la nuit, les week-end et jours fériés.

Le site des urgences du CH de Roubaix abrite également une unité de réécoute des suicidants, rattachée administrativement à l'EPSM-AL et placée sous la responsabilité du même pôle d'activité clinique dont dépendent les urgences psychiatriques. Une équipe spécifique est affectée à cette mission. Un protocole annexé à la convention précise le fonctionnement et l'organisation de celle-ci.

Une structure intersectorielle, le centre d'accueil psychiatrique intersectoriel (CAPI), implantée sur le site roubaisien de l'EPSM-AL, donc à distance des urgences du CH, participe à la prise en charge de ces patients. C'est un service ouvert, de vingt lits d'hospitalisation temps plein, n'accueillant que des patients en soins libres pour des courtes durées (moins de 72h). Sa principale mission est l'accueil de patients en situation de crise, pour observation ou orientation. Les patients peuvent être revus, en consultation « post crise ». 46,8 % des entrées seraient adressées par les urgences soit un tiers des patients vus aux urgences si l'on prend en compte les données communiquées aux contrôleurs, précisant que tous sont admis en soins libres¹⁶.

Les urgences du CH de Roubaix comptabilisent environ 55 000 passages par an. Les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique représentent environ 2,7 % de ceux-ci soit 1 500 patients, un tiers étant des tentatives de suicide. Les patients de psychiatrie relevant d'une mesure de SSC sont adressés dans les unités de psychiatrie générale (UPG) des secteurs du site roubaisien. Ceux ne pouvant être pris en charge immédiatement dans une UPG sont installés dans un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec recours à la contention si nécessaire.

¹⁵ Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ; circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

¹⁶ Rapport d'activité annuel 2018 CAPI

Le CH de Roubaix a rédigé un protocole relatif à l'organisation de l'accueil et du tri des patients et de leurs proches au SAU adultes, en application depuis le 9 février 2016. Les modalités de prise en charge des patients relevant de soins psychiatriques ne sont traitées à aucun moment alors que des moyens humains et matériels sont spécifiquement affectés à ces prises en charge et formalisés dans une convention. De même, un second protocole sur la mise en œuvre de la contention physique en application depuis le 8 avril 2011 en fixe les règles. Il aurait dû être actualisé, tenant compte des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de février 2017. Il n'y a pas de registre en place recensant ces mesures.

Ces protocoles doivent être actualisés, complétés et soumis avant leur validation à l'avis des psychiatres de l'EPSM-AL.

Aucun rapport d'activité spécifique aux urgences psychiatriques du CH roubaisien et établi par l'EPSM-AL n'a été remis. De même, aucun projet sur l'évolution du fonctionnement ne figure dans le projet médical du pôle de rattachement de cette activité. Par ailleurs, aucun des rapports d'activité des quatre pôles (secteurs) roubaisiens n'apporte de précision sur la provenance des SSC qu'ils admettent.

Un projet de réorganisation du SAU est en cours, qui conduira *a priori* à une diminution des lits d'UHCD. L'équipe de psychiatrie souhaiterait être associée à ces réflexions.

Les équipes des urgences et de la psychiatrie se réunissent trimestriellement mais en l'absence semble-t-il des responsables. Compte tenu des différents notés lors de cette visite, il serait opportun que les deux chefs de pôle soient présents et pilotent ces réunions afin d'évoquer les principaux sujets de désaccord.

RECOMMANDATION 17

L'établissement doit actualiser et compléter la convention de coopération établie avec le centre hospitalier de Roubaix. Les protocoles des urgences doivent être revus incluant la prise en charge de patients relevant de soins psychiatriques et notamment ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement.

Dans sa réponse au CGLPL, la direction rappelle qu'il existe une convention de coopération établie avec le CH de Roubaix en date du 13 mai 2015. La durée de la convention est de cinq ans. Cette convention doit être actualisée en 2020. Il était prévu de refaire un point d'étape avec le CH de Roubaix en avril. Cette réunion a été annulée du fait du contexte Covid19. L'EPSM-AL se charge d'organiser une réunion avec le CH de Roubaix en juin 2020 afin d'actualiser cette convention

b) Organisation et gestion des urgences psychiatriques sur le site lillois

L'accueil des urgences psychiatriques des quatre secteurs lillois de l'EPSM-AL est organisé sur le site du GHICL (hôpital Saint Vincent de Paul).

La structure en place, dénommée centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA), a été créée en 2011. Une convention signée le 11 juillet 2011 précise les modalités de la coopération médicale et paramédicale. C'est l'aboutissement de réflexions sur le devenir d'une structure préexistante, le centre d'accueil Permanent Ilot Psy (CAP Ilot Psy) – centre de consultations non programmées, non sectorisées incluant deux lits d'accueil – et la nécessité d'instaurer une permanence de soins psychiatriques aux urgences des deux hôpitaux lillois : l'hôpital Saint Vincent de Paul et le CHRU.

Le CPAA est implanté à l'hôpital Saint Vincent de Paul. Il inclut le CAP Ilot Psy préexistant, poursuivant les missions qui lui étaient dévolues précédemment, et une unité d'hospitalisation complète, l'unité Pessoa, de vingt-trois lits et une chambre d'isolement, pour des patients en situation de crise. Le CAP assure une permanence les week-ends et jours fériés. L'originalité de l'unité d'hospitalisation est de prendre en charge des patients en soins libres mais également tous ceux en soins sans consentement relevant d'une décision du directeur de l'ESMP-AL. La durée moyenne de séjour est de quelques jours. Le rapport d'activité 2018 est très complet de même que le projet médical élaboré dans le cadre du futur projet d'établissement en cours de réflexion. Ce centre bénéficie d'une garde sur place de psychiatre assurée par l'ensemble des psychiatres des pôles lillois de l'EPSM-AL. Cette organisation structurée et située à proximité des urgences conduit à ce que la présence aux urgences soit limitée à un infirmier de jour comme de nuit, celui-ci pouvant être renforcé si nécessaire par des infirmiers du CAP ou de l'unité d'hospitalisation, les patients le nécessitant étant rapidement transférés au CPAA.

La principale porte d'entrée dans cette unité d'hospitalisation est le CAP Ilot Psy (suite de consultations) pour 37,8 % des admissions, puis les urgences du CHRU pour 21,2 % et ensuite celles de Saint Vincent pour 17,7 %. Sur les séjours, 21,7 % concernent des SSC dont plus de 60 % sont des SDT/SDTU¹⁷. Sur le nombre de patients admis en SSC, plus de 60 % des mesures sont levées avant la période d'observation de 72 heures. Le taux d'occupation de la chambre d'isolement en 2018 était de 38 %. Les contrôleurs s'interrogent sur la nécessité de cette chambre dans ce contexte de prise en charge. Sur l'ensemble des admissions, 20 % sont ensuite transférées vers une UPG d'un des quatre pôles.

Un médecin généraliste est affecté à ce centre et un interne de médecine générale (IMG) tous les jours ouvrés, le samedi et le dimanche matin. Tous les patients entrants sont vus, les IMG ayant à leur disposition un guide de prise en charge et certains guides de prescriptions pour les pathologies somatiques rencontrées le plus fréquemment en psychiatrie. Le médecin généraliste, responsable du CPAA, a de même mis en place pour tout patient entrant une conciliation thérapeutique. Celle-ci est conduite avec les médecins traitants et les officines de ville.

Depuis son ouverture, le CPAA organise tous les matins à 9h une conférence téléphonique associant les quatre UPG, les quatre CMP, et les structures intersectorielles (clinique et HDJ) des pôles lillois. L'objectif est de transmettre les informations des patients admis au CPAA au cours des 24 dernières heures. Les équipes de secteur sont sollicitées pour donner un avis sur l'orientation du patient s'il est connu à la fin du séjour. Les UPG et les CMP sont également sollicités sur de possibles admissions et prises en charge. Un recensement des lits disponibles des UPG est établi lors de cette conférence. Cette conférence téléphonique est en place depuis l'ouverture du centre.

¹⁷ Rapport annuel d'activité 2018

BONNE PRATIQUE 2

La mise en place d'une conférence téléphonique quotidienne pilotée par le centre psychiatrique d'accueil et d'admission associant l'ensemble des structures intra et extra hospitalières des secteurs lillois de l'établissement constitue indéniablement un lieu d'information et d'échanges sur les patients en situation de crise. Ce dispositif renforce l'alliance thérapeutique et évite des hospitalisations non justifiées.

Du fait de l'implantation du CPAA, la présence d'une équipe soignante psychiatrique aux urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul est simplifiée, les patients en situation de crise étant admis directement au centre.

7.1.2 Analyse des systèmes de prise en charge

L'organisation et la gestion des urgences psychiatriques des deux sites de l'EPSM-AL obéissent à des conceptions très différentes. Celle du site roubaisien se rapproche en grande partie d'organisations en place dans de nombreux établissements de santé mentale, les CAP étant toutefois, dans leur grande majorité, adossés à des services d'urgences. Celle du site lillois fait preuve d'originalité dans sa conception, et du fait surtout de sa proximité d'un service d'urgence. Pour autant l'EPSM-AL n'en a pas tiré les enseignements notamment sur la qualité de prise en charge des patients et plus particulièrement pour ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sur décision du directeur de l'établissement.

RECOMMANDATION 18

L'EPSM-AL doit conduire une réflexion, notamment dans le cadre du futur projet d'établissement, sur la coexistence de ces deux dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques, prenant en compte les conséquences mesurées de ceux-ci sur la gestion des soins sur décision du directeur de l'établissement.

La direction précise, dans son courrier de réponse, que l'élaboration du projet médical prévoit le bilan des deux unités de prise en charge des urgences CAPI et CPAA. Il concernera non seulement la thématique des urgences mais celle de l'ensemble de l'intersectorialité et de ses différences d'organisation entre Roubaix et Lille.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DISPENSES AVEC PROFESSIONNALISME MAIS PATISSENT D'UNE ABSENCE DE POLITIQUE D'ENSEMBLE

7.2.1 Structuration et organisation des pôles de psychiatrie et des secteurs

Comme précisé dans le chapitre 2.1.1, l'EPSM-AL est organisé en pôles, chaque secteur correspondant à un pôle d'activité clinique. Chaque responsable de secteur est donc responsable de pôle. Aucun contrat de pôle n'a jamais été établi, ni aucune délégation de gestion¹⁸. Chaque secteur ayant élaboré un projet médical, ceux-ci peuvent être identifiés à des projets de pôle. Nonobstant l'existence et l'intérêt de ces projets et des rapports annuels d'activité produits par

¹⁸ Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé

ceux-ci, Il est regrettable qu'aucune trame ne soit préalablement définie laissant *in fine* chaque pôle libre de sa rédaction et son contenu. Au demeurant, l'EPSM-AL ne publie pas de rapport d'activité annuel.

Les informations existent, mais l'absence de synthèse et la lecture complexe des documents selon les pôles ne permettent pas d'avoir une vision globale du fonctionnement et de l'activité de l'établissement.

Dans les faits, l'EPSM-AL fonctionne sur deux sites distincts, certes sur la base d'une organisation similaire mais sans réelle confrontation des politiques de chacun des sites. Les pôles se réunissent sur chaque site tous les lundis (réunions médicales ou élargies), le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement étant présents un lundi sur deux à chacune de ces réunions. Celles-ci ne donnent lieu à aucun compte rendu. Les pôles des deux sites ne se réunissent jamais ensemble. Le seul lien est la réunion des cadres supérieurs des deux sites, organisée par le directeur des soins tous les trimestres. Ces deux sites, pouvant de fait être assimilés chacun à un pôle, ont des approches et des cultures différentes.

Quelques exemples peuvent illustrer celles-ci, notamment le fonctionnement et la gestion des urgences psychiatriques, l'existence sur un seul site d'une structure de réécoute des suicidants, la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique également limitée à un seul site, des gouvernances organisées différemment entre ces deux sites comme la responsabilité tournante tous les quatre ans des structures intersectorielles sur le seul site de Roubaix.

Il est dommage, sauf pour un secteur, qu'aucun compte rendu ne soit rédigé obérant toute traçabilité en interne, et visibilité de ces échanges pour tout organisme extérieur amené à intervenir.

RECOMMANDATION 19

Le projet d'établissement, en cours de réflexion, doit être mis à profit pour conduire une évaluation du fonctionnement des secteurs des deux sites et des initiatives propres à chacun d'eux.

Dans sa réponse, la direction précise que la communauté médicale envisage une reconfiguration polaire dès lors que seront clarifiés contenus et effets de la contractualisation. Les conséquences doivent en être connues notamment quant aux futures relations entre chefs de pôles et chefs de service et leur périmètre d'action mutuel. C'est pourquoi la communauté médicale proposera d'ici le mois de juillet la mise en place de groupes de travail sur la base de projets territoriaux communs, préfigurations éventuelles de futurs pôles de l'établissement.

7.2.2 Prise en charge des patients

Les soins psychiatriques, mêmes si les modalités peuvent quelque peu différer d'un pôle à un autre, sont dispensés avec beaucoup de professionnalisme et une grande bienveillance incluant souvent une composante pluridisciplinaire. Plusieurs chefs de pôle notent le manque de psychologue intervenant en intra hospitalier (cf. § 2.3.2). L'implication de l'extra hospitalier dans certains pôles doit être encore confortée mais la volonté d'assurer aux patients hospitalisés des délais d'hospitalisation les plus courts possibles, relayés par une prise en charge en ambulatoire, est constante. Les projets de soins sont suivis et les réunions de synthèse et cliniques sont régulières. Un praticien est présent chaque jour de la semaine dans les UPG et tous les samedis matin. La

plupart des pôles organisent des réunions entre soignants et soignés pouvant donner lieu à des comptes rendus, fait rarement observé. Les familles sont souvent associées, cet élément étant considéré comme un facteur important dans la prise en charge.

a) Les activités thérapeutiques

Toutes les UPG proposent aux patients, y compris ceux admis en soins sans consentement, des activités thérapeutiques. Celles-ci sont variées, pouvant se dérouler au sein des UPG voire dans des salles communes à celles-ci. En conséquence l'offre est limitée, chaque unité disposant d'un horaire spécifique. Ces activités sont intégrées au contrat de soins des patients. Un certain nombre d'entre elles sont gérées par l'association Archipel subventionnée par l'EPSM-AL. Sur le site de Lommelet, les activités proposées sont les suivantes : atelier créatif, atelier cuisine, atelier musique, atelier d'expression corporelle, randonnées, centre horticole. Elles sont animées par un soignant et pour certaines par un animateur extérieur. L'activité horticole est particulièrement appréciée des patients en raison de la possibilité qui leur est offerte de cultiver des plantes et un jardin potager dont la récolte est utilisée lors des ateliers de cuisine.



Centre horticole

Les patients peuvent également pratiquer des activités sportives dans l'enceinte de l'établissement mais lors de la visite, le gymnase était réquisitionné par la préfecture.

Concernant le site de Roubaix, l'organisation et l'offre en matière d'activités font l'objet d'un document assez détaillé. Il apparaît que les activités sportives externes semblent rencontrer beaucoup plus de succès que celles organisées au sein des UPG. Les activités proposées sont variées : gymnastique douce, piscine, danse, tir à l'arc, basket-ball, football, tennis, pétanque, équithérapie, bowling. Des séjours thérapeutiques sont également organisés : un séjour vélo de deux jours au mois de mai, un séjour multisport de cinq jours en juin, un séjour équestre de cinq jours au mois de septembre.

Un bilan de ces activités est présenté dans certains rapports annuels d'activité des pôles (cinq sur huit), ces présentations pouvant néanmoins différer de l'un à l'autre. Globalement ces restitutions rapportent, sans analyse, le type d'activités proposées et retenues et le nombre de patients ayant participé à celles-ci au cours de l'année. Le personnel soignant est partie prenante.

Ce type de prise en charge devrait faire l'objet d'échanges entre pôles d'un même site et envisager une mutualisation de certaines des activités.

b) L'espace d'apaisement du secteur G22

L'unité du secteur G22 est équipée d'un espace d'apaisement destiné notamment à l'activité Snoezelen¹⁹.



Espace d'apaisement G22

Cette pièce n'est pas libre d'accès. Les patients peuvent s'y rendre sur prescription médicale dans le cadre de l'atelier Snoezelen ou à l'initiative des soignants afin d'apaiser un état d'agitation. Les patients sont accompagnés par un soignant, la séance dure environ 30 minutes. Le ressenti du patient est recueilli à l'issue de cette séance.

Des fiches d'évaluation de la séance en espace d'apaisement sont renseignées et font l'objet de statistiques qui sont partagées avec le groupe de travail relatif aux espaces d'apaisement (cf. § 8.2.1). L'unité G22 est « site pilote » sur ce sujet.

BONNE PRATIQUE 3

L'espace d'apaisement mis en place au secteur G22 est un dispositif qui mériterait d'être élargi à l'ensemble des secteurs.

7.2.3 Prise en charge des addictions

L'EPSM-AL dispose d'un pôle d'addictologie, structure intervenant notamment sur les huit secteurs de psychiatrie générale et au CPAA de Lille. Le pôle inclut une unité de psychiatrie de vingt lits n'accueillant que des patients en soins libres, un hôpital de jour de dix places et une équipe hospitalière de liaison de soins en addictologie (EHLISA) installés sur le site de Lommelet. Il compte également un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), un centre de traitement de substitution aux opiacés (TSO) et un centre jeune consommateur situés à Lille. Les contrôleurs se sont plus particulièrement intéressés aux modalités d'intervention du pôle au sein des UPG pour des patients ayant une dépendance et/ou des complications liées à leur pathologie. Ce rôle est dévolu à l'EHLISA, précisant que cette équipe intervient auprès des structures sanitaires mais également médico-sociales et sociales de la grande métropole. Elle intervient à la demande des équipes des UPG pour l'aide à l'évaluation des conduites addictives et avis

¹⁹ Pratique visant à éveiller les cinq sens dans un cadre sécurisant.

thérapeutique. Les données d'activités communiquées par le pôle globalisent l'ensemble des interventions de l'EHLISA, celles concernant les UPG n'étant pas individualisées. Pourtant les équipes du pôle ont indiqué qu'au moins 70 % des patients étaient des poly consommateurs, notant que 50 % de patients présentent une comorbidité entre troubles addictologiques et troubles mentaux. Les produits les plus consommés répertoriés pour l'ensemble des patients suivis au sein du pôle sont dans leur majorité et par ordre décroissant les opiacés (39,6 %), le cannabis (23,8 %), l'alcool (15,8 %) et le tabac (11,4 %). Les actions de prévention sont limitées dans le temps ; prenant l'exemple du tabac, l'action a porté sur la sensibilisation des UPG à respecter le mois sans tabac décrété au niveau national. Aucune évaluation n'a été conduite *a posteriori*.

Le sujet des addictions n'est abordé ni dans les rapports d'activité 2018 des pôles ni dans leurs projets médicaux 2019-2022. La prise en charge des addictions donne l'impression d'être traitée comme un non-sujet.

RECOMMANDATION 20

La prise en charge des addictions notamment au sein des UPG doit être intégrée dans les projets médicaux de pôles et le futur projet d'établissement. Une connaissance précise de la population suivie, des produits concernés et des mesures de prévention mises en œuvre sont des données indispensables pour élaborer ces projets et assurer un suivi dans le temps.

Dans son courrier de réponse, la direction précise qu'il existe une activité de liaison EHLISA qui fonctionne à partir du secteur d'addictologie de l'établissement. Une actualisation de connaissances par cette équipe sera proposée aux équipes de secteur. Le principe d'un partenariat plus important est convenu avec le responsable du secteur d'addictologie notamment dans le cadre de consultation commune et de participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire. La question de constituer un pôle incluant l'addictologie est en cours de réflexion et sera précisé dans le futur projet d'établissement.

7.2.4 Préparation à la sortie

Pour rappel, les structures du PATIO dédiées à la réhabilitation sociale sont opérationnelles depuis 2016, pouvant accueillir des patients des deux sites (Lommelet et Bonnafé). Une commission associant des personnels soignant des deux sites décide mensuellement des patients pouvant être admis.

Parallèlement, les pôles ont tous leurs propres structures de réhabilitation psychosociale. Celles-ci se formalisent soit par des appartements thérapeutiques, soit par des maisons thérapeutiques, soit par des maisons communautaires. La grande différence de fonctionnement entre l'unité mère et les structures des pôles sont pour les pôles l'absence de personnel soignant spécifique et la nécessité de prendre sur leurs effectifs notamment pour les équipes devant se rendre sur place. Par ailleurs les structures du PATIO permettent une prise en charge de ces patients graduée selon leur autonomie, ce qui n'est pas le cas pour les secteurs.

Les rapports annuels d'activité et projets médicaux de pôle évoquent rarement ce sujet sauf pour trois pôles. De même, aucune donnée d'activités ne permet de connaître le nombre de patients « inadéquats » par UPG, ou encore ceux étant en attente d'un placement voire en ayant bénéficié au cours de l'année.

7.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT DISPENSES AVEC BEAUCOUP DE PROFESSIONNALISME MAIS NE SONT PAS QUANTIFIES, NI TRACES

7.3.1 Organisation de l'unité de médecine générale

L'unité de médecine polyvalente est rattachée au pôle médico-technique de l'EPSM-AL. Son intervention concerne tous les pôles et les structures cliniques de l'établissement. Sept praticiens de médecine générale (PHMG) y sont affectés, deux étant rattachés au site de Roubaix, deux au site de Lommelet, deux au pôle d'addictologie et un au CPAA. Ils interviennent également dans les autres structures intersectorielles. L'unité est placée sous la responsabilité fonctionnelle d'un PHMG, de même que chacun des sites. L'EPSM-AL dispose également d'une autorisation pour neuf postes d'interne de médecine générale (IMG), quatre étant affectés sur le site de Bonnafé et cinq sur le site Lommelet. Cette unité n'a pas de projet de « service », n'établit annuellement aucun rapport d'activité et n'a rédigé aucun projet médical dans le cadre du futur projet d'établissement en cours de finalisation.

Une garde sur place est organisée sur les deux sites, les nuits, week-ends et jours fériés. Elle est assurée indifféremment par les internes de psychiatrie et les IMG. Des médecins généralistes, sur la base du volontariat, peuvent y participer. Tous les internes à leur arrivée ont une formation portant sur les soins somatiques et psychiatriques, organisée et assurée par les PHMG avec la participation de plusieurs psychiatres de l'établissement. Ces formations sont ensuite assurées sur les deux sites chaque lundi dans le cadre d'une revue des cas cliniques.

L'EPSM-AL dispose également d'un plateau technique implanté sur le site de Lommelet et intégré au pôle médico-technique. Il abrite un cabinet dentaire, une salle de radiologie polyvalente et trois pièces de consultations polyvalentes où interviennent, un gynécologue, un ophtalmologiste (OPH), un cardiologue, un podologue et un neurologue. Les électroencéphalogramme (EEG) sont dorénavant adressés au CH d'Armentières. Ce service accueille les patients des deux sites. Un rapport d'activité est rédigé annuellement. L'activité est relativement stable d'une année sur l'autre et est dépendante de l'intervention de praticiens. La principale observation porte sur le fait que l'essentiel de l'activité concerne le site lillois (90 %, contre 10 % pour le site de Roubaix). La distance des deux sites explique cette moindre attractivité pour le pôle roubaisien, plus enclin à se rapprocher du centre hospitalier (CH) de Roubaix, mais n'est aucunement évoqué sinon comme point de faiblesse mais sans apporter de solution. Les données de consultations sur le site du CH de Roubaix ne sont pas connues.

Les consultations spécialisées externes du site lillois sont adressées soit au CHU de Lille, soit à l'hôpital Saint-Vincent et l'hôpital Saint-Philibert de Lomme, soit dans des cliniques privées selon les cas. Aucune convention n'a été conclue avec les hôpitaux ou cliniques de Lille. Une convention de coopération lie les centres hospitaliers de Roubaix et l'EPSM-AL mais ne traite pas des modalités de ces prises en charge.

Toutes les UPG disposent d'un bureau de consultation. Les PHMG ont tous accès au dossier patient informatisé (DPI) renseigné à chaque consultation selon un modèle pré établi. Les personnes admises en hospitalisation complète font toutes l'objet d'un examen somatique dans les 24 heures qui suivent. Tous les patients placés en isolement et le cas échéant, qui font l'objet d'une contention ont un examen somatique. Une revue de cas cliniques se tient chaque semaine. Le PH responsable sur le site Bonnafé participe à un programme d'éducation thérapeutique portant sur des patients bipolaires, souffrant de psychose chronique et de dépression récurrente. C'est un programme particulièrement intéressant, très complet et évalué annuellement. Les principaux bénéficiaires en

sont bien sûr les patients mais également les soignants du fait de leur participation, le souhait étant d'associer les familles. Ce type de programme n'est pas en place sur le site de Lommelet.

7.3.2 Actions conduites

Les principales pathologies observées par les médecins concernent la cardiologie, le système métabolique, la pneumologie, la dermatologie, la cancérologie et la gynécologie. Aucun recueil n'est mis en place qui permettrait de quantifier le nombre de cas par pathologie et de suivre leur évolution dans le temps. La connaissance de ces données permettrait d'avoir une meilleure approche des caractéristiques de cette population voire d'envisager des actions préventives plus ciblées.

De même aucun bilan établi au moins annuellement n'a été communiqué, permettant de connaître le nombre de patients pris en charge, les motifs, le nombre de patients adressés en consultations spécialisées ainsi que les spécialités concernées, le nombre de patients ayant été hospitalisés ni le nombre de patients porteurs de comorbidités organiques et nécessitant une prise en charge et un suivi spécialisé.

L'unité de médecine polyvalente est peu impliquée dans des actions de prévention et d'éducation pour la santé (tabac, alcool). Elle reconnaît la nécessité de mettre en place ce type d'actions citant effectivement la nutrition, la prévention du risque tabagique, les drogues, les conduites sexuelles à risques mais souhaitant, pour ce faire, un renforcement des moyens.

Aucune fiche pratique n'est rédigée à l'attention du personnel soignant sur les conduites à tenir concernant les principaux risques somatiques liés au traitement des patients (notamment ceux sous neuroleptiques) et à leur suivi.

RECOMMANDATION 21

Un bilan d'activités de l'unité de médecine générale doit être établi annuellement intégrant l'activité interne et externe à l'établissement et détaillant les objectifs à prévoir à court et à moyen terme. Cette unité doit rédiger un projet médical et être intégrée à part entière dans le futur projet d'établissement.

La direction formule la réponse suivante : « *la communauté médicale n'a pas souhaité l'identification d'une unité de médecine générale dans l'objectif de ne pas séparer artificiellement les registres somatiques et psychiques. L'établissement a pris en compte depuis plusieurs années la notion aujourd'hui objectivée de la réduction majeure de l'espérance de vie des patients suivis en psychiatrie. C'est pourquoi a été mis en place une organisation intégrant les soins somatiques dans les unités de soins assorties de moyens en personnel médical conséquent. Les soins somatiques sont tracés dans les dossiers de façon extrêmement rigoureuse incluant les éléments cliniques, les examens complémentaires, l'absence du patient ou son refus de l'examen. L'absence de quantification est en relation avec l'absence de codage des actes qui est en effet très péjoratif pour cette activité. Le projet médical prévoira une démarche d'identification des actes de médecine générale en lien avec le DIM. Le projet médical en cours d'élaboration prévoit par ailleurs la mise en place d'une coordination médicale des soins somatiques sous la responsabilité d'un psychiatre pour l'ensemble de l'établissement assisté d'un praticien de médecine générale. Le modèle des soins de support apparaissant comme une piste fructueuse* ».

7.4 LA PHARMACIE REPOND A L'ENSEMBLE DE SES MISSIONS AVEC UN GRAND PROFESSIONNALISME

La pharmacie est rattachée au pôle médico-technique. Le circuit du médicament est informatisé depuis 2006 (logiciel Pharma® indépendant du logiciel Crossway®). Les prescriptions se font en ligne. L'analyse pharmaceutique est quotidienne. La pharmacie est équipée d'un robot depuis plusieurs années, permettant la préparation des traitements individualisés. La production est réalisée quotidiennement. Un contrat est conclu entre la pharmacie et chaque unité de soins définissant les règles de gestion et d'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux dans l'UPG. Toutes les unités sont visitées régulièrement sur les deux sites. Chaque unité est équipée d'une armoire de dotation sécurisée contrôlée régulièrement. La pharmacie édite chaque année un rapport d'activité.

Les pharmaciens ont une vigilance renforcée sur les UPG du fait de la présence de nombreux internes pas toujours aguerris, surtout lors de leur prise de poste. Un consentement du patient est systématiquement recherché pour toute prescription.

Les UPG sont toutes équipées d'une salle de soins incluant un espace permettant une distribution des traitements individualisée et des échanges en toute confidentialité avec les patients.

Beaucoup de patients ont des prescriptions « si besoin ». Celles-ci concernent pour l'essentiel des anxiolytiques (*per os* ou injectable) mais jamais de neuroleptiques, selon la pharmacie. Toutes ces prescriptions sont encadrées par un protocole prévoyant les doses notamment à ne pas dépasser et la durée. Elles sont validées par un prescripteur et supervisées par la pharmacie.

Un groupe de travail a été initié par le directeur des soins à la demande d'infirmiers ayant exprimé leur insatisfaction sur ces demandes et décrivant des pratiques différentes selon les soignants. L'enquête, conduite à partir d'une étude de dossiers patients, a montré que, sur 272 prescriptions « si besoin », 14 administrations ont été relevées donc moins de 6 %. Les thérapeutiques administrées concernent les neuroleptiques pour 36 %, les anxiolytiques pour le même pourcentage ; les hypnotiques et les antalgiques à hauteur de 14 % pour chacun d'entre eux. Quatre indications ont été identifiées : l'agitation et l'anxiété à part égale, pour 36 %, et l'insomnie et la douleur pour chacune 14 %. Une enquête exploratoire de type qualitative est en cours, l'objectif étant de repérer chez les infirmiers les facteurs qui rentrent en jeu dans l'administration ou non d'un traitement conditionnel.

Ce groupe de travail est exemplaire et exceptionnel quant à son thème. L'importance de ce sujet nécessiterait que tous les professionnels impliqués dans ces prescriptions et leur validation soient associés à cette réflexion notamment les prescripteurs et les pharmaciens.

La pharmacie est également impliquée dans trois programmes d'éducation thérapeutique (ETP) des patients. Ces programmes sont pilotés par un cadre supérieur attaché au pôle roubaisien et se déroulent sur le site de l'hôpital Bonnafé (cf. § 7.3) avec la participation active de médecins généralistes. Elle a de même initié au centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA) de Lille un programme de conciliation thérapeutique supervisé par le médecin généraliste affecté à ce centre et concernant toutes les entrées de celui-ci.

RECOMMANDATION 22

Pour remarquable qu'il soit, le groupe de travail portant sur les prescriptions « si besoin » doit intégrer des médecins et des pharmaciens, l'ensemble du circuit du médicament devant être expertisé.

En réponse au présent rapport, la direction affirme dans son courrier de réponse que l'intégration des médecins et des pharmaciens au groupe de travail est prévue en lien avec la CME.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LA CONFIGURATION ET L'EQUIPEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT DIFFERENT SUIVANT LES UNITES

Toutes les unités disposent d'une chambre d'isolement mais leur localisation, leur surface, leur équipement diffèrent sensiblement. L'établissement a dressé un état des lieux très précis décrivant la configuration et l'équipement des chambres de chaque unité.

8.1.1 Localisation et accès

La majorité des chambres d'isolement des unités (59G12, 13,14 15, CPAA et Oasis) est éloignée du bureau infirmier et ne permet pas aux soignants d'observer et de communiquer facilement avec le patient isolé.

Deux des onze chambres – clinique de l'adolescent (cf. § 9.1) et Oasis – ne disposent pas d'un sas d'accès et présentent ainsi un risque pour les soignants ; quasiment toutes (exception faite du CPAA) possèdent un double accès.

Dans le sas de l'unité G22, un fenestron ouvre sur la salle d'eau et les toilettes de la chambre. Dans sa réponse, la direction précise que le fenestron du sas de l'unité du pôle 59G22 ouvrant sur la salle d'eau et les toilettes de la chambre d'isolement a été équipé d'un dispositif permettant d'occulter l'ouverture et préserver en tant que de besoin l'intimité du patient.



Fenestron du sas de l'unité G22

RECO PRISE EN COMPTE 11

Le fenestron du sas de l'unité G22 ouvrant sur la salle d'eau et les toilettes de la chambre d'isolement doit être équipé d'un dispositif permettant d'occulter, en tant que de besoin, cette ouverture afin de préserver l'intimité du patient.

Dans l'unité Oasis, l'espace d'isolement a été créé pour la prise en charge spécifique d'un patient en adaptant une chambre simple : des travaux et un déménagement seront très prochainement réalisés.

La direction indique qu'un espace d'isolement a été créé pour la prise en charge spécifique d'un patient en adaptant une chambre simple. Les travaux sont en cours de finition

8.1.2 Les espaces

Les chambres apparaissent suffisamment grandes pour accueillir à la fois le patient et plusieurs soignants sauf celles des unités 59G11 et 59G24. Tous les espaces sont correctement ventilés et sans odeur : les chambres bénéficient d'une climatisation sauf celles de la clinique de l'adolescent et de l'unité Oasis.

Quasiment toutes les chambres (sauf Oasis) possèdent un local sanitaire contigu avec WC et douche en parfait état de propreté. Seules trois chambres (59G11, G23, G24) disposent d'un accès extérieur permettant de respirer à l'air libre et de fumer.

RECOMMANDATION 23

Toutes les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès extérieur permettant de respirer à l'air libre et de fumer.



Fumoir avec protection visuelle du patient

La direction précise, dans son courrier de réponse que toutes les chambres d'isolement dans le cadre d'une opération neuve ou d'une réhabilitation (lorsque cela est possible) intègrent un accès extérieur permettant de respirer à l'air libre et de fumer. Il en est de même pour la clinique de l'adolescent qui vient d'ouvrir. L'EPSM-AL s'appuie à cet égard sur les recommandations HAS en vigueur ainsi que sur le guide d'aide à la programmation et à la conception d'une chambre d'isolement. Il s'appuiera également sur la recommandation du CGLPL pour les opérations à venir.

8.1.3 L'équipement

Toutes les chambres disposent d'un lit solidement fixé au sol, les soignants pouvant en faire facilement le tour.



Chambre d'isolement de l'unité G24

Le mobilier à disposition du patient, exception faite du lit, est en mousse ; la chambre de l'unité Oasis ne possède pas de mobilier.

Trois unités (59G11, G22, G24) ont équipé leur chambre d'un téléviseur ; huit l'ont associé à une horloge numérique qui ne précise pas le jour et la date. Aucun espace ne dispose de matériel pouvant dispenser de la musique. Cependant plusieurs soignants ont indiqué qu'ils disposaient un appareil portatif dans le sas en tant que de besoin.



Chambre de l'unité G24

Une seule chambre, au CPAA, dispose d'un dispositif d'appel permettant au patient d'alerter les soignants. Le dispositif d'éclairage n'est pas accessible au patient sauf dans le local sanitaire. Il n'est pas possible de tamiser la lumière : cependant certaines chambres sont équipées de veilleuse.

En réponse au CGLPL, la direction indique que toutes les chambres d'isolement de l'EPSM-AL sont toutes équipées d'une horloge numérique. Le modèle d'horloge choisi n'indique pas la date du jour. Pour tenir compte de la recommandation du CGLPL, l'achat de nouvelles horloges a été discuté et acté à la réunion du groupe de travail Iso psy le 28 mai 2020.

Après une étude réalisée avec les équipes de soins, un dispositif d'appel a été retenu pour équiper la clinique de l'adolescent dans le cadre de son déménagement en mars 2020. L'établissement a prévu à cette occasion d'expérimenter un des modèles disponibles sur le marché choisi avant de le généraliser à l'ensemble des espaces d'isolement. La crise sanitaire des dernières semaines a retardé la livraison du matériel choisi et donc le test sur la clinique de l'adolescent. La période test va pouvoir se dérouler à la faveur du déconfinement et de la reprise de l'activité de livraison. Les conclusions sont attendues en été 2020 avant déploiement du dispositif sur l'ensemble de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 12

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel accessible au patient ainsi qu'une horloge numérique indiquant également la date.

Toutes les chambres d'isolement, y compris celle de la clinique des adolescents, sont équipées d'une caméra de surveillance à l'exception de l'unité Oasis. Cette pratique rarement observée interroge sur la substitution d'une surveillance physique par ce moyen de visualisation extérieur, ce que certains soignants ont reconnu. Au demeurant, la pratique d'isolement en chambre ordinaire, concernant au moins 40 % de ces décisions selon les données communiquées et dont les durées peuvent être de plusieurs jours, ne bénéficie pas de ce type de surveillance sans qu'aucun incident n'ait été signalé.

RECOMMANDATION 24

La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance attentatoire à l'intimité et à la dignité du patient.

La direction a répondu que le système de vidéo surveillance est un moyen complémentaire de la surveillance et ne remplace en aucun cas la surveillance physique.

Le CGLPL maintient sa recommandation, le dispositif de de video surveillance constitue une atteinte à l'intimité et la dignité du patient.

8.2 LES DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION FONT L'OBJET DE PRATIQUES ATTENTATOIRES AUX DROITS DES PATIENTS EN DEPIT D'UNE POLITIQUE VISANT A REDUIRE CES MESURES

8.2.1 La politique mise en œuvre

L'EPSM-AL a organisé dès 2016 un groupe de travail, intitulé « ISOPSY », sa mission étant de proposer des actions visant à limiter les mesures d'isolement et de contention. Celui-ci, toujours actif, a permis l'élaboration de procédures, l'informatisation des formulaires de décision et de suivi de ces mesures et la mise en place du registre. Il convient de noter également la création d'un groupe de travail relatif aux espaces d'apaisement. Cette initiative est portée par plusieurs secteurs dont le G22, seul secteur qui dispose actuellement d'une chambre d'apaisement (cf. § 7.2.2).

Depuis 2017, ce sujet est systématiquement mis à l'ordre du jour de la commission médicale d'établissement (CME). Il est par ailleurs évoqué dans les rapports annuels d'activité 2018 de chaque

pôle et fait l'objet d'un développement spécifique dans les projets médicaux des pôles, rédigés dans le cadre du futur projet d'établissement 2019-2023.

Deux procédures ont donc été formulées. L'une, générale, est relative aux bonnes pratiques d'isolement et de contention d'un patient. Elle est datée du 17 octobre 2019, cette version étant la quatrième. Cette procédure reprend en grande partie les dispositions des recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cependant, elle dispose qu'à titre exceptionnel, dans le cas d'indisponibilité d'une chambre d'isolement, une telle mesure peut être mise en œuvre dans une chambre ordinaire, celle-ci devant s'accompagner obligatoirement d'une contention. Une seconde procédure d'isolement et de contention en chambre ordinaire, daté du 1^{er} février 2018, prévoit et décline effectivement les conditions, modalités et conduites à tenir dans ce cas de figure. Elle précise explicitement que celles-ci dérogent aux RBP de la HAS et ne peuvent être mises en œuvre qu'en cas d'urgence. Outre le fait que ce type de procédure interroge, il apparaît, selon les tableaux annexés au rapport annuel de 2018, que plus de 40 % de ces mesures ont été prises en dehors d'un espace d'isolement donc loin du caractère exceptionnel revendiqué. La durée de séjour maximale notée est de 460 heures soit au moins 19 jours (le nouveau protocole précise que l'indication initiale ne peut excéder 3 heures). Sont notamment concernés les quatre secteurs roubaisiens. Cette procédure précise en outre que la levée de la mesure relève de l'équipe soignante, ce qui est également contraire aux recommandations. Aucune évaluation n'a pour le moment été conduite sur ces pratiques, à tout le moins le rapport annuel 2018 n'en fait pas état.

Cette procédure spécifique à ce type d'isolement assorti d'une mesure de contention rendue de fait obligatoire uniquement par les conditions d'hébergement n'est pas acceptable et représente une atteinte aux droits fondamentaux de ces patients.

RECOMMANDATION 25

Le protocole d'isolement et de contention en chambre ordinaire déclinant les conditions, modalités et conduites à tenir dans ces cas de figure et prévoyant notamment une mesure de contention systématique, doit être annulé et les pratiques, qui en découlent, proscrites.

Dans son courrier de réponse, la direction indique que la communauté médicale de l'établissement souscrit à cette recommandation. Elle s'engage à l'annulation de la procédure en lien avec l'administration de l'établissement et notamment le service qualité dans un délai de six mois. La CME d'octobre 2020 en fera un point de son ordre du jour. Une motion de CME a été acceptée le 16 juin dans cette perspective

Le premier protocole cité, dans sa dernière version (version 4), prévoit explicitement qu'aucun transfert inter-sites ne peut être envisagé. Les contrôleurs ont pourtant constaté que ces transferts inter-sites sont toujours effectifs, ce qu'ont confirmé la plupart des chefs de pôle et les PH. Ceux-ci s'interrogent à juste titre sur les conséquences cliniques des transferts de ces patients dans ces circonstances et sur la qualité des prises en charge. Au regard des données statistiques 2018 et 2019 communiquées par le DIM, il s'avère que ces transferts concernent incontestablement plus certains secteurs, notamment roubaisiens, qui mériteraient qu'une analyse soit conduite sur les causes et les moyens d'y remédier.

Le personnel soignant et les médecins n'ont reçu aucune formation spécifique sur ces pratiques. Peu connaissent le contenu des textes et recommandations de référence encadrant ces mesures²⁰. Les formations privilégiées sont des formations à la prévention des actes violents (cf. § 2.3.).

La plupart des documents médicaux (décision médicale initiale et de renouvellement) et de surveillance sont informatisés dans le dossier patient et le dossier de soins. La consultation de plusieurs dossiers médicaux a mis en évidence les éléments suivants :

- la difficulté d'accès à ces documents à partir du dossier patient informatisé (DPI) pour la plupart des praticiens rencontrés, traduisant une méconnaissance de l'outil probablement lié à un manque de pratique mais également à une complexité de celui-ci. Il semblerait que ces documents soient en effet renseignés dans la majorité des cas par les internes, eux-mêmes formés à cet outil dès leur prise de fonction ;
- une lecture difficile des DPI, dans lesquels figure le nom des praticiens intervenant lors de la prise de ces décisions ou de leur renouvellement mais sans aucune mention de leur statut. Tous sont qualifiés de docteur qu'ils soient psychiatres, généralistes, internes de psychiatrie ou de médecine générale ;
- nonobstant ce constat général, la consultation de certains dossiers médicaux a montré que ces documents étaient complétés en tout ou partie pour certains mais sans vérification. Il serait utile que des contrôles de cohérence soient mis en place ;
- la grande majorité des décisions sont prises par des internes de psychiatrie ou de médecine générale notamment la nuit, les week-ends et jours fériés mais également les jours ouvrés ;
- un oubli fréquent de lever ces décisions. Une réflexion est en cours pour pallier ces manquements.

8.2.2 La prise en charge des patients

A priori quelles que soient les unités, les décisions d'isolement sont le plus souvent prises à chaud pour répondre à un comportement de violence ou d'agressivité, surtout les week-ends et jours fériés. Il y a certes des mesures de désescalade initiées, notamment par la généralisation de formation type Omega et la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques pour essayer d'apaiser ces comportements violents (sédation médicamenteuse) mais ces mesures n'ont pour le moment pas été évaluées.

La procédure générale sus citée liste en onze points les recommandations à suivre pour décider de ces mesures. Il s'avère que si cette procédure est respectée les jours ouvrés, il n'en est pas de même les nuits, week-ends et jours fériés, aucun psychiatre n'étant sur place lors de ces périodes. Ces décisions sont à ce moment initiées par les équipes soignantes et validées par déplacement de l'interne d'astreinte. Le psychiatre d'astreinte est joint, ou non, par téléphone mais en tout état de cause se déplace rarement. Cette situation conduirait à ce que des mesures d'isolement soient prolongées durant ces périodes. Les internes d'astreinte, méconnaissant pour la plupart les patients, privilégieraient le report de cette décision au lundi par le psychiatre du pôle. L'analyse des données communiquées par le DIM montre que plus de 27 % de ces mesures sont décidées les week-ends et 17 % le vendredi. De même, pratiquement 30 % de ces décisions sont prises entre 20h

²⁰ Article L. 3222-1-5 du code de la santé publique ; « Isolement en contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique », Haute autorité de santé, février 2017 ; Instruction DGOS/DGS du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention.

le soir et 8h le matin donc lors des périodes de garde des internes. Ces données sont très intéressantes et il est d'autant plus regrettable qu'elles ne soient pas exploitées au niveau de l'établissement.

Les patients placés en isolement sont systématiquement mis en pyjama. Des substituts nicotiniques leur sont en principe proposés. Un examen somatique est réalisé systématiquement à l'entrée du patient et renouvelé en tant que de besoin. Les patients sous contention sont mis sous anticoagulant.

Aucune étude n'a pour le moment été conduite sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à l'isolement et la contention.

RECOMMANDATION 26

Les modalités de décisions d'isolement et de contention et de levées de ces mesures prises les jours ouvrés, la nuit, les week-ends et jours fériés ne peuvent être dépendantes de l'organisation médicale et des disponibilités des psychiatres de l'établissement. L'organisation médicale doit prévoir que le psychiatre d'astreinte se déplace pour toute décision de ce type prise lors de ces périodes ou en cours de renouvellement.

La direction formule la réponse suivante : *« l'isolement et la contention sont des soins de derniers recours, prodigués une fois les autres possibilités épuisées. Les décisions ne peuvent être programmées. Elles sont prises au moment où cela le nécessite, au moment de la crise. C'est pourquoi elles sont prises « à chaud » comme le mentionne le CGLPL.*

Une couverture médicale est assurée 24h/24, 7 jours sur 7, 365 jours par an sur les sites d'hospitalisation. La nuit, le week-end et jours fériés, une permanence sur place est assurée par les internes et médecins généralistes. Cette ligne de permanence est doublée d'une astreinte par un sénior psychiatre.

Si le médecin qui décide l'isolement ou la contention est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins en jour de semaine, l'interne ou le médecin généraliste peuvent être amenés à décider un tel soin au regard d'une situation clinique. Cette décision sur place doit être cependant confirmée par un psychiatre joint au téléphone.

Le mode de fonctionnement de l'EPSMAL est conforme à la recommandation de la HAS qui stipule « qu'en cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient ».

Le CGLPL va donc au-delà des recommandations de la HAS quand il demande que la décision soit prise par un psychiatre présent sur place. Par ailleurs l'EPSMAL est en désaccord avec l'observation énonçant le caractère aléatoire de l'appel téléphonique au sénior.

Enfin, il est reproché aux internes de méconnaître « pour la plupart les patients ». Si le CGLPL souhaite indiquer que le patient ne relève pas forcément de l'unité où l'interne exerce, l'EPSMAL se doit d'ajouter que c'est le cas également du psychiatre d'astreinte et qu'il lui est impossible d'organiser la permanence sur place de tous les psychiatres en même temps.

Le rapport provisoire reprend uniquement le pourcentage des mesures décidées lors des périodes de garde des internes. Il est noté que 27% de ces mesures sont décidées les week-ends faisant référence

aux périodes de garde des internes soit une moyenne de 13.5% des mesures par jour. De ce fait 73% des mesures sont décidées du lundi au vendredi soit une moyenne de 14.60% des mesures par jour. Il n'y a donc pas d'écart significatif sur le nombre moyen de ces mesures par jour la semaine et le week-end ».

Le CGLPL maintient sa recommandation. L'institution considère que l'isolement et la contention sont des mesures de contrainte physique qui ne peuvent être prises qu'après examen médical conduit par le médecin psychiatre.

8.3 LES DONNEES DU REGISTRE REPERTORIANANT LES MESURES SONT INSUFFISAMMENT EXPLOITEES

Le registre d'isolement et de contention a été mis en place en mars 2017 intégrant les items figurant dans l'instruction ministérielle sus citée. C'est un tableau *Excel* renseigné par le DIM à partir des données colligées dans le dossier patient informatisé. Les données sont exploitées annuellement, les résultats faisant l'objet d'une communication au conseil de surveillance, à la commission des usagers et à la commission médicale d'établissement (CME), elle-même informée à chacune de ses réunions.

Conformément à la loi, l'EPSM-AL rédige un rapport annuel sur la politique institutionnelle visant à la réduction de ces pratiques. Le rapport 2018 donne les grandes lignes des actions en cours et à venir. Quatre tableaux y sont annexés portant sur les données enregistrées de chaque secteur de psychiatrie. Aucune analyse de ces données ne figure dans ce rapport qui permettrait des comparaisons entre les sites de l'établissement, d'analyser ces pratiques au regard du statut des patients et leur évolution dans le temps.

Les données quantitatives figurant dans le rapport annuel 2018 montrent que plus de 44,5 % de patients placés en soins sans consentement ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et de contention. Plus de 10 % de la file active des patients entrés en 2018 ont eu une mesure d'isolement avec des écarts variant de 9 % à plus de 12 % entre les sites de Lille et de Roubaix. Les données Rimpsy²¹ de 2015 évaluaient ce pourcentage au niveau national à 8,8 %.

Les durées sont très variables d'un secteur à un autre. La durée maximale enregistrée étant de 134 jours et la moyenne de plus de 8 jours. Le recours à la contention, tenant compte des données communiquées par le DIM, est élevé, se chiffrant à 67 % pour l'ensemble des secteurs avec des écarts variant de 56 % à plus de 72,5 % entre les sites de Lille et de Roubaix. La durée maximale est de 110 jours la moyenne étant de 8 jours.

De même si le taux d'isolement hors chambre d'isolement est élevé, concernant plus de 40 % de ces mesures, le nombre de mesures de contention prises hors espace spécifique serait de 35,7 %²², les écarts allant de 1,12 % pour le site de Lille à 48,8 % pour celui de Roubaix. Ces données ne corroborent pas les propos de soignants soulignant un faible recours aux mesures de contention.

²¹ Recueil d'informations médicalisées pour la psychiatrie

²² Données rapport annuel 2018

RECOMMANDATION 27

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre d'en tirer des enseignements chiffrés au niveau de l'établissement et d'établir des suivis annuels. Ces éléments seront de nature à conforter ou non les actions en cours mais surtout à les compléter.

A l'issue de la visite du CGLPL, la CME a mis en place une intervention systématique sur les pratiques de contention et d'isolement. Les données chiffrées sont portées à la connaissance de la communauté médicale à chaque CME. Les enseignements y sont discutés et il est prévu un bilan annuel de la politique en la matière réalisé par le DIM. L'objectif en est de favoriser une prise de conscience du sujet et d'en envisager les mesures correctrices.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA CLINIQUE POUR ADOLESCENTS PROPOSE DES SOINS INDIVIDUALISES REPOSANT SUR UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE A LAQUELLE LES FAMILLES SONT ASSOCIEES

La clinique pour adolescents est un dispositif de soins intersectoriel auquel sont rattachés trois secteurs, accueillant des adolescents – filles et garçons – âgés de 12 à 16 ans. Toutefois, la structure prend également en charge des patients âgés de 17 ans déjà connus du service. Ces hospitalisations s'inscrivent dans un parcours de soins initié en ambulatoire. Elles sont en principe programmées mais l'équipe soignante se réserve la possibilité d'admettre des patients en urgence. Selon les propos recueillis, la population accueillie a évolué au cours de cette dernière décennie. Ainsi certains adolescents, « *dont personne ne veut* » et présentant des pathologies complexes, sont très marqués par la violence. L'hospitalisation s'avère être la seule alternative possible pour ces jeunes dont les ressources internes sont dépassées et pour lesquels l'environnement dans lequel ils évoluent est dangereux.

La file active, d'environ une centaine de patients par an, est en augmentation constante. Le taux d'occupation de la clinique est de 60 %. La durée moyenne de séjours des jeunes est d'environ 21 jours mais elle tend à s'allonger, en raison notamment de situations plus complexes, pour lesquelles les solutions de sortie et de post hospitalisation ne sont pas acquises. Le jour de la visite, sept adolescents, âgés de 11 à 15 ans, étaient admis en soins libres. La structure accueille majoritairement des patients en soins libres. Ainsi en 2018, quatre-vingt-quinze adolescents ont été pris en charge, dans le cadre d'une admission en soins libres, quatre autres ont fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP).

La capacité d'accueil de la clinique est de neuf lits. Elle compte également une chambre d'isolement (CI), appelée chambre d'apaisement. Elle était inoccupée lors de la visite.

La clinique est située à Wasquehal, à équidistance entre le site de Lommelet et celui de Roubaix. Il est prévu d'emménager en mars 2020 dans un nouveau bâtiment implanté sur le site principal de l'EPSM-AL.

9.1.1 Les locaux

Le site actuel, d'une surface de 720 m², est réparti sur deux niveaux. Le rez-de-chaussée comporte le réfectoire, les bureaux du personnel et un salon d'accueil des familles. Le premier étage, complètement isolé du rez-de-chaussée et fermé à clef, est accessible par un escalier sécurisé. Il compte deux chambres doubles et cinq chambres individuelles, la chambre d'isolement, le poste infirmier, une salle d'activités et le salon de télévision. Les informations relatives au fonctionnement de l'unité (règles à respecter, planning des activités, événements particuliers) font l'objet d'un affichage.

Les chambres comportent un placard de rangement et des sanitaires équipés d'un lavabo, d'une douche et de toilettes. Les fenêtres de la chambre sont coulissantes, sans possibilité d'ouverture totale.

Les locaux du rez-de-chaussée accueillent également l'hôpital de jour (HDJ) « Mikado ». Actuellement très limitée, son activité se développera quand la clinique sera transférée. L'HDJ aura alors une capacité de dix places.

Les locaux ne disposent d'aucun espace de détente extérieur. Cette lacune sera comblée dans les nouveaux bâtiments.

9.1.2 L'effectif

L'équipe soignante exerce sous la responsabilité d'une pédopsychiatre, chef du pôle de pédopsychiatrie, présente deux demi-journées dans la structure. Le caractère pluridisciplinaire de l'équipe est très affirmé. Ainsi donc, des éducateurs viennent compléter l'équipe constituée d'infirmiers, de psychologues et d'assistants socio-éducatifs. Ils interviennent sur l'aspect éducatif et les activités thérapeutiques. Ils travaillent de concert avec les soignants notamment pour apaiser des situations de tension et de violence. La complémentarité avec l'activité des soignants semble avoir été trouvée.

L'équipe actuelle est en nombre suffisant et semble avoir trouvé une stabilité. Cependant, la nouvelle structure demandera des effectifs complémentaires qui ne sont pas encore acquis.

9.1.3 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

a) L'organisation des soins

Les soins sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire qui s'articule étroitement avec les dispositifs extra hospitaliers et les partenaires extérieurs. Les parents sont également associés à la prise en charge. Ainsi, chaque semaine, ils sont tenus informés du déroulement de l'hospitalisation de leur enfant et des prochaines étapes envisagées. A cet égard, lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation programmée, les parents visitent l'unité au préalable et reçoivent un livret d'accueil remis également aux jeunes patients.

Une présence médicale quotidienne est assurée au sein du service, les jeunes sont vus tous les jours en consultation. Les entretiens médicaux se déroulent en présence des infirmiers qui ont indiqué « être pleinement associés au dispositif de soins ».

Lors de la visite, les contrôleurs ont pu mesurer la disponibilité et la bienveillance dont faisaient preuve les infirmiers et les éducateurs à l'égard des jeunes.

Un *staff*, réunissant tous les membres de l'équipe de l'unité, se tient chaque matin ; tous les cas sont passés en revue. Par ailleurs, une réunion hebdomadaire est consacrée à la clinique. Chaque intervenant est invité à présenter une synthèse portant sur le déroulement de la prise en charge et l'évolution du patient. Ce temps d'échange et de réflexion autour de la clinique permet de redéfinir les objectifs et de réajuster les projets de soins ainsi que le planning d'activités de chaque patient. Ce planning est remis au jeune, c'est l'occasion de revoir avec lui les objectifs et les engagements qui lui sont spécifiques.

Enfin au cours de la réunion de synthèse hebdomadaire, regroupant l'équipe soignante et les partenaires extérieurs intervenant dans le champ médico-social et judiciaire, le projet de sortie et ses modalités sont examinés.

Compte tenu de la complexité des profils dont l'équipe soignante a la charge, il a été instauré récemment des séances de supervision animées par un intervenant extérieur. Ces séances permettent une mise à distance des soignants par rapport à des situations qui les mettent en difficulté et qui « les abîment ».

b) Les activités

Un planning hebdomadaire est affiché dans les locaux pour toute la semaine en cours. Comme indiqué auparavant, chaque jeune patient reçoit un planning adapté à son projet de soins. Des activités (sport, activités culturelles, équitérapie, etc.) se déroulent à l'extérieur, elles sont encadrées par les éducateurs spécialisés et les soignants. D'autres (baby-foot, ping-pong, jeux de

société, arts-plastiques) ont lieu sur place. Les jeunes participent également à la préparation de repas et de fêtes spécifiques.

Le temps scolaire est actuellement assez limité, il consiste en une séance hebdomadaire qui se déroule *in situ*. Il sera développé dans la future implantation avec une salle réservée à l'activité de scolarité.

c) Les relations avec les familles

Le contact avec les familles, sauf cas particulier, n'est pas prévu dans les premiers temps de l'hospitalisation, qui constituent la phase d'observation et de mise en place du projet de soins. Il est recherché une adhésion spécifique du patient au programme de soins même si l'accord de la famille sera ensuite sollicité.

Les visites et les appels téléphoniques sont regroupés en fin d'après-midi, afin de ne pas perturber le déroulement des activités. Selon le contexte familial, les adolescents bénéficient de visites médiatisées.

Les appels téléphoniques sont transmis depuis le poste de soins, les conversations restent donc sous la vigilance des soignants. Le jeune n'est pas autorisé à utiliser son téléphone portable dans l'unité afin d'éviter la prise de photographies pouvant être diffusées sur les réseaux sociaux.

Le jour de la visite, l'ensemble des patients était autorisé à recevoir des visites et à transmettre des appels téléphoniques.

9.1.4 Les incidents et les violences

Les incidents et les faits de violence sont en progression, aussi bien en nombre qu'en intensité. Cela est dû en particulier à l'évolution des patients hospitalisés, avec une augmentation d'admissions de jeunes issus de milieux déstructurés, relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou admis dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Le nombre d'OPP a d'ailleurs augmenté depuis 2017 passant d'une à six en 2018 puis à cinq en 2019.

Ces situations génèrent également des hospitalisations dont la durée est plus longue, ce qui entraîne un épuisement du personnel. La formation OMEGA, relative à la prise en charge de la violence, n'est pas adaptée aux profils dont le personnel soignant a la charge. Il est regrettable que l'ensemble du personnel soignant ne bénéficie pas de façon systématique d'une formation complémentaire portant sur la prise en charge des adolescents.

La prise en charge est également complexifiée par les addictions, en particulier le cannabis, présentées par des patients de plus en plus jeunes. Le tabac est interdit au sein de l'unité. Les adolescents qui le nécessitent bénéficient d'un suivi dans le cadre du sevrage tabagique.

9.1.5 L'isolement et la contention

La chambre d'isolement est mitoyenne au poste de soins. Elle est équipée d'un dispositif d'appel, le mobilier est composé d'un lit fixé au sol, d'une table amovible, d'un siège et d'un guéridon en matière plastique. Les sanitaires comprennent un lavabo, des WC et une douche.



Chambre d'isolement de la clinique pour adolescents

A l'instar des CI implantées dans les unités d'hospitalisation générale (cf.§ 8.1.3), la chambre est équipée d'une caméra. Ce dispositif est attentatoire à la dignité et à l'intimité des patients et son installation n'est d'autant pas justifiée, la CI étant adjacente au poste de soins et les passages infirmiers sont très fréquents (toutes les 30 minutes *a minima*).

Selon les propos recueillis, le recours à l'isolement est un outil de dernier recours lorsque toutes les autres tentatives pour apaiser ou désamorcer une crise se sont soldées par un échec. L'isolement serait parfois mis en œuvre à la demande de l'adolescent. En général, la durée de ces mesures est très courte (moins d'une heure) mais il arrive qu'un jeune puisse demeurer toute la nuit. Le recours à la contention serait, quant à lui, exceptionnel et sa durée ne dépasserait pas les trente minutes. Il convient de préciser qu'en l'absence d'un PH de l'unité, il est fait appel au PH d'astreinte qui se déplace systématiquement pour valider la mesure. La famille ou l'aide sociale à l'enfance, lorsque l'autorité parentale lui est confiée, sont informées de l'instauration de la mesure.

Les contrôleurs ont examiné le registre recensant les mesures d'isolement et de contention. L'outil est inexploitable car l'heure de la fin de la mesure est rarement renseignée avec exactitude. Les PH ont reconnu qu'ils omettaient bien souvent de renseigner le registre au moment même où la mesure prenait fin. Il n'en demeure pas moins que le nombre de mesures (118 en 2018), même si leur durée serait courte, doit conduire les équipes à engager une réflexion en vue de limiter le recours à ces mesures d'autant que la nouvelle unité disposera d'une chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 28

L'isolement des adolescents doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle en vue de limiter le recours à cette mesure et le registre doit être tenu avec plus de rigueur.

Dans sa réponse, la direction précise que l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique prévoit la mise en place d'un registre comptabilisant les décisions d'isolement et de contention des patients en soins sans consentement. L'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 qui en découle précise : « L'article L. 3222-5-1 s'applique, dès la publication de la loi, aux établissements autorisés en psychiatrie désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins sans consentement. Le registre recense les mesures relatives aux patients qui font l'objet

de soins sans consentement ». Sauf exception, les adolescents, patients mineurs, ne sont donc pas concernés par le registre, raison pour laquelle les mesures d'isolement et de contention dont ils pourraient faire l'objet n'y sont pas inscrites. Par ailleurs, la direction rappelle que l'établissement suit mensuellement le nombre de mesures (avec présentation et interprétation des données en CME), y compris celles exercées au sein de la clinique de l'adolescent

Le CGLPL maintient sa recommandation, le registre doit pouvoir être exploitable afin qu'il puisse constituer un outil d'analyse fiable en vue de limiter le recours aux mesures d'isolement des mineurs qui doivent être évitée par tout moyen.

9.2 LES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES DANS L'ETABLISSEMENT Y SONT LE PLUS SOUVENT PLACEES EN ISOLEMENT

Deux centres pénitentiaires – ceux de Sequedin et d'Annœullin – sont situés à proximité du site dit Lommelet de l'EPSM-AL.

Jusqu'en 2013, l'orientation des personnes détenues vers un service de psychiatrie était organisée au regard de leur domiciliation hors détention ou, pour les personnes en étant démunies, en fonction d'un protocole liant l'EPSM-AL au CHU et à l'EPSM-Lille Métropole. Eu égard aux secteurs dont est chargé l'EPSM-AL et de sa proximité géographique, cet établissement était souvent sollicité. En 2010, il a ainsi accueilli sur ses deux sites d'hospitalisation soixante-neuf patients pour un total de 625 journées.

La création, en 2013, de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin a sensiblement réduit le nombre de ces orientations. D'une capacité de soixante lits répartis en trois unités : l'une accueille des hommes consentants aux soins, l'autre des hommes non consentants, la dernière des hommes consentants ainsi que des femmes et des mineurs consentants ou non.

Cette structure connaît en 2017, selon les données communiquées, un taux d'occupation de 71,86 %. La même année, la durée moyenne des soins y est de 26,86 jours. Ainsi, selon les informations transmises aux contrôleurs, 37 % des personnes détenues dans le Nord et le Pas-de-Calais sont prises en charge en dehors de l'UHSA, selon une répartition par secteur – donc notamment par l'EPSM-AL compte tenu des secteurs urbains relevant de la compétence de l'un ou de l'autre de ses sites d'hospitalisation. A titre d'illustration, au titre des mois de juillet et août 2017, les motifs de refus d'hospitalisation par l'UHSA résultent de l'absence de place d'hospitalisation pour des personnes non consentantes aux soins (huit refus), de l'absence d'escorte disponible (six refus), de l'absence de place en soins libres (trois refus) et de l'absence d'indication médicale pour une prise en charge en SDRE (un refus)²³.

Dans ce contexte, l'organisation de l'orientation des personnes détenues vers un service de psychiatrie a été revue à l'aune d'une convention signée le 10 octobre 2019 par l'administration pénitentiaire, l'ARS des Hauts-de-France et les établissements autorisés en psychiatrie et chargés d'assurer les soins psychiatriques dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. A cet égard, cette convention fixe le principe de la prise en charge des personnes détenues à l'UHSA par priorité, puis détermine l'organisation d'une éventuelle orientation vers un autre établissement : d'abord dans l'hôpital de secteur au regard du domicile de la personne hors détention ; à défaut, est mis en place un dispositif dit de « *contribution à l'orientation des patients détenus hors sectorisation* » (COPADEHS) qui est fonction du lieu de détention et de la date de naissance des personnes

²³ Source : ARS des Hauts-de-France, *Réunion sur la fluidification de l'orientation des détenus*, 18 octobre 2018.

détenues. Selon l'annexe jointe à cette convention, seules les personnes détenues au CP d'Annœullin ou à celui de Sequedin ont vocation à être pris en charge par l'EPSM-AL. Leur orientation est prévue, en fonction de leur date de naissance, sur chacun des secteurs de l'établissement (huit secteurs) ou sur ceux de l'EPSM-LM (neuf secteurs) ou le CHRU (un secteur).

Ce dispositif a été mis en œuvre dès le mois de janvier 2019, selon les informations transmises, et aurait permis une diminution des orientations de personnes détenues vers l'établissement, en particulier hors secteur. De fait, ainsi qu'il ressort des données reprises dans le tableau ci-dessous, alors que treize des vingt-deux personnes détenues hospitalisées en 2018 relevaient d'autres secteurs, seules deux hospitalisations hors secteurs étaient décomptées parmi les seize référencées au titre des onze premiers mois de l'année 2019.

	2010*	2017	2018	2019**
Site de Saint-André-lez-Lille				
Nombre de personnes	41	7	13	11
- dont hors secteur	nc	0	6	2
Nombre de journées	344	47	74	96
Site de Roubaix				
Nombre de personnes	28	4	9	5
- dont hors secteur	nc	1	7	0
Nombre de journées	281	26	83	46
TOTAL				
Nombre de personnes	69	11	22	16
- dont hors secteur	nc	1	13	2
Nombre de journées	625	73	157	142

nc : donnée non communiquée

* données communiquées pour la période janvier-septembre 2010

** données communiquées pour la période janvier-novembre 2019

Prise en charge des détenus – données transmises par l'établissement

S'agissant de la durée des séjours, un examen aléatoire de cinq procédures reproduites aux registres de la loi tenus par l'EPSM-AL pour l'année 2019 fait apparaître des durées allant de 2 jours (à trois reprises) à 6 jours (une occurrence). En outre, une hospitalisation de 12 jours a concerné un patient admis hors secteur, le temps de son orientation vers l'établissement théoriquement responsable de sa prise en charge. Une autre prise en charge, orientée par l'UHSA en prévision de la levée d'écrou de la personne, a duré 16 jours, le temps de son orientation en unité pour malades difficiles (UMD).

La convention conclue le 19 octobre 2019 propose par ailleurs deux formulaires-type : une « *fiche de liaison* » entre l'établissement pénitentiaire et le service hospitalier sollicité et une fiche de renseignements médicaux.

La première de ces fiches prévoit, outre l'identification de la personne détenue, la description de sa situation pénale – en ce inclus la qualification et la durée de la condamnation, la période de sûreté et la peine complémentaire, le motif de l'incarcération et/ou des condamnations, la date de libération ; la mention de l'identité des personnes titulaires de permis de visite ou de communiquer et de celles autorisées à recevoir des appels téléphoniques, ainsi que la mention de toute interdiction ou restriction de communication ; diverses informations sur la vie en détention (participation aux activités, comportement, placement en quartier spécifique, surveillance ou régime alimentaire particuliers) ; ainsi que la mention de tout suivi particulier par l'administration pénitentiaire (détenu particulièrement signalé ou pouvant présenter un risque à l'ordre public, type d'escorte). Un champ réservé aux observations et commentaires éventuels du service pénitentiaire d'insertion et de probation ou de la protection judiciaire de la jeunesse est prévu.

RECOMMANDATION 29

Rien ne justifie que les informations portant sur la situation pénale du patient détenu soient communiquées au personnel soignant de l'établissement.

Dans son courrier de réponse, la direction indique en ces termes : « *comme l'évoque le rapport provisoire, une convention a été signée par l'ARS, l'administration pénitentiaire et les établissements autorisés en psychiatrie. Lors des réunions préparatoires à l'élaboration de cette convention, il a été convenu que l'établissement soit destinataire d'une fiche de liaison qui reprend des éléments de la situation pénale du patient détenu. Du fait que l'établissement se doit d'aller chercher le détenu au centre pénitencier, ces informations permettent à l'établissement de demander si besoin une escorte. D'autre part certaines informations peuvent être nécessaires pour les conditions de séjour. Cette fiche de liaison a été, de fait, validée par l'ARS et ne nuit en aucun cas à la relation thérapeutique instaurée avec le patient* ».

Le CGLPL maintient son constat, les informations relatives aux dossier pénal des patients détenus n'ont pas à être connues du personnel soignant.

Le second document comporte mention d'éléments médicaux et sociaux : notamment, l'identité du médecin demandeur, les antécédents éventuels et renseignements cliniques pertinents, ainsi que divers renseignements sociaux et judiciaires (mesure de protection juridique, coordonnées du tuteur ou curateur éventuel, ressources, référent social, personne de confiance, etc.).

Des témoignages recueillis par les contrôleurs, il ressort que la mise en place de ces outils, censés faciliter les prises en charge, n'a pas totalement atteint cet objectif. Outre des difficultés liées à la lisibilité de certains documents faxés à l'EPSM-AL, les données transmises seraient souvent lacunaires, y compris lorsque l'envoi est doublé d'un appel téléphonique. Cependant, selon ces renseignements, ce protocole permet un contact téléphonique plus systématique entre le médecin référent du secteur d'accueil et celui de l'établissement demandeur. C'est cela qui permet d'adapter les modalités de sa prise en charge initiale.

Celle-ci n'est pas protocolisée et contrairement à une pratique passée, elle n'inclut théoriquement plus le placement systématique du patient en isolement. A cet égard, toutefois, les informations transmises aux contrôleurs font apparaître qu'en pratique, un tel placement en isolement est

largement mis en œuvre dans les différents secteurs de l'établissement, à tout le moins durant la période d'observation mise en place à l'admission de la personne. En la matière, les pratiques des secteurs diffèrent : dans l'un d'eux, il est admis que le patient est systématiquement placé en isolement, ou à tout le moins dans la zone « fermable » de l'unité si la chambre d'isolement est occupée par un autre patient, pour des raisons d'ordre sécuritaire et durant toute la durée de l'hospitalisation. La mesure peut cependant y être suivie de manière séquentielle, le patient détenu pouvant sortir pour fumer et prendre ses repas. Dans les autres secteurs, l'isolement est majoritaire mais pas systématique, notamment si la personne est connue du service pour y avoir déjà été hospitalisée. Le cas échéant, si son état clinique le permet, la mesure ne dure que quelques heures après l'admission en soins. Le patient est ensuite installé dans une chambre d'hébergement, éventuellement, dans un secteur, en utilisant la zone « fermable » de l'unité. Le sujet paraît diviser les équipes soignantes. A l'instar de la position affichée par la direction, plusieurs des médecins responsables de pôle et des cadres soulignent la nécessité d'individualisation de la mesure mais d'autres font état, comme la plupart des soignants rencontrés, du nombre limité d'infirmiers, de leur jeune âge, de la féminisation du personnel et des craintes de ces agents, qu'ils mettent notamment en regard avec l'impératif sécuritaire de l'ARS et le risque d'évasion.

RECOMMANDATION 30

Il doit être mis fin à l'isolement systématique des patients détenus.

L'EPSMAL a pris en compte la recommandation du CGLPL et mis en place une procédure pour l'ensemble de ses sites sur l'accueil des détenus. Cette procédure stipule très clairement qu'il ne peut y avoir d'isolement que pour des motifs médicaux (procédure jointe en annexe du courrier).

Cette procédure a été rappelée lors de la CME du 16 juin 2020 (annexe 41 jointe au courrier) : engagement de la CME à mettre fin à tout isolement systématique du patient détenu)

Le CGLPL prend acte de la procédure adoptée et de l'engagement pris par la CME. La direction de l'établissement doit cependant rester attentive à leur mise en œuvre effective par une réelle modification des pratiques professionnelles.

A cet égard, le fait que figurent, parmi les données transmises par l'établissement pénitentiaire, le motif de la condamnation et de l'incarcération et les éventuels antécédents pénaux de la personne n'est, selon les témoignages recueillis, pas non plus sans influence sur les craintes alléguées par les membres du personnel soignant.

Hors isolement, la prise en charge hospitalière des personnes détenues est conforme à celle proposée aux autres patients, à l'exception des possibilités de sortie qui leur sont inaccessibles. Au mieux, les informations transmises par l'administration pénitentiaire sont complètes et l'identité des personnes titulaires d'un permis de visite est connue. Le patient peut alors accueillir ces visiteurs toutefois, la durée de séjour dans l'établissement et souvent trop courte pour ce faire. Les patients détenus peuvent également être autorisés à téléphoner.

Ce sont des infirmiers de l'EPSM-AL qui vont chercher les personnes détenues dans l'établissement où elles sont incarcérées. Pour leur transport, l'usage des moyens de contention n'est pas systématique, selon les informations recueillies. Lors de la levée de l'hospitalisation, le patient détenu est pris en charge sur le site hospitalier par le personnel de l'administration pénitentiaire, « à la porte de l'unité » selon un témoignage. L'usage des entraves se ferait à la sortie de l'établissement seulement.

10. CONCLUSION

L'EPSM-AL est un établissement dynamique et attractif qui ne rencontre pas de problème financier. Il a su opérer un virage ambulatoire et a mis en place de nombreux projets novateurs afin de limiter les hospitalisations sans consentement. En témoigne le centre psychiatrique d'accueil et d'admissions qui joue un rôle essentiel dans la levée des mesures de soins sans consentement durant la période d'observation des 72 heures.

La communauté médicale a engagé une réflexion institutionnelle sur de nombreux thèmes en vue d'améliorer la qualité des soins et le suivi des patients. Cependant, l'absence de projet d'établissement et de politique coordonnée des deux sites induisent des cultures et des approches médicales différentes pouvant nuire à la prise en charge des patients. Ainsi donc les initiatives propres à chaque site ne sont pas partagées ni mutualisées. La gestion des urgences psychiatriques, l'existence sur un seul site d'une structure de réécoute des suicidants et la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique également limitée à un seul site illustrent parfaitement cette dichotomie. Enfin, l'absence d'homogénéité relatives aux règles de fonctionnement des unités conduit de fait à des inégalités de traitement dans le respect des droits des patients.

Par ailleurs, si les libertés individuelles sont globalement respectées, la liberté d'aller et venir est très limitée en raison de préoccupations sécuritaires qui priment sur le droit à la liberté de circulation de la majorité des patients.

Indépendamment de la réflexion engagée au niveau institutionnel et qui a donné lieu d'une part à l'élaboration d'une politique visant à la réduction du recours à l'isolement et à la contention et d'autre part à la création du groupe de travail relatif aux espaces d'apaisement, le recours fréquent aux mesures d'isolement et de contention interpelle. A cet égard, les données statistiques de l'année 2018 sont alarmantes : 44,5 % de patients placés en soins sans consentement ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et de contention. De même, la mise sous contention de patients dans leur chambre pour des raisons de sécurité et non pour des motifs cliniques relève de procédures inégales et de mesures attentatoires à la dignité et à l'intégrité des personnes. Ces pratiques sont en totale contradiction avec la philosophie humaniste des soins qui est prônée au sein de cet établissement.