



Rapport de visite :

3 au 12 juillet 2023 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé
mentale des Flandres

(Nord)



SYNTHÈSE

Une équipe du CGLPL, constituée de quatre contrôleurs, a effectué une deuxième visite des sites bailleulois, armentièresois, cappellois et dunkerquois de l'établissement public de santé mentale des Flandres (EPSMF) du 3 au 12 juillet 2023. La première visite, ancienne, date du mois d'octobre 2008.

L'EPSMF est l'un des membres du groupement hospitalier de territoire (GHT) de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais. Les villes hébergeant les sites sont accessibles en train, et les sites eux-mêmes au moyen de bus locaux gratuits. L'EPSMF dispose de 161 lits d'hospitalisation à temps complet, de psychiatrie adulte exclusivement, destinés à la prise en charge de l'ensemble des troubles mentaux de personnes issues de six secteurs constituant par binôme trois pôles. Les deux inter secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, constituent le quatrième pôle et ne disposent d'aucune unité spécifique pour la prise en charge à temps complet des mineurs qui sont hospitalisés de façon inadaptée dans des structures pour adultes.

L'aggravation progressive du déficit du nombre de psychiatres dans l'établissement, de presque 40 %, fragilise toujours plus l'exercice du droit d'accès à des soins psychiatriques, dispensés par des équipes dont l'effectif n'est pas suffisant pour répondre aux besoins de la population concernée. Ce déficit a nécessité la fermeture de 50 % des lits du pôle G05-G06 sur le site de Bailleul, entravé le maintien de sa ligne de garde, et conduit pour ce dernier motif le transfert de ce pôle sur le site du centre hospitalier Lille-Métropole d'Armentières. Dans ce contexte de politique sanitaire fragilisée, la direction commune en place du GHT a fait l'objet d'une dénonciation par le conseil de surveillance, puis de la nomination d'un nouveau directeur de l'EPSMF, assisté d'une équipe dynamique. La pénurie de personnel médical et soignant, dont l'épuisement professionnel a été notablement rapporté lors de la visite, nécessitait par ailleurs une fermeture temporaire surajoutée de lits lors de la période estivale, afin de répondre aux difficultés d'établir des plannings. Enfin, la fermeture définitive de dix lits, sans aucune contrepartie de structure, d'équipement, ni de personnel, a été inscrite dans le projet de restructuration « vieil hôpital » du site de Dunkerque.

Les quatre sites présentent une architecture hétérogène, amiantée à Armentières, vétuste à Bailleul et Dunkerque, contemporaine à Cappelle-la-Grande, et certains d'entre eux nécessitent des travaux pour garantir la dignité des conditions d'hébergement. L'absence notable de salles d'eau dans les chambres du site d'Armentières, où les patients sont contraints d'utiliser deux sanitaires communs pendant des horaires restreints en est une illustration. La liberté d'aller et venir dans les unités visitées, toutes fermées, n'est pas respectée. Les personnes hospitalisées en soins libres doivent notamment bénéficier pour sortir d'une autorisation médicale tracée, en contradiction avec les dispositions légales. Les restrictions sont mesurées et individualisées dans la vie quotidienne, à l'exception de celles de prendre l'air et de fumer, dans les jardins des unités majoritairement fermés pour des motifs sécuritaires et dont l'ouverture reste trop parcimonieuse.

Le nombre de prises en charge en soins sans consentement est important. Celles selon la forme dérogatoire constituent les deux tiers des soins à la demande du directeur de l'établissement dans les unités contrôlées, elles sont établies sur le fondement d'un seul certificat médical, et dans le cadre d'une recherche insuffisante d'un tiers qui privent les patients considérés en péril imminent d'une voie de recours autre que médicale. Les responsables des trois pôles adultes ont mis en avant des projets de pôle structurés, et les patients bénéficient de la qualité de

l'investissement professionnel des équipes médicales et soignantes, en dépit du contexte démographique auxquels ils font face. Les patients concernés ont toutefois insuffisamment accès, et de façon disparate entre les pôles, à des prises en charge pertinentes relatives à leur réhabilitation psychosociale. Le processus d'alliance thérapeutique et la prévention de la ré-hospitalisation en soins sans consentement nécessitent l'utilisation des directives anticipées, ainsi que la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs. La désignation insuffisante de la personne de confiance n'est que très peu suivie de son association au projet de soin.

La commission départementale des soins psychiatriques, qui avait interrompu ses venues lors de la pandémie de Covid-19 ne les a pas remises en œuvre, et n'exerce plus sa mission de contrôle des unités de l'établissement depuis le mois de juillet 2021. Le taux anormalement élevé de non-présentation des patients au juge des libertés et de la détention révèle de surcroît un doublement lors de l'exercice 2022-2023, dans le contexte, insuffisant pour l'expliquer, d'une absence de tenue d'audiences foraines, qui impose à certains patients un parcours de 120 km pour le contrôle légal de leurs mesures de soins sans consentement.

L'évolution des pratiques d'isolement et de contention, et leur traçabilité, sont insuffisamment inscrites dans le cadre de l'évolution des dispositions législatives, au motif notamment du défaut d'une formation adaptée, régulièrement dispensée et destinée à l'ensemble du personnel soignant. Les chambres d'isolement nécessitent des travaux, afin de garantir la sécurité et la dignité des patients isolés, sur le modèle de celles de l'unité Boréale. Des décisions d'isolement sont prises par des médecins non-psychiatres et certaines mesures sont pratiquées dans les chambres hôtelières. L'absence de salons d'apaisement, le défaut d'outils informatiques fiables permettant le recueil et l'analyse statistique des données, complètent la faiblesse de mise en œuvre d'une politique d'alternatives à ces pratiques.

SYNTHÈSE 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 36

L'équipe de l'antenne des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque favorise d'une façon très rarement observée, pour les patients concernés par une indication d'hospitalisation, leur orientation en soins libres pour la très grande majorité d'entre eux, et le respect de la mesure classique de soins à la demande d'un tiers pour ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du directeur d'établissement.

BONNE PRATIQUE 2 63

La notification immédiate de sa décision par le juge des libertés et de la détention permet au patient de recevoir des explications et une information adaptées concernant les voies de recours, qui contribuent à prévenir une éventuelle anxiété provoquée par l'attente.

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

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé des Hauts-de-France doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement, et des pratiques d'isolement et de contention de l'établissement.

RECOMMANDATION 2 17

Les patients souffrant de troubles mentaux, que l'établissement doit hospitaliser à temps complet, ne doivent pas subir la diminution de l'accès au dispositif de soins psychiatriques, au motif des fermetures itératives de lits, temporaires et définitives.

RECOMMANDATION 3 22

Le recrutement d'un nombre adapté de médecins psychiatres, qui garantit la possibilité et la qualité des soins médicaux psychiatriques, doit être une priorité.

RECOMMANDATION 4 24

Le recrutement de cadres et d'infirmiers diplômés d'Etat doit être une priorité de l'établissement pour garantir les soins et prévenir l'épuisement professionnel.

RECOMMANDATION 5 24

Les outils de communication de l'établissement en direction des candidats à l'emploi doivent être renforcés.

RECOMMANDATION 6 25

Tous les patients qui en ont besoin doivent avoir accès à un ergothérapeute et à un psychomotricien, quelle que soit leur unité d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 7	26
Des réunions de supervision doivent être proposées aux soignants de chaque unité, pour leur permettre des échanges avec un professionnel indépendant, concernant leur vécu et leurs pratiques.	
RECOMMANDATION 8	27
L'établissement doit produire une analyse objective de l'augmentation de la violence et de l'agressivité, afin de mettre en œuvre les solutions adaptées pour les prévenir.	
RECOMMANDATION 9	30
Le compte-rendu des séances de l'espace éthique doit faire l'objet d'une diffusion systématique aux agents et aux représentants des usagers par courriel, afin de permettre une systématisation de la lecture des sujets élaborés. L'espace éthique doit aborder les thèmes des restrictions de liberté, des droits fondamentaux des patients et des pratiques d'isolement et de contention. Un soignant volontaire devrait assurer une référence « espace éthique » dans chaque unité.	
RECOMMANDATION 10	31
Les locaux utilisés par les patients ou les soignants doivent être normalement chauffés.	
RECOMMANDATION 11	32
L'intervention de l'équipe mobile de liaison dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Hazebrouck doit faire l'objet d'une convention qui en définisse les modalités, notamment l'accès à un local spécifique pour l'évaluation des patients et au logiciel Cariatides de l'établissement pour effectuer les transmissions en temps réel.	
RECOMMANDATION 12	32
Une signalétique claire, permettant aux patients concernés d'accéder à l'antenne des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque, doit être mise en place.	
RECOMMANDATION 13	34
Pour respecter la dignité et l'intimité du patient isolé, la CI doit disposer d'un sas qui le préserve du regard d'autrui, d'un accès permanent à des WC, une douche, et un point d'eau, d'un port individualisé plutôt que systématique de la chasuble institutionnelle et d'une surveillance soignante humaine exclusive sans système de vidéosurveillance.	
RECOMMANDATION 14	34
Les décisions d'isolement et de contention prises dans le service des urgences du centre hospitalier de Dunkerque doivent respecter le cadre légal, qui dispose qu'elles relèvent d'un psychiatre et font l'objet d'une traçabilité dans un registre spécifique.	
RECOMMANDATION 15	35
La présence des psychiatres à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques doit respecter les termes de la convention signée entre l'établissement et le centre hospitalier de Dunkerque.	
RECOMMANDATION 16	35
La convention signée entre l'établissement et le centre hospitalier de Dunkerque doit permettre une organisation pertinente et claire pour tous les intervenants de l'activité de liaison psychiatrique dans les services de ce dernier.	
RECOMMANDATION 17	36
Une interface efficace entre les logiciels Cariatides de l'EPSMF et Hôpital Manager du CHD doit être mise en œuvre pour prévenir les doublons et la chronophagie du processus de transmission écrite des soignants de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque.	

RECOMMANDATION 18	37
L'organisation de l'acheminement des patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement doit garantir leur transfèrement efficace et rapide de l'antenne des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque vers les unités d'hospitalisation.	
RECOMMANDATION 19	40
Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence), doit être exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers dans l'ensemble de ses sites d'accueil des urgences psychiatriques lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement sur décision du directeur, et se doter d'outils informatiques permettant de produire des données statistiques exploitables de son activité de soins sans consentement.	
RECOMMANDATION 20	41
Toutes les unités doivent disposer de règles de vie qui permettent au patient de connaître le rythme de vie de la journée en se reportant à un document unique.	
RECOMMANDATION 21	42
Les patients doivent être précisément informés des modalités d'accès à leur dossier médical et le délai de réponse doit respecter les obligations légales.	
RECOMMANDATION 22	43
Les certificats médicaux qui fondent les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être remis aux patients dès l'arrivée sur un support qu'ils peuvent conserver.	
RECOMMANDATION 23	45
Les locaux d'hébergement nécessitent diverses améliorations pour garantir le respect de la sécurité, de la dignité et de l'intimité des patients hospitalisés. Les plus anciens doivent être rénovés. Toutes les chambres doivent notamment disposer d'une salle d'eau, d'une porte équipée d'un verrou de confort, d'un placard fermable par le patient, d'un coffre permettant la protection des valeurs, et d'un bouton d'appel des soignants.	
RECOMMANDATION 24	45
L'accès aux douches collectives de l'unité Toria ne doit pas être restreint.	
RECOMMANDATION 25	46
Les patients doivent accéder à un service adapté et gratuit de lavage et de séchage de leur linge.	
RECOMMANDATION 26	46
Les services d'un coiffeur doivent être accessibles, notamment pour les patients qui n'ont pas la possibilité de sortir.	
RECOMMANDATION 27	46
Un exemplaire de l'inventaire des biens des patients doit leur être systématiquement remis.	
RECOMMANDATION 28	47
Dans toutes les unités, les patients doivent pouvoir s'alimenter dans le réfectoire, dans l'ambiance de partage et de convivialité que représente la prise d'un repas en commun.	
RECOMMANDATION 29	48
Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit se trouver derrière une porte d'unité fermée, ni se voir imposer l'obtention d'une autorisation médicale pour sortir. Les restrictions de liberté de circulation au sein des unités, notamment celles concernant l'accès au réfectoire, aux chambres, et aux jardins, doivent cesser.	

RECOMMANDATION 30	49
Toutes les unités doivent être équipées de salons de visite ergonomiques et respectueux de l'intimité des échanges, et proposer des horaires de visite équivalents.	
RECOMMANDATION 31	50
La liste comportant les coordonnées de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient doit être affichée dans toutes les unités.	
RECOMMANDATION 32	51
Les patients doivent être informés systématiquement, dès l'arrivée, de leur droit de solliciter la confidentialité de leur hospitalisation. L'organisation du fonctionnement du standard doit assurer en continu cette confidentialité.	
RECOMMANDATION 33	51
L'exercice du droit de vote doit être rendu possible dans chaque unité, par procuration ou à l'occasion d'une permission de sortie. L'information concernant ce droit doit faire l'objet d'une mention dans le livret d'accueil et d'un affichage.	
RECOMMANDATION 34	52
Les patients doivent recevoir une information orale et écrite adéquate concernant les possibilités de joindre un aumônier et d'assister à des offices religieux.	
RECOMMANDATION 35	52
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle s'agissant des formations proposées aux soignants, des manières d'aborder la question, et de l'éducation des patients concernant la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles.	
RECOMMANDATION 36	54
Pour respecter l'intimité et la sécurité des patients isolés, les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel, meublées d'un siège pour le patient comme pour le soignant, disposer d'un accès à l'air libre, et préserver de toute vue directe sur les WC depuis les ouvertures de surveillance intérieure et de toute vue directe par la fenêtre depuis l'extérieur.	
RECOMMANDATION 37	55
Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée, afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.	
RECOMMANDATION 38	55
Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, titulaire d'une thèse de médecine et d'une qualification spécialisée reconnue par l'ordre des médecins, après un examen clinique du patient.	
RECOMMANDATION 39	56
L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent doivent être évités par tout moyen. De telles mesures néanmoins mises en œuvre, à titre exceptionnel, doivent être tracées rigoureusement dans un registre <i>ad hoc</i> , analysées par les soignants et présentées aux instances de l'établissement. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de telles décisions et de leur renouvellement et disposer d'une voie de recours, quel que soit le statut d'hospitalisation du mineur, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.	
RECOMMANDATION 40	57
Les agents de sécurité ne doivent pas intervenir physiquement lors de l'accompagnement des patients en isolement ni lors de la mise sous contention.	

RECOMMANDATION 41	57
Le débriefing des patients isolés par les médecins après une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, doit être systématique.	
RECOMMANDATION 42	57
Toutes les mesures d'isolement doivent être tracées.	
RECOMMANDATION 43	58
Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière visant la réduction du recours à ces pratiques.	
RECOMMANDATION 44	59
Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement. Un outil d'évaluation doit être mis en place pour quantifier leur impact sur le nombre et la durée des mesures d'isolement et de contention.	
RECOMMANDATION 45	60
La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer ses missions conformément aux dispositions légales, assurant notamment la visite annuelle de l'établissement.	
RECOMMANDATION 46	61
Les éléments relatifs à la personne placée en soins sans consentement doivent être renseignés dans un registre unique, afin d'en faciliter la tenue et la lisibilité pour les organismes chargés de son contrôle.	
RECOMMANDATION 47	62
Une convention doit être signée entre le tribunal judiciaire, l'agence régionale de santé et l'établissement pour l'organisation des audiences du JLD au sein de l'hôpital, facilitant ainsi l'accès au juge dans des conditions adaptées pour les patients.	
RECOMMANDATION 48	62
Les tuteurs et les curateurs doivent être régulièrement présents aux audiences devant le juge des libertés et de la détention, où ils y sont convoqués.	
RECOMMANDATION 49	63
L'unité Tonnelle doit retirer de son affichage la note du mois de novembre 2011, relative à « <i>la représentation par avocat dans le cadre de la saisine obligatoire du JLD</i> » dont les indications, notamment celles concernant l'aide juridictionnelle, sont obsolètes.	
RECOMMANDATION 50	64
Les mineurs ne sauraient bénéficier de moins de droits que les patients majeurs. En conséquence, toute décision d'isolement et de contention les concernant, quel qu'en soit le fondement, doit être soumise au contrôle du juge.	
RECOMMANDATION 51	65
L'organisation de l'offre de soins de l'établissement doit prévenir et tenir compte de l'épuisement professionnel des équipes médicales, notamment dans le contexte de la pénurie marquée dont ils font l'objet.	
RECOMMANDATION 52	66
Le tiers signataire d'une demande d'hospitalisation doit être informé des autorisations de sorties de courte durée de 12h et 48h dont bénéficie le patient concerné.	

RECOMMANDATION 53 66

Les patients hospitalisés en soins sans consentement ne doivent pas se voir refuser, pour des raisons sécuritaires, les autorisations de sorties de courte durée, dûment justifiées par un certificat médical, dont ils peuvent bénéficier.

RECOMMANDATION 54 66

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 55 67

Les patients des trois pôles faisant l'objet d'une indication de réhabilitation psychosociale doivent avoir un accès équivalent à ces prises en charge spécifiques.

RECOMMANDATION 56 68

Les patients hospitalisés doivent avoir dans les trois pôles un accès équivalent à des activités thérapeutiques diversifiées.

RECOMMANDATION 57 68

Les patients hospitalisés des trois pôles doivent avoir un accès équivalent à des soins somatiques quotidiens, dont l'organisation permet les diagnostics, les traitements et les suivis.

RECOMMANDATION 58 69

Les patients des trois pôles doivent avoir accès à des séances régulières d'éducation thérapeutique animées par des intervenants spécifiquement formés.

RECOMMANDATION 59 71

La durée d'hospitalisation des patients, une fois stabilisés, ne doit pas s'allonger, au motif d'une insuffisance des structures d'accueil et d'hébergement sociales et médico-sociales. La longueur des délais de rendez-vous dans les centres médico-psychologiques ne doit pas s'apparenter à des ruptures de suivi.

RECOMMANDATION 60 72

Les soignants doivent tous connaître le rôle de la personne de confiance, qui doit être contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et son association au projet de soins du patient.

RECOMMANDATION 61 72

L'établissement doit mettre en œuvre le recrutement et la formation de médiateurs de santé pairs, et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement, et de la diminution du coût de la santé.

RECOMMANDATION 62 73

Les séances du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles, non-tenues au motif de l'indisponibilité des psychiatres liée à leur pénurie, doivent l'être de nouveau.

RECOMMANDATION 63 74

L'effectif de la pharmacie d'usage interne doit permettre aux patients de bénéficier d'une conciliation médicamenteuse et de séances d'éducation thérapeutique, effectuées par des agents spécifiquement formés, de façon équivalente entre les pôles.

RECOMMANDATION 64 76

L'établissement doit répondre de façon adaptée aux nécessités de prise en charge hospitalière à temps complet des enfants et des adolescents dont il doit assurer les soins. Aucun mineur ne doit être hospitalisé dans une unité pour adultes.

RECOMMANDATION 65 77

La prise en charge du patient détenu doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf consigne médicale spécifique. Les modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un complément dans la note de procédure de prise en charge des patients détenus de l'établissement. Le motif de l'incarcération ne doit pas être divulgué dans la fiche de liaison entre les établissements pénitentiaire et hospitalier.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	13
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 Les fermetures de nombreux lits amenuisent l'offre de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet	14
2.2 Le budget permet de financer les projets	18
2.3 L'absentéisme, le <i>turn-over</i> et les difficultés de recrutement ne garantissent pas la qualité des prises en charge ni des conditions de travail	20
2.4 Les événements indésirables font l'objet d'une analyse et de mesures correctives	26
2.5 Les soignants n'ont pas connaissance des sujets étudiés par l'espace éthique	29
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	31
3.1 La prise en charge préhospitalière s'appuie sur plusieurs équipes mobiles et structures	31
3.2 Deux tiers des patients hospitalisés en soins sans consentement le sont sur le fondement d'un seul certificat médical	38
3.3 Le patient connaît l'étendue de ses droits mais ne dispose pas de la copie des certificats médicaux	41
4. LES CONDITIONS DE VIE	44
4.1 L'état des locaux et leur agencement sont très hétérogènes	44
4.2 Toutes les chambres ne comportent pas de douche ni de toilettes et l'accès à un système adapté de lavage du linge personnel n'est pas assuré	45
4.3 La protection des biens des patients est limitée par l'agencement des chambres dans certaines unités	46
4.4 Les patients d'une unité sont tenus de s'alimenter en chambre	47
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	48
5.1 La liberté d'aller et venir n'est pas respectée	48
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont hétérogènes selon les unités	48
5.3 Les liens sociaux sont préservés mais les horaires de visite sont disparates et les salons d'accueil des visiteurs font défaut dans certaines unités	49
5.4 La confidentialité de l'admission et de la présence du patient n'est pas assurée	50
5.5 L'accès au vote est insuffisamment mis en œuvre dans l'établissement et peu sollicité par les patients	51
5.6 Le droit des patients de pratiquer leur religion ne fait pas l'objet de restriction mais n'est pas facilité	51

5.7	La vie sexuelle et affective des patients ne donne lieu à aucune réflexion institutionnelle.....	52
6.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	53
6.1	Les chambres d'isolement nécessitent des améliorations et des mesures d'isolement se déroulent en chambre hôtelière.....	53
6.2	Des décisions d'isolement peuvent être prises à l'égard de patients mineurs...	55
6.3	Le registre est convenablement renseigné mais insuffisamment analysé au sein des unités et le nombre de patients concernés par une mesure est en hausse.	57
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	60
7.1	La CDSP, qui a interrompu ses visites lors de la pandémie de Covid-19, ne se rend toujours pas dans l'établissement.....	60
7.2	La bonne tenue du registre de la loi facilite le contrôle des mesures de soins sans consentement.....	60
7.3	Les audiences du JLD se tiennent au tribunal, éloigné, où un quart des patients ne sont pas présentés.....	61
8.	LES SOINS.....	65
8.1	Les soins psychiatriques sont assurés par des équipes médicales confrontées à la pénurie et à l'épuisement professionnel.....	65
8.2	Les patients n'ont pas un accès équivalent aux soins somatiques	68
8.3	La préparation à la sortie est organisée et progressive	69
8.4	La mise en œuvre des outils d'appui au recueil du consentement du patient est très insuffisante	71
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	75
9.1	L'établissement accueille des mineurs dans les unités fermées pour adultes ...	75
9.2	La prise en charge des patients détenus ne garantit pas le respect de leurs droits fondamentaux	76

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Julien Starkman, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Maud Dayet ;
- Isabelle Servé.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres (département du Nord) du 3 au 12 juillet 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 juillet à 13h30. Ils l'ont quitté le 12 juillet à 15h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. La direction du cabinet du préfet du Nord, l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Dunkerque, ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement et son équipe, le président de la commission médicale d'établissement (CME), des médecins, un cadre supérieur de santé, et des cadres de santé.

Une salle de travail a été mise à leur disposition, ainsi que l'ensemble des documents demandés au cours de la semaine. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont notamment rencontré les chefs de pôle des trois sites de l'établissement. Un entretien téléphonique a été organisé avec le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et avec la présidente de la commission des usagers (CDU).

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 12 juillet, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le 21 novembre 2023, un rapport provisoire a été adressé au chef d'établissement, au préfet du département du Nord, à l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, au président du tribunal judiciaire de Dunkerque, ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal, pour une période de réponse contradictoire de quatre semaines. Le chef d'établissement et l'ARS des Hauts-de-France ont fait valoir des observations par courrier, respectivement les 26 décembre 2023 et 5 janvier 2024, qui ont été intégrés dans des encarts distincts disposés sous les recommandations concernées.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LES FERMETURES DE NOMBREUX LITS AMENUISENT L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

2.1.1 La présentation de l'établissement

L'EPSM des Flandres (EPSMF) dispose de 161 lits d'hospitalisation complète, 67 places d'hôpital de jour (HDJ, 37 pour adultes et 30 pour enfants et adolescents), 30 places en appartements thérapeutiques, et d'un secteur médicosocial¹. Il est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais². L'EPSMF est constitué, depuis la nouvelle mise en pôle³ engagée en 2018 et achevée au mois d'avril 2022, de quatre pôles d'activités répartis sur plusieurs sites :

- le pôle G01-G03 situé sur le site de Dunkerque (EPSMF-D, 967 avenue de Rosendael Jacques Collache), doté des unités La Tonnelle (30 lits) et Clinique de Rosendael (30 lits) ;
- le pôle G02-G04 situé sur le site de Cappelle-la-Grande (EPSMF-C, 229 avenue du général de Gaulle), doté des unités CARDO⁴ (6 lits), Boréale (18 lits), Parenthèse (14 lits), et Horizon (16 lits) ;
- le pôle G05-G06 situé sur le site de l'EPSM Lille-Métropole d'Armentières (EPSM-LMA, 104 avenue du général Leclerc) depuis sa délocalisation (cf. 2.1.2), et doté des unités Toria (15 lits) et Mélusine (15 lits) ;
- le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comprenant les inter-secteurs I01 et I02 qui ne dispose d'aucune unité d'hospitalisation à temps complet ;
- le site de Bailleul (EPSMF-B, 790 route de Locre) comprend toujours les locaux de la direction, la pharmacie d'usage interne qui constitue une antenne de celle de l'EPSM-LMA, et le SAAS P4⁵.

Les unités Toria, Mélusine, Boréale, Parenthèse, CARDO, Tonnelle, et SAAS P4, ont fait l'objet d'une visite des contrôleurs.

L'accueil des patients est effectué par l'équipe mobile intervenant dans le service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier (CH) d'Hazebrouck et par l'unité d'accueil des urgences psychiatriques du CH de Dunkerque (cf. 3.1.1).

¹ Le secteur médicosocial, situé à Bailleul, se compose de la résidence « Reuze Lied » qui associe une maison d'accueil spécialisée de 40 lits et un foyer d'accueil médicalisé de 20 lits ; et le centre médical des Monts-de-Flandres (CCMF) qui comprend un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes de 65 places, une unité cognitivo-comportementale (UCC) de 15 lits sanitaires, et un centre de consultation « mémoire ».

² Le GHT de psychiatrie Nord-Pas-de-Calais associe l'EPSM Lille-Métropole (Armentières), l'EPSM de l'agglomération lilloise (Saint-André-Lez-Lille), l'EPSM des Flandres (Bailleul), et l'EPSM Val-de-Lys-Artois (Saint Venant).

³ La nouvelle mise en pôle a permis le regroupement des pôles G01 et G03 (Dunkerque, Hondschoote, Rosendaël, Saint-Pol-sur-Mer, Wormhout) ; G02 et G04 (Cappelle-la-Grande, Bergues, Coudekerque, Gravelines, Grande-Synthe) ; G05 et G06 (Bailleul, Estaires, Cassel, Merville, Hazebrouck, Steenvoorde).

⁴ CARDO : centre d'accueil, de régulation et d'orientation.

⁵ SAAS P4 : unité intersectorielle, structure alternative d'accueil spécialisée, qui accueille les patients pris en charge au long cours.

L'établissement dispose de structures spécifiques⁶ pour l'accueil et le suivi de patients ambulatoires.

La prise en charge des enfants et des adolescents, exclusivement ambulatoire, bénéficie également de l'intervention de l'équipe de l'espace « adolescents » du CH de Dunkerque, auprès des patients de psychiatrie hospitalisés dans le service de pédiatrie du même établissement, dans le cadre d'une convention (cf. 9.1).

Le projet d'établissement 2023-2028 est toujours en cours d'écriture lors de la visite. Toutefois, malgré la très complexe situation de l'établissement, les responsables des trois pôles ont mis en avant des projets structurés, notamment :

- pour le pôle G01-G03 : le projet de restructuration « vieil hôpital » (cf. 2.1.2, 2.2) ; la mise en œuvre d'une équipe mobile (EM) de gestion de la crise pour la réévaluation de situations cliniques de crise en consultation ou à domicile (avec un IPA⁷ qui débutera au mois de septembre 2023) ; la mise en place d'une unité de réhabilitation psychosociale qui associera une EM, l'HDJ, et les appartements thérapeutiques ; ainsi que l'instauration d'une référence locale du réseau « PrédiPsy⁸ » ;
- pour le pôle G02-G04 : le développement des prises en charge psycho gériatriques, du réseau des prises en charge addictologiques, et de l'utilisation des thérapeutiques non-médicamenteuses⁹, ainsi que l'amplification et l'harmonisation au sein du pôle des prises en charge de réhabilitation psychosociale ;
- pour le pôle G05-G06 : dans le cadre des travaux engagés autour des difficultés démographiques de l'EPSM, le projet « Pluton¹⁰ » constitue une collaboration territoriale des établissements du Nord, organisée afin d'assurer la permanence des soins en psychiatrie et en santé mentale et de fidéliser les filières de formation sur ces thématiques.

La pénurie de psychiatres les place dans l'impossibilité de siéger dans toutes les instances de l'établissement. L'absence de candidature médicale pour la présidence de la CME lors des dernières élections, la désignation acceptée du plus ancien, et la vacance du poste de vice-présidente de la CME depuis le départ de la précédente pour un autre établissement, ont été également signalées.

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens 2019-2024, signé entre l'établissement et l'ARS des Hauts-de-France, ne comprend aucun indicateur spécifique des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC), ni des pratiques d'isolement et de contention.

⁶ Centres médicopsychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiels (CATTP), hôpitaux de jour (HDJ), un centre d'entretiens familiaux, des logements associatifs et communautaires.

⁷ IPA : infirmier de pratique avancée.

⁸ Le projet PrédiPsy propose d'améliorer la démarche de diagnostic différentiel du premier épisode psychotique (PEP) d'harmoniser les pratiques et l'accès à une imagerie cérébrale de qualité dans le PEP.

⁹ La formation des soignants à l'utilisation de leur matériel de stimulation magnétique transcrânienne répétée, l'approche psycho corporelle, et la luminothérapie.

¹⁰ Projet « Pluton » : projet de liaison universitaire des territoires du Nord. Ce travail collaboratif unit le CHU de Lille et le GHT auquel appartient l'EPSM des Flandres. Pluton a été décrit comme un projet favorisant l'attractivité des internes et, sans aucune certitude, leur recrutement à l'avenir.

RECOMMANDATION 1

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé des Hauts-de-France doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement, et des pratiques d'isolement et de contention de l'établissement.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'établissement de santé mentale des Flandres applique la réglementation concernant les soins sans consentement et de ce fait les restrictions à l'exercice des libertés individuelles mises en œuvre sont adaptées, nécessaires et proportionnées en application de l'article L.3211-3 du code de la santé publique. La personne faisant l'objet de soins psychiatriques est dans la mesure ou son état le permet informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations. Ces restrictions sont suivies à l'aide d'indicateurs spécifiques présentés dans le rapport isolement contention. Ces éléments spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement seront intégrés dans le futur CPOM* ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « *Le CPOM de l'établissement signé avec l'agence sera révisé en 2024, en cohérence avec le nouveau projet régional de santé publié en novembre 2023. Je veillerai à ce que les indicateurs que vous citez y figurent* ».

2.1.2 La fermeture des lits dans le cadre de l'offre de soins

L'EPSMF a fait l'objet d'un enchaînement complexe d'événements institutionnels qui ont conduit à la fermeture de nombreux lits d'hospitalisation à temps complet, synonyme d'une réduction de l'offre de soins pour les patients souffrant de troubles mentaux :

- un contexte de pénurie de psychiatres liée à leur départ en retraite, à la modification libérale de leur exercice et leur installation dans le secteur privé ;
- des difficultés majeures de recrutement local, observées par ailleurs sur le territoire national, qui n'ont pas permis le maintien d'effectifs complets des équipes médicales ;
- la suppression de cinq postes d'internes de médecine générale sur le site de l'EPSMF-B¹¹ en 2017, qui s'est traduite par une diminution de la prise de poste des internes de spécialité, expliquée par la crainte de voir se complexifier leur intervention en garde, avec la charge surajoutée de la responsabilité des soins somatiques ; le maintien de la ligne de garde du site s'est ainsi trouvé progressivement mis en péril ;
- les conséquences, selon un effet domino, de cette mise en péril de la ligne de garde :
 - o le départ progressif d'un nombre conséquent de psychiatres du site de l'EPSMF-B ;
 - o la fermeture, présentée comme définitive, de trente lits du pôle G05-G06 au mois de novembre 2021, quinze dans chacune des unités Toria et Mélusine ;
 - o le transfert des trente lits restants du pôle G05-G06 ont été transférés le 4 avril 2022, vers le bâtiment de l'USN¹² (cf. § 4.1) du site de l'EPSMF-LMA, la ligne de

¹¹ La prise conjointe de cette décision par l'ARS des Hauts-de-France et le service universitaire responsables des internes de médecine générale a été rapportée.

¹² Ce bâtiment voué à la destruction de longue date avait déjà par le passé accueilli d'autres structures temporairement fermées en raison d'incendies. Il présente de l'amiante. A la suite de l'incendie qui a ravagé le bâtiment le 24 janvier 2021, le premier étage qui accueille l'unité Toria a été désamianté en grande partie.

- garde n'étant plus assurée. Cette délocalisation subie par le personnel a été vécue comme un « *abandon de la structure* » ;
- l'invitation des équipes des unités Toria et Mélusine à une réunion dans le cadre d'un projet « lits neufs » sur le site d'Armentières : l'ancienne directrice (directrice de l'EPSM Flandres et du GHT) souhaitait la construction de nouveaux bâtiments pour abriter définitivement les deux unités sur le site de l'EPSM-LMA en les rattachant administrativement à cet établissement ;
 - la dénonciation de la direction commune du GHT au mois de février 2022, dans les suites du transfert des lits du pôle G05/G06, appuyée par les élus locaux au sein du conseil de surveillance, dans un contexte de politique sanitaire fragilisée ;
 - la nomination d'un nouveau directeur de l'EPSMF au mois de septembre 2022, qui a constitué, dans une urgence relative, une équipe de direction nouvelle et dynamique ; cette nomination ayant par ailleurs mis un terme au projet « lits neufs » sur le site de l'EPSM-LMA ;
 - enfin, le vote des instances la semaine précédant la visite de contrôle a soutenu le principe du retour des unités délocalisées du site de l'EPSM-LMA vers l'EPSMF-B, prévu le 1^{er} mai 2024. Ce vote, unanime en comité social d'établissement, n'a été obtenu qu'à la majorité plus une voix en commission médicale d'établissement (CME), montrant la fragilité de la confiance dans cette décision, concernant notamment la possibilité de rétablir une ligne de garde opérationnelle sur le site de l'EPSMF-B.

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Cette date n'a pas fait l'objet d'une concertation avec l'ARS et la condition d'assurance d'une permanence des soins sur site pour ce retour des lits n'est pas remplie à ce jour. L'hypothèse d'un retour des lits d'hospitalisation sur le site de Bailleul n'est donc pas une option sérieusement envisagée actuellement. Une rencontre est prévue début 2024 avec le directeur de l'établissement afin de préciser les projets relatifs à l'organisation de l'offre sur le territoire* ».

Le CGLPL partage la préoccupation de la CME, s'agissant notamment de l'accès des patients concernés à des soins psychiatriques adaptés, dispensés par des équipes médicales dont l'effectif répond aux besoins.

Par ailleurs, la pénurie de personnel médical et soignant (cf. § 2.3.2) lors de la visite nécessitait une fermeture temporaire surajoutée de lits lors de la période estivale, afin de répondre aux difficultés d'établir des plannings. Deux lits fermeront à Boréal, trois à La Parenthèse et deux à La Tonnelle, pendant cette période.

Le CGLPL relève enfin la fermeture définitive prévue de dix lits, sans aucune contrepartie de structure, d'équipement ni de personnel, inscrite dans le projet de restructuration « vieil hôpital » du site de l'EPSMF-D.

RECOMMANDATION 2

Les patients souffrant de troubles mentaux, que l'établissement doit hospitaliser à temps complet, ne doivent pas subir la diminution de l'accès au dispositif de soins psychiatriques, au motif des fermetures itératives de lits, temporaires et définitives.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *L'EPSM des Flandres a fait le choix de maintenir un nombre de lits ouverts supérieur à ce qui peut être constaté sur les secteurs de psychiatrie en général. Cela lui permet d'accueillir la totalité des demandes d'hospitalisation. Nous ne*

constatons aucun refus d'hospitalisation au motif d'absence de lit. Il est à constater que la fermeture de lit sur les secteurs limitrophes conduit à une demande accrue d'hospitalisation hors secteur à laquelle nous tentons de donner suite dans la moitié des situations ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, concernant les recommandations 2, 3 et 4, : « Dans l'attente de recrutements médicaux qui peinent à venir compte tenu de la situation dans le domaine de la démographie des psychiatres, la continuité et la permanence des soins sont assurées avec les établissements de proximité. J'ai d'ailleurs initié une mission « attractivité et permanence des soins » dans le but d'élaborer des actions visant à renforcer l'attractivité des métiers de la psychiatrie et à identifier un schéma cible d'organisation. Des groupes de travail seront amorcés début 2024 et les premières propositions d'actions seront présentées à la fin du premier semestre 2024 dans le cadre d'un comité de pilotage régional que j'ai installé le 4 décembre dernier. Pour le cas particulier de l'EPSM des Flandres, le projet permettant l'universitarisation du site (PLUTON), avec un professeur de psychiatrie et un chef de clinique sur site, ainsi que la présence quasi-systématique d'internes au regard du caractère validant du stage dans la maquette du DES devraient permettre de renforcer l'attractivité du site ».

2.2 LE BUDGET PERMET DE FINANCER LES PROJETS

Les recettes du budget¹³ de l'établissement associent notamment la DAF¹⁴ de psychiatrie (64,6 millions d'euros), du secteur SSR¹⁵ (2,3 millions d'euros), et le budget de fonctionnement du secteur médicosocial (EHPAD¹⁶ : 3,4 millions d'euros ; MAS¹⁷ et FAM¹⁸ : 4,6 millions d'euros).

Le compte financier fait état d'un excédent de 3,6 millions d'euros, dont 2 correspondent au budget des postes non pourvus. Des provisions ont été réalisées sur l'excédent restant, concernant l'investissement (coût du transfert des unités), les CET¹⁹ du personnel, et le gros entretien (augmentation des dépenses de chauffage, réaménagement du bâtiment du théâtre, réhabilitation de l'ancienne pharmacie pour l'accueil d'activités culturelles, travaux de toiture et entretien de voirie).

L'excédent contribuera également à la réalisation d'importants projets bâtimentaires dans les années à venir, l'établissement étant locataire actuellement de nombreux bâtiments vétustes et inadaptés et souhaitant construire pour devenir propriétaire de locaux ergonomiques pour les activités développées :

- Le projet vieil hôpital²⁰ (38 millions d'euros) du pôle G01-G03 moyennant la fermeture de dix lits (cf. § 2.1.2), ainsi qu'un HDJ et un CMP avec des accès distincts ;

¹³ Toutes les données, pour l'année 2022, ont été communiquées par la direction des affaires financières.

¹⁴ DAF : dotation annuelle de fonctionnement. La dotation annuelle de financement est forfaitaire et rémunère la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de psychiatrie.

¹⁵ SSR : soins de suite et rééducation.

¹⁶ EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

¹⁷ MAS : maison d'accueil spécialisée.

¹⁸ FAM : foyer d'accueil médicalisé.

¹⁹ CET : compte épargne-temps.

²⁰ Projet « Vieil hôpital » : restructuration du vieil hôpital de Dunkerque qui prévoit, l'installation de 50 lits d'hospitalisation à temps complet dans des unités de 15 à 20 lits, correspondant à la relocalisation des deux unités de 30 lits du pôle G01-G03 moyennant la fermeture de 10 lits, d'un HDJ et d'un CMP avec des accès distincts, d'une unité « sommeil » de deux lits, d'une unité « bipolarité » de trois lits, et d'une unité de sismothérapie.

- le projet de centre ambulatoire « Parc de l'étoile » du pôle G02-G04, pour la réunion de plusieurs unités existantes (HDJ) à Coudekerque- Branche ;
- le projet de centre ambulatoire infanto-juvénile pour la relocalisation d'HDJ et de CMP.

Un projet de mise en œuvre d'un HDJ, qui devait voir le jour sur le site de Bailleul pour les adolescents (de 15 ans et 3 mois jusqu'à 18 ans), en lien avec la psychiatrie adulte, a été abandonné, aux motifs de la délocalisation et des modalités de la réforme de l'activité de psychiatrie.

Un budget « Ségur de la santé²¹ », non reconductible (260 000 euros), a permis une sécurisation par de l'embauche pour pallier les 10 % d'absentéisme (cf. § 2.3.1) dans les unités temps plein.

Un budget dans le cadre du FIOP²² est attendu pour la mise en œuvre d'une équipe mobile (EM) de gestion de la crise dans le pôle G01-G03 (cf. § 2.1.1).

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, indique : « Au moment de la visite, un projet a bien été déposé dans le cadre de l'appel à projet FIOP 2023. Néanmoins, le projet de l'EPSM des Flandres ne figure pas parmi les lauréats, dont les noms ont été publiés mi-décembre 2023 ».

Les crédits FIR²³, à hauteur de 622 000 euros, ont permis le financement du PRISME (173 000 euros), de la prime d'intéressement CAQES²⁴ (6 800 euros), de l'éducation thérapeutique du patient (4 800 euros), de postes de psychologues et d'assistants sociaux (30 000 euros), des EM de psychiatrie précarité (269 000 euros) et de périnatalité (139 000 euros).

Le manque marqué de visibilité, dans l'application actuelle de la réforme de financement de l'activité de psychiatrie, sous la forme de quatre circulaires budgétaires annuelles, a été signalé.

La gestion du budget n'a pas impliqué de suppression de postes. L'établissement ne dispose pas lors de la visite, d'un schéma directeur formalisé.

L'EPSMF organise et finance tous les deux ans une manifestation « arts et psychiatrie », qui propose une ouverture au public, des expositions, des rencontres et des partages entre la population, des artistes et des patients-artistes, pendant quinze jours dans toutes les structures de l'établissement.

Le budget des activités, anciennement alloué au fil de l'eau sur demande, est en cours de réorganisation. La direction des affaires financières et celle des soins vont élaborer une commission des projets pour 2024, afin d'instaurer une dynamique nouvelle. Pour les activités, un catalogue sera instauré, qui permettra un marché public, et des commandes hors-catalogue resteront possibles sur justification. Une régie « sortie thérapeutique » et une « séjour

²¹ Le « Ségur de la santé » prévoit, entre autres, une revalorisation des carrières et des rémunérations du personnel non médical d'un certain nombre d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

²² FIOP : fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie. La santé mentale est une priorité nationale, réaffirmée dans la stratégie « Ma Santé 2022 », au cours du Ségur de la Santé et des Assises nationales de la psychiatrie et de la santé mentale. Dans ce cadre, le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) créé en 2019 est doté, pour l'année 2023, de 12 millions d'euros au niveau national.

²³ Le Fonds d'intervention régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

²⁴ CAQES : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Le CAQES s'inscrit dans une démarche globale de pertinence, d'efficacité et de régulation de l'offre de soins. Il lie les établissements de santé ciblés, l'ARS et l'assurance maladie.

thérapeutique » existent, et concernent les patients hospitalisés à temps complet qui bénéficient d'un financement complet. Enfin, certaines unités reçoivent des dons extérieurs (exemples de la *PlayStation* et du babyfoot de l'espace adolescent du CH de Dunkerque, et des bacs à shampooing du salon socio-esthétique).

2.3 L'ABSENTEISME, LE *TURN-OVER* ET LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT NE GARANTISSENT PAS LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE NI DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Selon les données statistiques produites, l'EPSMF comptabilisait en 2022, 1 018 équivalents temps plein (ETP) soit 1 033,44 équivalents temps plein rémunérés²⁵ (ETPR), dont 3,5 % de personnel médical (PM) et 69,7% de soignants²⁶. Ces effectifs grevés par des taux de *turn-over* et d'absentéisme importants sont marqués par une pénurie de médecins psychiatres et d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

2.3.1 Les taux de *turn-over* et d'absentéisme

Le *turn-over* du personnel est important et difficilement compensé par le recrutement. Ce taux est en 2022 de 23,11 % pour le PM soit 16,63 % de plus qu'en 2021 et de 10,64 % pour le personnel non médical (PNM) soit 4,43 % de plus qu'en 2021. En 2022, 43 % des départs sont liés à des départs à la retraite, 24 % à une mutation ou à un détachement, 11 % à des démissions (contre 14 % en 2021) et 3 % à des congés parentaux. Lors de la visite, 12,6 % des IDE et 12,2 % des aides-soignants (AS) comptaient moins de deux ans d'ancienneté.

Le *turn-over* est associé à un taux d'absentéisme hors médecin de 10,59 % (dont 4,56 % en maladie ordinaire et 3,46 % en longue maladie / longue durée) en 2022 contre 9,01 % en 2021 et 11,98 % en 2020 et à 4,3 % pour les médecins en 2022 (4,39 % en 2021 et 4,5 % en 2020). Lors des rencontres avec les professionnels, de très nombreux soignants ont fait état de leur épuisement professionnel.

Face à l'ampleur de l'absentéisme, la sollicitation à la solidarité des agents au quotidien, à laquelle il est toujours fait appel, s'est avérée insuffisante et source d'épuisement professionnel : en effet, la très grande majorité des remplacements était effectuée par des soignants du secteur ou du même pôle qui interrompaient leurs temps de congés ou de repos et non pas par des collègues des structures ambulatoires.

Pour assurer la continuité des soins, l'établissement a donc décidé :

- d'intégrer dans l'ensemble des organigrammes de fonctionnement des unités (hors CARDO) pour 2023, le taux d'absentéisme de l'année 2022 qui représente 11,5 ETP IDE, dont 10 financés par les mesures Ségur et 1,5 par l'EPSMF. Six de ces postes ont été pourvus mais les quatre affectés à Toria étaient vacants lors de la visite. Il a été indiqué aux contrôleurs que le recrutement d'IDE y est particulièrement difficile au motif de la localisation d'une équipe du site Bailleul à l'EPSM d'Armentières, de l'inadéquation des locaux partiellement désamiantés qui avaient vocation à être détruits et dont

²⁵ Il s'agit de l'ETP qui prend en considération la sur rémunération éventuelle du temps partiel.

²⁶ La répartition des effectifs ETPR moyens par filière était, pour le reste, la suivante : 11,7 % de techniciens et d'ouvriers, 10,4 % de personnel administratif, 4,2 % de personnel socio-éducatifs et 0,5 % d'agents médico-techniques.

l'architecture complexifie la surveillance des patients et concourraient à un taux élevé d'incidents violents ;

- de rémunérer dans le respect du cadre légal, les heures supplémentaires depuis le mois de novembre 2022²⁷. Depuis leur instauration, un volume de 525 heures en 2022 et de 1 522 heures en 2023 ont été validées par la direction des ressources humaines.

L'appel à la solidarité, la création de 11,5 ETP IDE supplémentaires et le recours aux heures supplémentaires sont insuffisants, *a fortiori* pendant la période estivale et pendant les périodes de très fort absentéisme. Malgré le recours à des contrats à durée déterminée (dénommées « mensualités de remplacement ») dont certains pour le temps d'un week-end, conclus majoritairement avec des IDE libéraux²⁸, les difficultés de ressources humaines ont pour conséquence :

- la fermeture temporaire de lits à l'été 2023, afin de répondre aux difficultés d'établir des plannings (cf. § 2.1.2) ;
- un déficit d'IDE équivalent à 6 ETP, réalisant des équipes incomplètes pendant 32 demi-journées sur la projection des plannings d'été a été indiqué pour le site de l'EPSMF-C ;
- l'annulation de formation des soignants pour nécessité de service, signalées pour le site de l'EPSMF-LMA. Or les annulations des formations de soignants ne contribuent pas à l'amélioration de leurs connaissances, n'incitent pas ceux en poste à s'engager sur le long terme, et n'invitent pas ceux qui se poseraient la question à postuler.

2.3.2 Les effectifs

a) Le personnel médical (PM)

Les constats opérés relèvent une pénurie de psychiatre avec un effectif accusant un déficit global de 39,3 % (soit 60,7 % de postes pourvus) et des difficultés de recrutement. Les vacances de poste se répartissent comme suit dans les trois pôles, avec un différentiel inexplicé de +0,6 ETP vacant par rapport aux chiffres produits par l'établissement²⁹ :

- pôle G01-G03 : 2,4 des 7,5 ETP de psychiatres budgétés (4 au G01 et 3,5 au G03), sont vacants³⁰, soit 31,16 %. Il a été indiqué aux contrôleurs que pour assurer un suivi de qualité des patients, il faudrait 6 à 7 postes par secteur ;
- pôle G02-G04 : la situation du secteur G04, marquée par plusieurs départs à la retraite et installations dans le secteur privé entre 2020 et 2022, est particulièrement alarmante avec 6 des 12 postes vacants³¹, soit 50 % et parmi les ETP pourvus, un praticien diplômé hors UE (PADHUE) et un, en congé maternité ;

²⁷ L'option de mise en œuvre d'une plateforme de type HUBLO n'a pas été retenue.

²⁸ Toutes catégories professionnelles confondues, l'option de mise en œuvre d'une plateforme de type HUBLO n'ayant étonnamment pas été retenue, 81 agents sont venus renforcer l'effectif en 2021, 56 en 2022 et 21 en 2023 dont 15 à l'été 2022 et 15 à l'été 2023.

²⁹ Les chiffres produits par l'établissement font état de onze postes médicaux de psychiatrie adulte vacants : 3 au G02, 2 au G03, 3 au G04, 1 au G05 et 2 au G06.

³⁰ Selon les chiffres produits par l'établissement, il est indiqué que 2 des 7,5 ETP des psychiatres budgétés sont vacants alors que le pôle mentionne une vacance de 2,4 ETP.

³¹ Selon les chiffres produits par l'établissement, il est indiqué que 3 des 12 postes de psychiatres budgétés sont vacants alors que le pôle mentionne une vacance de 6 postes.

- pôle G05-G06 : sur un effectif cible de 5 ETP dans chacun des deux secteurs, 1,9 ETP est vacant à Toria et 1,3 ETP à Mélusine, soit un taux de vacance de 32 % d'ETP.

Dans le cadre des travaux engagés autour des difficultés démographiques de l'EPSMF, une collaboration territoriale des établissements du Nord s'est organisée, afin d'assurer la permanence des soins en psychiatrie et en santé mentale et de fidéliser les filières de formation sur ces thématiques. Ce travail collaboratif dénommé projet Pluton (projet de liaison universitaire de territoire du Nord) unit le CHU de Lille et le GHT auquel appartient l'EPSMF. Pluton a été décrit comme un projet favorisant l'attractivité des internes et, sans aucune certitude, leur recrutement à l'avenir.

Par ailleurs, des réflexions sont menées au sein du GHT pour attirer et fidéliser les internes (par exemple, un parc d'une dizaine de logements a été développé sur le Dunkerquois).

Les données produites par l'établissement mentionnent 2 ETP de médecins généralistes non pourvus (un dans le G03, un dans le G04).

Il a été indiqué aux contrôleurs que pour pourvoir les postes médicaux vacants, le recours au dispositif cumul-emploi-retraites³² était fréquent et que la mise en pôle avait facilité les remplacements entre secteur.

RECOMMANDATION 3

Le recrutement d'un nombre adapté de médecins psychiatres, qui garantit la possibilité et la qualité des soins médicaux psychiatriques, doit être une priorité.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les recrutements médicaux sont déjà la priorité de l'établissement. En atteste les recrutements effectués depuis l'arrivée de la nouvelle direction faisant évoluer le pourcentage de postes vacants de 45 % à 35 % en un an, tenant compte de la création de deux postes supplémentaires. De nombreux dispositifs d'attractivité ont été mis en place à destination des internes (locations de logements supplémentaires, investissement dans des voitures sans permis, prise en charge de frais de formation...), conformément au plan d'attractivité médicale élaboré au niveau du GHT et particulièrement investi par l'établissement. La pénurie de professionnels de santé est un phénomène global. Selon la Fédération française de psychiatrie, en 2022, plus de 30 % des postes en psychiatrie ne sont pas pourvus dans les hôpitaux publics. Notamment parce que cette discipline souffre d'une mauvaise image auprès de nombreux étudiants. Notre établissement subit cette réalité et met tout en œuvre pour se rendre plus attractif tout en respectant le cadre réglementaire imposé. Nous sommes également dans une démarche de recrutement de praticiens étrangers que nous accueillons en qualité de stagiaires associés et que nous accompagnons s'ils le souhaitent à la préparation aux épreuves de validation des acquis et des compétences. Nous avons par ailleurs déclaré 4 postes dans le cadre du recensement relatif à la nomination des lauréats des EVC. Nous avons une politique attractive en termes de rémunération commune au GHT dans le respect de la réglementation. Concernant le nombre de postes vacants sur les secteurs de « psychiatrie adulte » nous avons bien 11 postes vacants comme indiqué dans votre rapport en note de bas de page (29). Pour le G01-G03, l'effectif cible est bien identifié à 5 ETP pour le G03 et non 3.5 comme indiqué par le pôle. L'identification des postes auprès de l'ARS prévoit bien 5 ETP. De plus, la demande du chef de*

³² Le cumul emploi-retraite permet à une personne percevant une retraite de l'assurance retraite de la sécurité sociale de reprendre ou de poursuivre une activité professionnelle et de cumuler les revenus de cette activité avec ses pensions de retraite. Le cumul peut être total ou partiel. La reprise ou la poursuite d'une activité ne permet plus d'acquérir de nouveaux droits à retraite.

pôle quant à l'augmentation du nombre de poste du pôle a été prise en compte. Nous avons aujourd'hui l'identification de 6 postes pour le G01 et toujours 5 postes pour le G03. En cas de recrutement sur les postes vacants du pôle et du projet de service de ce dernier, l'établissement pourra envisager l'ouverture d'un poste complémentaire pour le G03. Pour le G02-G04, nous avons bien 6 postes déclarés vacants (trois postes par secteurs) et non 3 postes sur 12 postes comme précisé en page 21- bas de page (31). Pour ce pôle, nous multiplions les publications et avons récemment contractualisé avec un cabinet de recrutement qui nous accompagne dans la recherche de profils. Nous développons aussi l'accompagnement des docteurs juniors en lien avec le chef de pôle et accueillerons prochainement un médecin PAHDUE formé en psychiatrie. Pour le G05-G06 nous avons 1 poste vacant au 59G05 et 2 postes au 59G06. Le document transmis par l'établissement relatif aux vacances de postes présente le nombre de poste vacants tel que déclaré auprès de l'ARS sur la base des postes identifiés au fichier SIGMED. Un poste correspond à 10 demi-journées. La notion de vacance de poste telle qu'appréciée par les pôles relève des quotités manquantes du fait de vacances effectives de postes ou de quotités vacantes (activité à temps partagé, d'activité d'intérêt général, de temps partiel, d'intervention intersectorielle interne ou externe à l'établissement...) ».

b) Le personnel non médical (PNM)

Lors de la visite, le remplaçant du cadre supérieur de santé (CSS) du pôle G05-G06, partant au 1^{er} août 2023, qui encadre également le P4, le SCEN³³, le service diététique, le service « spécialités », les deux équipes mobiles du G03, les CMP de Bailleul, Hazebrouck et Merville, l'HDJ d'Hazebrouck et effectue l'intérim de la directrice des soins, n'était pas recruté.

Les données produites par l'établissement révèlent une pénurie de cadres de santé, trois postes étant vacants (un au pôle G01-G03, deux au pôle G02-G04). Par ailleurs, plusieurs ont la responsabilité de l'encadrement de plusieurs structures (par exemple, cinq cadres pour onze structures au pôle G01-G03 dont un qui, selon le logiciel des ressources humaines³⁴ a un temps de travail de 140 %) et d'autres étaient placés en arrêt de travail au moment du contrôle³⁵.

Du fait de la vacance des postes d'IDE et de l'absentéisme (cf. § 2.3.1), trois des cinq unités contrôlées fonctionnent en effectif de sécurité :

- 5 ETP d'IDE étaient vacants au pôle G05-G06 dont 4 sur 18 ETP à Toria. Cette situation complexifie la préparation de la sortie des patients, dès lors qu'il peut être difficile pour un IDE de se détacher pour, par exemple, accompagner l'assistante de service social (ASS) lors des pré-visites d'admission dans un établissement d'aval ;
- six soignants non remplacés³⁶ manquaient au sein des unités Parenthèse et Horizon qui mutualisent leurs 32,2 ETP IDE de jour et de nuit, et font appel aux unités du centre de soins Jean Pussin pour pallier le sous-effectif ;
- Boréale fait appel aux soignants de l'hôpital de jour (HDJ) pour pallier les absences temporaires d'IDE détachés pour une visite à domicile ou une convocation d'un patient devant le JLD.

1 ETP d'IDE au CARDO et 1 à Tonnelle étaient vacants.

³³ SCEN : service central d'entretien et de nettoyage.

³⁴ Chronos Santé.

³⁵ Cadres du P4 et des deux équipes mobiles d'intervention à domicile et du SAU d'Hazebrouck.

³⁶ Un est en disponibilité, trois sont en congés de longues maladies et deux en congés maternité.

RECOMMANDATION 4

Le recrutement de cadres et d'infirmiers diplômés d'Etat doit être une priorité de l'établissement pour garantir les soins et prévenir l'épuisement professionnel.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « L'organisation globale de l'encadrement est structurée afin d'assurer les renouvellements. Dans un premier temps, les postes vacants sont mis en appel à candidature pendant que les faisant fonction de cadres sont présents pour pallier l'absence de cadre le temps du recrutement. Comme exemple, le cadre supérieur de santé de Flandre intérieure a pris ses fonctions le 16 octobre 2023 (Madame Farida LEFRANC) alors de la visite des contrôleurs, le recrutement était en cours. Les postes infirmiers font également l'objet d'appel à candidature. Les organisations sont revues afin d'envisager des corps de métiers complémentaires pour répondre aux besoins et missions des pôles, par exemple : le développement de temps d'éducateurs spécialisés en réhabilitation psychosociale ».

Lors de la visite, les décisions prises pour fidéliser et recruter de jeunes professionnels, notamment des IDE, n'étaient pas encore effectives, les outils de communication étant en cours d'élaboration :

- les étudiants IDE inscrits dans un institut de formation aux professions de santé (IFPS) du département du Nord³⁷ pourraient conclure un contrat d'allocation d'étude dès leur deuxième année de formation avec l'hôpital et s'engageront à y exercer leurs fonctions pendant trois ans, en contrepartie d'une allocation d'études annuelle de 6 000 euros ainsi qu'un mois de stage rémunéré au mois de juillet ou d'août ;
- l'établissement aurait pour projet de mettre à disposition des IDE une vingtaine de logements de son parc immobilier à tarif préférentiel le temps que l'intéressé accède au parc immobilier privé.

Par ailleurs, le site Internet de l'EPSMF ne fonctionnait pas et les offres d'emploi de l'établissement étaient uniquement accessibles, après un chemin informatique complexe, sur le site du GHT de psychiatrie Nord Pas-de-Calais.

RECOMMANDATION 5

Les outils de communication de l'établissement en direction des candidats à l'emploi doivent être renforcés.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Les offres d'emploi sont systématiquement diffusées en interne, sur le site du GHT et sur les sites de Place Emploi Public, de la Fédération Hospitalière de France. Les postes soignants et médicaux sont également diffusés via le média Staff santé. Les offres sont également diffusées sur LinkedIn et Facebook ».

L'EPSMF a répondu à l'appel à candidatures pour le soutien des maîtres d'apprentissage des AS, lancé par l'ARS des Hauts-de-France au mois de novembre 2022 et devrait former deux apprentis AS en septembre 2023 et deux en janvier 2024. Au moment du contrôle, tous les postes d'AS étaient pourvus et leur recrutement ne posait pas de difficultés.

³⁷ Notamment, l'IFPS de la Flandre intérieure situé à Armentières et l'IFPS du centre hospitalier de Dunkerque.

Chaque secteur dispose de psychologue et d'ASS, à l'exception de Tonnelle à hauteur insuffisante de 0,45 ETP au lieu des 0,95 ETP budgétés.

Toria, Parenthèse et Tonnelle ne disposent pas de psychomotricien et celui de Boréale est en arrêt de travail prolongé. Seule La Tonnelle bénéficie d'un ergothérapeute (0,2 ETP). Cette sous-représentation limite singulièrement les activités proposées aux patients (cf. § 8.1.2).

RECOMMANDATION 6

Tous les patients qui en ont besoin doivent avoir accès à un ergothérapeute et à un psychomotricien, quelle que soit leur unité d'hospitalisation.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Les temps de professionnels sont définis dans les pôles au regard des missions attendues ou à développer. Des recrutements sont en cours à partir du moment où des manquements ont été identifiés. On peut prendre comme exemple la psychomotricité a été renforcée à Jean-Baptiste PUSSIN depuis cet été. De même, un ergothérapeute intervient sur le pôle G01/G03. Ses missions sont réparties sur chaque unité selon les demandes de l'équipe médicale ».

2.3.3 La formation, le tutorat et la supervision

Des formations accordées aux soignants peuvent être annulées (cf. § 2.3.3) pour nécessité de service, à l'exception de celles imposées par les textes (formation incendie et formation aux gestes et soins d'urgence) et de celle du nouvel arrivant à faire dans les deux mois à compter de la prise de poste³⁸. Les soignants primo-affectés en psychiatrie bénéficient d'un ensemble de formations dont le contenu est défini par la direction des soins et qui comporte une formation relative aux droits des patients hospitalisés sans consentement. Il a été indiqué aux contrôleurs, par des sources différentes, d'une part que les agents n'obtenaient pas d'autres formations avant de l'avoir validée et, d'autre part, que cette formation pouvait s'étaler sur deux à quatre ans.

Par ailleurs, des sessions de formations afférentes aux SSC et aux pratiques d'isolement et de contention se sont déroulées. En 2021, trois professionnels ont suivi la formation « Ensemble vers le moindre recours aux pratiques d'isolement et de contention » (7 heures), quarante-deux « soins psychiatriques sans consentement » (4 heures), vingt OMEGA (dix à la formation de base d'une durée de 28 heures, autant à la journée de rappel d'une durée de 7 heures) et onze « Bienveillance en psychiatrie ». En 2022, deux professionnels ont assisté au module « isolement et contention : libertés alternatives et bonnes pratiques », deux à « prévenir le recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie » d'une durée de 21 heures chacune et quarante-deux à OMEGA (dont trente-quatre à la formation de base). En 2023, trente-deux agents ont assisté à la formation de base OMEGA.

Hormis au CARDO, les nouveaux arrivants ne sont pas tutorés. Trois IDE de Parenthèse et trois de Boréale ont pourtant suivi une formation de guidance professionnelle.

³⁸ Formation d'une durée de deux jours dont l'objectif est de permettre au nouvel arrivant de connaître les personnes ressources au sein de l'établissement (visite du site, rencontres de la direction des ressources humaines et des soins, de la psychologue du personnel, de la préventrice, et présentation du service des relations avec les usagers et de la cellule des SSC).

La supervision souhaitée lors de la visite dans plusieurs unités (Toria, Parenthèse, et Tonnelle) n'est pas effective, ce manque est pallié dans les deux premières par des rencontres plus ou moins régulières avec le psychologue du personnel ou ceux exerçant en CMP.

RECOMMANDATION 7

Des réunions de supervision doivent être proposées aux soignants de chaque unité, pour leur permettre des échanges avec un professionnel indépendant, concernant leur vécu et leurs pratiques.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES FONT L'OBJET D'UNE ANALYSE ET DE MESURES CORRECTIVES

2.4.1 Les événements indésirables

Le logiciel de gestion des risques utilisé³⁹ permet à tout professionnel de signaler un événement indésirable (EI) ou de déclarer une situation d'agressivité (SAG) ou la chute d'un usager (SC) en choisissant et remplissant le formulaire réservé à chacun de ces cas de figure. Une « charte d'incitation à la déclaration interne des EI, des erreurs et risques d'erreur liés aux soins » datée du 12 avril 2022, affichée dans certaines unités, indique aux soignants qu'ils peuvent signaler des erreurs commises sans craindre une sanction. Pour autant, les professionnels des unités Boréale et Parenthèse, peu incités à signaler des EI, remplissent essentiellement des fiches de situation d'agressivité (FSAG), ne connaissant pas la distinction entre les deux.

La direction qualité et gestion des risques (DQGR) reçoit automatiquement les déclarations informatisées et les transfère quotidiennement au service référent de l'action corrective ou préventive à mettre en place, en procédant à l'anonymisation du déclarant si celui-ci l'a demandé dans sa déclaration. Les FSAG sont systématiquement adressées à la préventrice et au psychologue du travail et la DQGR téléphone au déclarant pour lui indiquer qu'il peut solliciter un rendez-vous auprès du psychologue. Le service référent rend compte des actions menées à la DQGR qui peut décider d'actions complémentaires.

Le déclarant, à qui un accusé de réception est adressé par mail automatique, peut suivre sur le logiciel les suites de son signalement jusqu'à la clôture de la fiche. Les événements déclarés et les actions mises en place ou envisagées étaient abordés mensuellement lors des cellules d'analyse des risques et événements indésirables (CAREI) et l'analyse des fiches et des indicateurs qui en émanait était présentée lors de chaque comité de pilotage qualité et gestion des risques. Les instances qualité étaient en cours de réorganisation lors de la visite. L'instauration était prévue, dès le mois de septembre 2023, d'un comité de prévention et de gestion des risques chargé trimestriellement d'effectuer un bilan des FEI, des comités de retour d'expérience (CREX) avec suivi des plans d'action et un comité de pilotage de la politique d'amélioration des risques.

Le bilan annuel relatif aux EI, SAG et SC dressé par la DQGR, qui mentionne le type, le nombre, la gravité et les causes des incidents déclarés ainsi que les services concernés, constitue une ressource pour l'analyse et le retour d'expérience. Il est présenté à la commission des usagers (CDU) qui se réunit quatre fois par an. Ce bilan n'indique toutefois pas l'objet et le nombre de

³⁹ ENNOV depuis le 1^{er} juillet 2021.

comité de retour d'expérience (CREX), de revue d'erreur médicale (REMEDI) effectué au cours de l'année ni le nombre d'événements indésirables graves (EIG) et leur déclaration à l'ARS.

Au cours de l'année 2022, 656 FEI, FSAG et FSC (cf. ci-après, « les fiches ») ont été remplies dans l'ensemble de l'établissement⁴⁰, les trois grandes catégories « violence -agressivité », « atteintes aux personnes » et « prise en charge et accompagnement » représentant respectivement 27,5 %, 27, 2% et 14 %.

256 fiches (39 %) ont été renseignées par les unités contrôlées⁴¹ contre 230 en 2021, soit une hausse de 11,3 %. Parmi elles, 81 font état d'une situation de « violence et d'agressivité » soit une hausse de 575 % par rapport à 2021 (12 fiches). L'établissement n'a pas produit d'analyse objective, afin de comprendre la cause de cette augmentation et de mettre en œuvre des solutions adaptées pour y répondre. 15 FEI et FSAG ont été déclarées de gravité majeure⁴² par le déclarant et 47 de gravité sévère⁴³. La catégorie professionnelle qui déclare le plus est celle des IDE (204), suivie par les AS (18) puis les cadres de santé (16). 207 déclarants étaient affectés à Tonnelle, 47 à Toria, 36 à Boréale, 27 à Parenthèse et 17 au CARDO Hospitalisation.

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit produire une analyse objective de l'augmentation de la violence et de l'agressivité, afin de mettre en œuvre les solutions adaptées pour les prévenir.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Les situations d'agressivité sont toutes analysées, présentées en instance et font également l'objet de comité de retour d'expérience permettant de mettre en place des mesures d'amélioration des barrières de sécurité (en fonction des facteurs humains, matériel, environnement de travail, management ; procédures) qui n'ont fonctionné ainsi que cela était attendu. Toutes les situations d'agressivité sont également analysées par la psychologue du travail ».

Sept CREX se sont déroulés dont deux pour suicide et décès (Boréale, Toria), un pour introduction de produits toxiques (Toria), trois pour agression physique d'un soignant par un patient (Boréale, Toria, Tonnelle) et un pour risque d'erreur médicamenteuse (Boréale). Pour comparaison en 2021, six CREX ont été réalisés, deux pour tentative de suicide, deux pour suicide par pendaison et deux pour décès à la suite d'une fausse route⁴⁴. Les EIG survenus en 2021 ont conduit l'établissement à doubler le nombre de sessions de formations AFGSU⁴⁵ (initiales et recyclages) pendant l'année 2022 et à les rendre obligatoires.

Entre le 1^{er} janvier et le 4 juillet 2023, le nombre de fiches renseignées n'a pas fléchi : sur les 126 renseignées, 85 l'ont été par des IDE, 19 par des cadres de santé et 6 par des AS. 40 déclarants

⁴⁰ 25 % des déclarations ont été faites au troisième trimestre et 31 % au quatrième trimestre 2022.

⁴¹ Tonnelle, Boréale, Parenthèse, CARDO et Toria.

⁴² Dommages irréversibles, risque vital, conséquences vitales, pouvant provoquer des séquelles physiques et/ou psychologiques graves, une incapacité totale voire des conséquences létales, arrêt total et durable de l'activité (> à 24 heures).

⁴³ Dommages ou préjudices importants mais réversibles, pas de mise en péril mais conséquences dommageables, pouvant provoquer un retentissement physique et/ou psychologique, une incapacité partielle ou un arrêt prolongé de l'activité (12 à 24 heures).

⁴⁴ Ces décès ont tous fait l'objet d'une déclaration à l'ARS.

⁴⁵ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence.

étaient affectés à Tonnelle, 26 à Toria, 18 à Boréale, 14 au CARDO et 12 à Parenthèse. Six FEI et FSAG ont été déclarées de gravité majeure par le déclarant et 30 de gravité sévère.

Les soignants de Tonnelle, CARDO et Boréale peuvent faire appel à des agents de sécurité privés qui effectuent en temps normal trois rondes nocturnes. Leur temps de déplacement a été qualifié de long ainsi qu'il ressort de trois FEI de 2022 et d'une de 2023. L'architecture de Toria faite de recoins (cf. § 4.1) rend complexe la surveillance et insécurise une grande partie de l'équipe : deux agents de sécurité en uniforme y sont présents 24h/24 depuis le mois de janvier 2023 à la suite d'une succession d'agressions violentes de soignants par des patients⁴⁶ et d'introduction de substances toxiques⁴⁷. Il ressort d'une FEI de 2022 que l'établissement a rappelé aux soignants qu'un agent de sécurité ne pouvait en aucun cas intervenir dans la pose des contentions⁴⁸ (cf. § 6.2) et de deux FEI de 2023 que des agents de sécurité qui avaient fait œuvre d'une familiarité inadéquate avec des patients ont été signalés pour sanction à leur employeur⁴⁹.

2.4.2 Les plaintes et réclamations

L'information des patients concernant les modalités de réclamation auprès de la direction de l'établissement et de saisine de la CDU est donnée par le livret d'accueil qui indique ses coordonnées ainsi que le recours possible à un médiateur. Dans les unités, l'information des patients se limite à un affichage relatif à la CDU et à sa composition à la date du 4 avril 2021. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'information des patients est également orale, les soignants les orientant vers la cellule juridique qui peut être contactée par courrier, par mail via une boîte structurelle ou par téléphone.

La cellule juridique qui tient un registre informatisé recensant les plaintes et les réclamations, demande systématiquement des éléments de réponse au chef de pôle et à l'encadrement de l'unité puis adresse une réponse écrite à l'usager dans des délais qualifiés « d'assez longs ». Lors de la visite, étaient également comptabilisés comme des réclamations, l'ensemble des courriers des usagers et les questionnaires de sortie qui au regard de leur contenu peuvent donner lieu à des actions correctrices et à une réponse au patient, s'il a mentionné son identité. Parmi les 65 courriers reçus par l'établissement du 1^{er} janvier au 30 novembre 2022, trois sont des réclamations dont une relative à la qualité des soins et à la prise en charge au sein du pôle G05-G06. Deux des quatre-vingt-dix entrées du registre correspondent à des réclamations pour la période du 1^{er} janvier 2023 au 07 juin 2023. Ainsi, par courrier du 3 janvier 2023, un proche d'un patient hospitalisé en soins à la demande d'un tiers (SDT) à Toria s'est plaint de ne pas avoir été informé de la fugue de celui-ci. Par lettre du 22 décembre 2022, un patient qui avait été hospitalisé à Boréale a déploré la qualité de sa prise en charge et l'attitude du personnel à son égard.

⁴⁶ 6 juin 2022 ; 21 août 2022 : agression d'un IDE ayant occasionné un arrêt de travail (AT) ; 26 août 2022 ; 1^{er} décembre 2022 : agressions de soignants ayant occasionné un AT ; 27 décembre 2022 ; 2 janvier 2023 : agression d'un psychiatre par un patient.

⁴⁷ 21 mai 2022, nuit du 23 au 24 octobre 2022, 17 novembre 2022, 30 novembre 2022 (présence de personnes extérieures au service, non hospitalisées, en contact direct avec les patients par le biais du jardin et transmettant de l'alcool et d'autres produits par le grillage).

⁴⁸ FEI- 2022-241, EI du 20 août 2022 survenu à Boréale.

⁴⁹ FEI- 2023-231, EI survenu à Toria.

Les patients qui souhaitent déposer une plainte peuvent être accompagnés par un agent de l'unité au commissariat de police ou un officier de police judiciaire (OPJ) peut se déplacer au sein de l'établissement.

Toutes les plaintes et les réclamations sont présentées à la CDU.

2.5 LES SOIGNANTS N'ONT PAS CONNAISSANCE DES SUJETS ETUDIES PAR L'ESPACE ETHIQUE

En 2020, dans le cadre de travaux concernant le GHT, la proposition a été faite de regrouper les comités d'éthique (CE) des quatre établissements en un seul espace éthique (EE). La proposition, retenue et formalisée, n'a toutefois été mise en œuvre qu'à l'issue de la période de la pandémie de Covid-19.

Un règlement intérieur a été établi. Le président, un psychiatre de l'EPSM-LM, avait récemment pris sa retraite et des élections devaient désigner son successeur lors de la prochaine séance, sans candidat déclaré lors de la visite. L'EE compte six membres titulaires et six suppléants pour chacun des quatre établissements (soit vingt-quatre titulaires et vingt-quatre suppléants), tous volontaires ayant adressé une candidature, représentant chaque catégorie socioprofessionnelle, et ayant bénéficié d'une formation spécifique de deux jours. L'EE se réunit 4 à 5 fois par an le vendredi entre 17 et 20h00, alternativement dans les quatre hôpitaux du GHT. Un philosophe et un éthicien ont été recrutés, ce dernier coanimant les séances avec le coordonnateur général des soins.

L'EE peut être saisi au moyen d'un écrit type informatique par tout membre du personnel du GHT ou représentant des usagers. Un patient peut théoriquement le saisir, sans bénéficier toutefois du lien informatique, au moyen d'un courrier, situation qui ne s'était jamais présentée. Toute saisine est ensuite discutée au sein d'un petit comité (président de l'EE, coordonnateur des soins, éthicien) pour déterminer sa pertinence et prévenir les écueils (instrumentalisation) ou les saisines inappropriées (réclamation, plainte).

Le déroulement des séances de l'EE a été décrit comme respectant son rôle et ses missions, « *comprendre, réfléchir, décider* », afin de répondre à la problématique soulevée par « *une décision la plus juste possible pour le patient et le professionnel de santé, dans le respect des valeurs du service public* ». Les membres ont accès aux saisines avant les séances. Un secrétaire de séance prend les notes et enregistre la séance, puis l'éthicien met en forme le compte-rendu relu par le coordonnateur, avant son dépôt dans les logiciels des établissements. Tous les agents et représentants des usagers ont accès au compte-rendu mais doivent faire la démarche pour le lire, ne le recevant pas par courriel.

Six séances ont eu lieu depuis la remise en œuvre de l'EE, à l'occasion desquelles ont toujours été abordées des situations vécues, et dont les comptes-rendus ont été transmis au CGLPL⁵⁰. Aucune n'a été consacrée aux thèmes des restrictions de liberté, des droits fondamentaux des patients et des pratiques d'isolement et de contention.

Les soignants des unités Tonnelle, Boréal, Parenthèse, CARDO, et Toria connaissent l'existence de l'EE. Cependant, aucun ne connaît les sujets qu'il a abordés, excepté le cadre de santé d'une

⁵⁰ Ont été abordés par exemple les thèmes de la position des équipes de soin par rapport au tabac, d'un mineur ayant eu un rapport sexuel avec son amie dans sa chambre pendant une visite, de l'articulation entre l'intra et l'extra dans la prise en charge d'une patiente, de la manifestation d'un désir d'enfant d'un couple formé en maison communautaire, et de la position « en étau » d'une IDE du CMP entre des enjeux familiaux et professionnels dans une prise en charge pour laquelle elle ne savait plus ce qu'elle devait faire ou pas.

des unités, qui a proposé la désignation d'un IDE référent de l'équipe pour l'EE, sans qu'aucun volontaire ne s'engage.

RECOMMANDATION 9

Le compte-rendu des séances de l'espace éthique doit faire l'objet d'une diffusion systématique aux agents et aux représentants des usagers par courriel, afin de permettre une systématisation de la lecture des sujets élaborés. L'espace éthique doit aborder les thèmes des restrictions de liberté, des droits fondamentaux des patients et des pratiques d'isolement et de contention. Un soignant volontaire devrait assurer une référence « espace éthique » dans chaque unité.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Le compte-rendu des séances de l'espace éthique est systématiquement adressé après validation aux membres de l'espace éthique puis enregistré dans le portail du GHT et donc accessible à tous. De même les saisines peuvent être adressées par l'ensemble du personnel du GHT pour analyse. Un référent éthique va être désigné par secteur. Cette démarche a été expliquée une nouvelle fois lors de la CSIRMT du 13 décembre 2023 avec présentation des différents liens et accès existants Elle sera également présentée lors de la commission des usagers du 19 mars 2024* ».

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LA PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE S'APPUIE SUR PLUSIEURS EQUIPES MOBILES ET STRUCTURES

3.1.1 Les équipes mobiles du pôle G05-G06

Deux équipes mobiles ont été mises en œuvre le 1^{er} décembre 2021, dans le cadre des mesures d'accompagnement de la délocalisation des unités Toria et Mélusine (cf. § 2.1.1).

La première, de liaison, intervient dans le SAU et les services du CH d'Hazebrouck, les lieux de vie, les foyers et les structures médicosociales du secteur d'Hazebrouck. La deuxième, d'intervention à domicile, remplace celle de liaison dans le SAU du CH d'Hazebrouck les week-ends et les jours fériés. L'effectif associe 4 (dont 1 en cours de remplacement) et 6 ETP d'IDE respectivement et un cadre de santé commun. Un psychiatre du pôle G05-G06 intervient les jeudis et vendredis après-midi.

Les deux équipes sont respectivement positionnées dans une cuisine thérapeutique et une salle de télévision de l'ancien pavillon G3 de l'EPSMF-B. Les équipes n'ont pas bénéficié de la mise en œuvre du chauffage pendant la saison froide, malgré des températures minimales relevées à 12°C et des sollicitations de la direction.

RECOMMANDATION 10

Les locaux utilisés par les patients ou les soignants doivent être normalement chauffés.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *L'établissement est en train de revoir le contrat le liant au prestataire qui doit normalement assurer cette fonction afin de l'améliorer* ».

L'équipe de liaison et le SAU se contactent par téléphone tous les jours jusqu'à 15h30 pour la transmission de l'information d'un patient à évaluer et l'EM se déplace pour ce faire. Les patients proviennent du domicile, de la rue, d'une structure de soins ou sont adressés par un praticien libéral. Les orientations hospitalières respectent le secteur d'origine, et le consentement du patient est systématiquement recherché, ainsi que le tiers en cas de refus. Les orientations sont effectuées en SDT en péril imminent (PI) en cas de refus du patient de la communication du nom d'un tiers ou d'absence de réseau familial. Les patients sont adressés en ambulance sans accompagnement infirmier. Les soignants de l'EM ont pu suivre des formations concernant le cadre législatif des SSC, ont travaillé dans l'ancien bureau d'accueil et d'orientation de l'EPSMF-B, et connaissent les procédures. Le psychiatre référent, qui n'intervient que par téléphone, est contacté en semaine, celui d'astreinte le week-end et les jours fériés. L'orientation vers l'EM d'intervention à domicile est effectuée par les soignants ou le psychiatre de celle de liaison, pour une période de 21 jours maximum, suivie d'un relais au CMP si nécessaire, avec l'accord du patient.

Les soignants de l'EM effectuent des transmissions uniquement orales à l'urgentiste du SAU mais aucune dans le logiciel du service dans l'attente de la signature d'une convention entre l'EPSMF et le CH Hazebrouck. Les transmissions écrites le sont dans le logiciel Cariatides lors du retour au bâtiment G3.

Aucun bilan d'activité formalisé n'a été remis aux contrôleurs, qui aurait pu permettre de la mesurer comme d'analyser le détail des hospitalisations sur décision du directeur d'établissement (SDDE)⁵¹.

RECOMMANDATION 11

L'intervention de l'équipe mobile de liaison dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Hazebrouck doit faire l'objet d'une convention qui en définisse les modalités, notamment l'accès à un local spécifique pour l'évaluation des patients et au logiciel Cariatides de l'établissement pour effectuer les transmissions en temps réel.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Les conventions cadre entre l'EPSM et les centres hospitaliers où interviennent ses équipes sont en cours de réactualisation. Les médecins DIM des quatre centres hospitaliers en articulation avec l'EPSM se réunissent pour leur part en décembre afin d'éclaircir les modalités d'accès aux dossiers patients et transmissions ».

La non-mise en œuvre d'une mission initialement prévue dans la dizaine de maisons de santé du territoire, auprès de patients qui nécessitent des soins psychiatriques mais ne s'adressent pas aux CMP, au motif du risque de créer une demande de soins supplémentaires, a été signalée. Un nombre de véhicules disponibles et un accès au réseau des soignants avec leur téléphone portable professionnel, parfois insuffisants, ont également été rapportés.

3.1.2 L'antenne des urgences psychiatriques du CH de Dunkerque

Les locaux de l'antenne des urgences psychiatriques (AUP), situés au premier étage dans le SAU du centre hospitalier de Dunkerque (CHD), ne font l'objet d'aucune signalétique claire qui permette d'y accéder depuis le parking.

RECOMMANDATION 12

Une signalétique claire, permettant aux patients concernés d'accéder à l'antenne des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque, doit être mise en place.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, assure : « L'EPSM attirera l'attention du centre hospitalier de Dunkerque sur cette recommandation ».

Les locaux de l'AUP se composent d'une étroite pièce triangulaire (équipée d'un bureau, d'un ordinateur, de trois chaises et utilisée pour les transmissions), d'un bureau de consultation contigu (partagé avec le SAU), d'un bureau pour recevoir les familles situé près du déchochage (utilisé notamment pour le renseignement des documents avec le tiers), et d'un bureau situé au 7^e étage, à côté de l'UHCD⁵² du SAU (utilisé pour recevoir les patients de l'UHCD, et comme pièce de pause par l'équipe de l'UHCD).

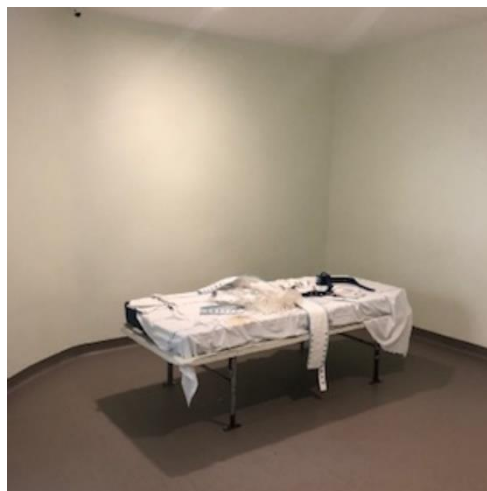
⁵¹ L'EM a évoqué l'estimation de 30 % d'orientation hospitalière, en soins libres (SL) dans 90 % des cas, et de trois mesures de SDDE maximum établies mensuellement. L'EM a pu préciser des éléments d'activité du 15 juin 2023 jusqu'à la date de la visite : 29 patients ont été pris en charge, 5 hospitalisés, et 11 orientés vers l'EM d'intervention à domicile.

⁵² UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

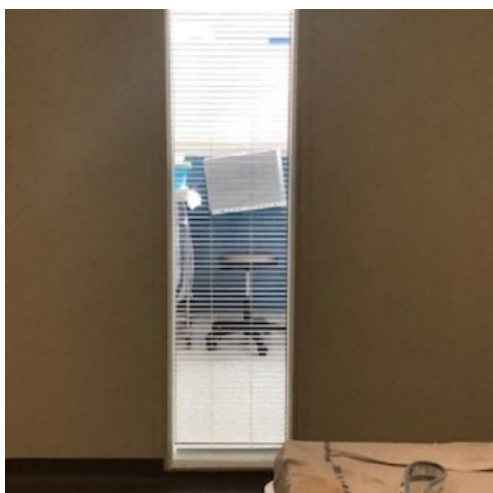
Le SAU dispose d'une chambre d'isolement (CI), dont la vitre de plain-pied et l'oculus cassé de la porte donnent directement sur le couloir sans respect de l'intimité du patient isolé, dépourvue de WC, de point d'eau, de douche, d'horloge horodatée, et équipée d'une caméra de vidéosurveillance. La porte blindée de métal est équipée d'une serrure et d'un système de fermeture électronique. Le port d'une chasuble hospitalière ouverte sur l'arrière y est systématique, celle du patient ayant le dernier occupé la CI s'y trouvait encore sur le sol. Le matériel de contention, dont le système de blocage diffère de celui de l'EPSM⁵³, est disposé sur le lit, prêt à l'emploi. Les patients s'alimentent en CI sur un adaptable avec des couverts de plastique.



L'oculus cassé de la CI



La CI, son lit scellé



La fenêtre donnant du couloir sur le lit de la CI



Les sangles de contention sur le lit de la CI

⁵³ Le système de blocage des contentions du SAU du CHD se ferme avec un ustensile en forme de pic, alors que celui de l'EPSM avec des aimants.



La caméra de vidéosurveillance de la CI



Une chasuble usagée sur le sol de la CI

RECOMMANDATION 13

Pour respecter la dignité et l'intimité du patient isolé, la CI doit disposer d'un sas qui le préserve du regard d'autrui, d'un accès permanent à des WC, une douche, et un point d'eau, d'un port individualisé plutôt que systématique de la chasuble institutionnelle et d'une surveillance soignante humaine exclusive sans système de vidéosurveillance.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les patients en situation d'isolement/ contention ne portent pas de chasuble commune. Pour l'accès aux chambres, il y a un oculus plus ou moins « occultables » ou « visionnables » grâce à une clef suivant les unités. En ce qui concerne la vidéosurveillance, elle n'est présente que sur un seul site à Boréal et n'est pas utilisée en permanence. Les patients ont accès à un WC et douche/point d'eau dans tous les lieux à l'exception des USN que l'établissement doit quitter prochainement ».

L'indication est exclusivement posée par les urgentistes, et non par une décision d'un psychiatre selon les dispositions légales⁵⁴ et la surveillance effectuée par les IDE des urgences. Des patients reçus au SAU peuvent y être isolés en cas d'agitation mais aussi ceux à présentation psychiatrique, auxquels les IDE de psychiatrie rendent visite. L'AUP du CHD trace tous les isolements et contentions.

RECOMMANDATION 14

Les décisions d'isolement et de contention prises dans le service des urgences du centre hospitalier de Dunkerque doivent respecter le cadre légal, qui dispose qu'elles relèvent d'un psychiatre et font l'objet d'une traçabilité dans un registre spécifique.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Toutes les décisions d'isolement et de contention des patients de l'EPSM des Flandres sont mises en place à la suite de la décision d'un psychiatre de l'établissement et font l'objet d'une traçabilité exhaustive que l'on peut retrouver dans le rapport isolement/contention présenté par la direction qualité aux instances de l'établissement ».

⁵⁴ Article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « *L'agence veillera à ce que ces dispositions soient appliquées par l'établissement* ».

L'effectif compte un cadre de santé⁵⁵ et 5,6 des 7 ETP théoriques d'IDE⁵⁶. La convention définit les missions de l'équipe, l'accueil des patients qui se présentent aux SAU, et une activité de liaison limitée dans les services de traumatologie et de réanimation en cas d'hospitalisation dans les suites d'un geste suicidaire. Les soignants sont présents tous les jours, un le matin, un l'après-midi et un à la journée, entre 6h50 et 21h40. Les psychiatres du pôle G01-G03 interviennent en théorie de 9h00 à 12h30 et de 14h00 à 18h00 et l'un d'entre eux est joignable par téléphone entre 12h30 et 14h00. Leur déplacement insuffisant en pratique (300 déplacements annuels en moyenne), qui ne respecte pas les termes de la convention⁵⁷ et ne permet de donner un avis spécialisé que pour 31 % des 1 834 patients accueillis en 2022, a été rapporté.

RECOMMANDATION 15

La présence des psychiatres à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques doit respecter les termes de la convention signée entre l'établissement et le centre hospitalier de Dunkerque.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, réitère : « *Cette convention cadre est en cours de réécriture ainsi que signalé au point 11* ».

L'activité de liaison dans les autres services constitue une mission des CMP du secteur d'habitation, qui interviennent moins vite auprès des patients concernés. Des difficultés relationnelles, dans un registre d'agressivité verbale, voire d'insultes, de certains soignants des services du CHD envers l'équipe de l'UAP sollicitée de façon inappropriée et ne pouvant répondre, ont été rapportées à ce sujet.

RECOMMANDATION 16

La convention signée entre l'établissement et le centre hospitalier de Dunkerque doit permettre une organisation pertinente et claire pour tous les intervenants de l'activité de liaison psychiatrique dans les services de ce dernier.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, renvoie : « *Même réponse que pour la recommandation 11* ».

Les patients proviennent spontanément du domicile ou de la rue, ou sont accompagnés par le SAMU le plus souvent, la famille, et sont parfois adressés par les CMP, les cliniques et les forces de l'ordre. L'AUP a accueilli, en 2022, 54 % de patients en provenance du pôle G01-G03, 39 % du pôle G02-G04, 2 % du pôle G05-G06, et 4 % de patients hors secteur. La file active des patients a

⁵⁵ Dont l'activité associe la référence de cinq unités : l'AUP, du dispositif de soins psychiatriques et du CATTP de la maison d'arrêt de Dunkerque, du CMP et du CATTP de l'ancien secteur G03.

⁵⁶ Dont 6,6 sont pourvus par 4 IDE à temps plein et 2 à 80 %, et une en congé longue maladie depuis un an ; et dont 5 ont été renouvelés entre le mois de mai 2023 et la date de la visite

⁵⁷ Annexe 3 de la convention signée entre l'établissement et le CHD au mois de juin 2014 : « *Les praticiens hospitaliers des secteurs 59G01 et 59G03 de l'EPSM des Flandres assurent deux passages quotidiens entre 8h30 et 18h00, du lundi au samedi matin, soit onze demi-journées par semaine* ».

crû de 11,8 % en deux ans⁵⁸. L'UAP ne prend en charge que les adultes, l'espace « Ado » situé au 8^{ème} étage accueillant les mineurs. Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont directement orientés vers les structures d'hospitalisation. Ceux concernés par une mesure de SDDE bénéficient de la mise en œuvre privilégiée de celle de SDT classique, avec recherche systématique d'un tiers. Une mesure de SDT PI n'est mise en œuvre qu'en cas d'impossibilité de trouver un tiers. 667 (36 %) des 1834 patients évalués ont été admis dans une unité de psychiatrie en 2022, dont 522 en SL (78 %), 107 en SDT (16 %), et 38 en SDT PI (6 %). 323 des 667 ont été orientés en psychiatrie directement et 339 après un passage initial par le CARDO, qui reçoit les patients de l'UAP après 18h30.

BONNE PRATIQUE 1

L'équipe de l'antenne des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque favorise d'une façon très rarement observée, pour les patients concernés par une indication d'hospitalisation, leur orientation en soins libres pour la très grande majorité d'entre eux, et le respect de la mesure classique de soins à la demande d'un tiers pour ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du directeur d'établissement.

La traçabilité des entretiens a été décrite comme très chronophage, en l'absence d'interface entre les logiciels *Cariatides* de l'EPSMF et *Hôpital Manager* du CHD, obligeant les soignants à rédiger les transmissions en doublon.

RECOMMANDATION 17

Une interface efficace entre les logiciels *Cariatides* de l'EPSMF et *Hôpital Manager* du CHD doit être mise en œuvre pour prévenir les doublons et la chronophagie du processus de transmission écrite des soignants de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, déplore : « Cette question a déjà été évoquée lors de plusieurs réunions pour aboutir à la conclusion qu'une telle interface ne pouvait être envisagée qu'à la suite de l'arrivée du nouveau logiciel de DPI choisi par le GHT ».

Les orientations sont majoritairement des retours à domicile avec la famille ou en bus, ou des hospitalisations en SL au moyen d'une ambulance. Les patients orientés vers la clinique de Rosendael, située à quelques minutes à pied, sont parfois accompagnés par une IDE de l'UAP. Les patients bénéficient d'un examen somatique et du bilan paraclinique nécessaire, une collaboration de qualité entre l'UAP et les urgentistes est signalée. L'utilisation des contentions est sollicitée selon l'état clinique par l'IDE et décidée par l'urgentiste lors du transfert en ambulance. Le délai quotidien d'arrivée très tardive des ambulances⁵⁹ est décrit comme pouvant créer des situations de rupture dans la prise en charge, de fugues, ou d'hospitalisation des patients au CARDO plutôt que dans leur unité de référence. Certains peuvent patienter jusqu'à sept heures sur une chaise, avant leur acheminement.

⁵⁸ Toutes les données sont issues du rapport d'activité de l'AUP pour l'année 2022.

⁵⁹ Le rachat de l'ensemble des ambulances du dunkerquois par une même personne, confrontée à des difficultés de dialogue social et à une pénurie marquée de personnel, a été rapporté.

RECOMMANDATION 18

L'organisation de l'acheminement des patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement doit garantir leur transfèrement efficace et rapide de l'antenne des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Dunkerque vers les unités d'hospitalisation.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, annonce : « Une vigilance des différentes équipes des services de psychiatrie et plus particulièrement de l'unité du CARDO permet de sensibiliser les transporteurs à la qualité de la prise en charge des patients lors des transferts. Cette action est complétée par l'envoi de courrier de rappel adressé par la direction des relations avec les usagers aux différentes sociétés quand les circonstances l'exigent ».

3.1.3 Le CARDO

Le CARDO, doté de 6 lits et une CI, est une unité d'accueil et d'orientation, ouverte du lundi au jeudi de 18h00 au lendemain 9h00 et du vendredi 18h00 au lundi 9h00. L'effectif⁶⁰ et les locaux⁶¹ lui permettent de répondre à ses missions de soins. Les psychiatres sont présents par demi-journée le matin et l'après-midi. Un interne assure la garde sur place pour les pôles G01-G03 et G02-G04, avec un praticien hospitalier (PH) des mêmes pôles, d'astreinte opérationnelle à domicile, qui se déplace en cas de besoin. Un staff d'une vingtaine de minutes est organisé chaque matin en présence de ses deux derniers, de l'équipe et des cadres du G02.

Les patients proviennent de chez eux, du SAU des centres hospitaliers d'Hazebrouck ou de Dunkerque, ou d'un CMP. Le patient accueilli, en SL ou en SDDE, est immédiatement reçu en entretien par un IDE et l'interne de garde. La suroccupation de l'unité est prévenue par une anticipation des transferts, au plus tard le lendemain après-midi de l'entrée, parfois avant en cas de besoin. Les patients peuvent toutefois séjourner 72h au CARDO en cas d'hospitalisation lors d'un week-end, suivi ou précédé d'un jour férié. Les IDE sont présents tous les jours 24h/24 et un patient qui se présenterait en journée dans la semaine serait accueilli. Aucune sortie prématurée, aucun transfert retardé ou nocturne n'ont été rapportés.

L'interne de garde effectue également l'examen somatique d'entrée, prend en charge les éventuelles urgences somatiques initiales, et peut joindre par téléphone un généraliste de l'EPSMF en cas de besoin. Des prélèvements sanguins sont réalisés si nécessaire, et acheminés au laboratoire du CHD pour leur analyse. Les patients nécessitant une prise en charge hospitalière somatique sont accompagnés au CHD par un IDE. Des dépannages de traitements addictologiques et des prises de rendez-vous avec le CSAPA sont proposés aux patients concernés.

Les familles sont associées à la prise en charge dès le début si le patient le souhaite.

⁶⁰ L'effectif se compose d'un cadre de santé, de 15,8 ETP d'IDE de jour et 5,8 de nuit. L'organisation du roulement garantit 2 IDE le matin, l'après-midi, la nuit, et 1 à la journée. Un cadre de santé de nuit, responsable des unités de Dunkerque et de Cappelle-la-Grande, est positionné sur le CARDO.

⁶¹ Les locaux associent cinq chambres hôtelières individuelles équipées d'une salle d'eau, une CI, un hall d'accueil, plusieurs bureaux d'entretien, une salle de soins, une salle commune (utilisée comme réfectoire, salle de télévision et de jeux de société), un jardin équipé d'un banc, deux salles de réunion, un bureau de cadre.

3.2 DEUX TIERS DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN SOINS SANS CONSENTEMENT LE SONT SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MÉDICAL

3.2.1 L'activité générale d'hospitalisation

La file active (FA) des patients majeurs, en diminution par rapport à 2020, est stable en 2021 et 2022, alors que le nombre de séjours en hospitalisation complète revient à son niveau de 2020⁶². Pendant la même période, des patients mineurs ont été hospitalisés dans les unités de psychiatrie adulte⁶³ (cf. § 10.2).

Lors de la visite, les unités Tonnelle, CARDO, Boréale, Parenthèse et Toria comptaient respectivement 25, 3, 8, 10 et 12 patients, tous majeurs. Les données statistiques du rapport d'activité pour l'année 2022 synthétisées dans le tableau ci-dessous montrent que Tonnelle, Boréale et Parenthèse ne connaissent pas de situation de suroccupation. Les taux d'occupation (TO) du CARDO et de Toria ne sont pas mentionnés dans ce rapport. La suroccupation du CARDO est évitée par des transferts anticipés de patients vers une autre unité, organisés en journée, avant que sa capacité maximale ne soit atteinte⁶⁴, ce qui évite également de différer des admissions. Toria procède au transfert de patients en soins libres (SL) dont l'état clinique est stabilisé vers l'unité ouverte Mélusine.

Boréale, Tonnelle et Toria accueillent épisodiquement des patients hors secteur.

Tableau : La FA, le TO et la DMS par unité :

	2022			2021		
	FA	TO	DMS	FA	TO	DMS
Tonnelle	175	87 %	41,78	169	78 %	33,58
CARDO	508			346		
Boréale	217	66,63 %	35,22	157	61,22 %	39,36
Parenthèse	124	82% ⁶⁵	51,92	175	87,7 %	51,69
Toria	216		204,42 ⁶⁶	145		85,40

⁶² File active : 1 501 en 2020, 1 365 en 2021 et 1 371 en 2022. Nombre de séjours d'hospitalisation complète : 3 001 en 2020, 2 756 en 2021 et 2 990 en 2022 (données relatives aux majeurs issues de PMSIPilot et de l'infocentre BO vs Cariatides produites par l'établissement). Ces chiffres prennent en compte des unités non contrôlées.

⁶³ File active : 20 en 2020, 16 en 2021 et 20 en 2022. Nombre de séjours d'hospitalisation complète : 24 en 2020, 33 en 2021 et 36 en 2022 (données relatives aux mineurs issues de PMSIPilot et de l'infocentre BO vs Cariatides produites par l'établissement).

⁶⁴ Le transfert vers une autre unité est alors effectué sans attendre le lendemain après-midi, moment habituel des transferts.

⁶⁵ Les TO 2021 et 2022 sont ceux du centre de soins du nombre d'Or et englobent donc l'unité Horizon.

⁶⁶ La DMS de 204,42 jours pourrait s'expliquer par le départ d'un patient chronique vers une autre unité au moment du déménagement vers l'EPSM-LMA.

Pour déterminer l'effet de la restructuration de l'offre de soins de psychiatrie de l'adulte du pôle G05-G06 intervenue en 2022⁶⁷, le rapport commandé par la direction⁶⁸ conclut qu'elle s'est accompagnée d'une baisse de la file active du pôle et que la création de deux équipes mobiles ne s'est pas traduite par une hausse de la file active ambulatoire, même si le volume d'actes a quant à lui, nettement augmenté entre 2021 et 2022. Il y est souligné qu'une « *comparaison fine des caractéristiques des patients (âge, sexe, commune de résidence, diagnostics...) pris en charge en 2018 et de ceux suivis en 2022 permettrait de connaître les patients n'étant plus pris en charge* ».

3.2.2 L'activité relative aux soins sans consentement

Les cinq unités contrôlées hébergent des patients hospitalisés en SL comme en SSC, se répartissant comme suit lors de la visite :

- à Tonnelle : dix-sept patients hospitalisés en SL, huit en SDDE (dont un SDT, trois SDTPI et 4 SDRE) ;
- à CARDO : trois patients hospitalisés en SL ;
- à Boréale : sept patients hospitalisés en SL et un SDDE (SDT) ;
- à Parenthèse : trois patients hospitalisés en SL, sept en SDDE (dont deux SDTPI, quatre SDTU) et un SDRE ;
- à Toria : sept patients hospitalisés en SL, cinq en SDDE (dont un SDTPI, deux SDTU) et deux SDRE.

Trente-sept des cinquante-huit patients sont hospitalisés en SL (63,8 %) et vingt-et-un en SSC (36,2 %, dont 33,3 % en SDRE et 66,6 % en SDDE). Les contrôleurs ne sont pas en mesure de comparer la répartition des patients en SL et SSC unité par unité en 2021, 2022 et 2023, aucun document produit par l'établissement ne le permettant :

- les tableaux produits par les unités figurant dans le rapport d'activité 2022 déterminent cette répartition au regard du nombre d'admission (Tonnelle) ou en fonction du nombre de patients concernés (Parenthèse, CARDO, Boréale) ou sont manquants (Toria) ;
- les données chiffrées relatives aux majeurs, issues de PMSIPilot et de l'infocentre BO vs Cariatides ne distinguent pas le mode d'hospitalisation unité par unité. En outre, ces données indiquent à la fois 94 % de prises en charge en SL et 27 % de prise en charge en SSC en 2022, et la même incompatibilité de résultats est observée pour les années 2020 et 2021. Les échanges ont clairement démontré l'extrême complexité de réaliser un recueil adapté et une analyse statistique pertinente des données en l'absence d'un bureau centralisé des admissions animé par des agents spécifiquement formés.

⁶⁷ Fermeture de 30 lits d'hospitalisation à temps complet, relocalisation de 30 autres à Armentières et création de deux équipes mobiles (cf. § 2.1.2).

⁶⁸ Rapport commandé dans le cadre de la préparation du nouveau projet d'établissement de l'EPSM pour les années 2024-2029 : *Les secteurs de psychiatrie de Flandre intérieure. Eléments de diagnostic* (juin 2023), rédigé par Laurent Plancke, sociologue, chargé de mission, en collaboration avec le département d'information médicale de territoire (GHT psychiatrie du Nord - Pas-de-Calais) (Dr Philippe Paradis, médecin de santé publique, Guillaume Demazière et Alexandra Houvenaghel, Techniciens de l'information médicale).

A supposer que les chiffres relatifs au nombre de patients hospitalisés à temps plein et ceux en SSC soient exacts⁶⁹, l'analyse des données concernant l'évolution des prises en charge en SSC montre une augmentation chaque année pendant la période 2020-2022 de 22 à 27 %⁷⁰, pour laquelle l'établissement n'a pu donner aucune explication territoriale, autre qu'une réalité observée ailleurs dans les suites de la pandémie de Covid-19. En effet, il ne s'agit pas d'une augmentation linéaire comparable pour tous les types de mesures. L'accueil en SDRE est à peu près stable sur la période étudiée, alors que des variations sont observées pour celui en SDDE, notamment une augmentation de 46 % des accueils en SDT (de 5,46 à 7,95 %), et de 12 % de ceux en SDTU (8,5 à 9,5 %), alors que ceux en SPI (7,37 à 6,93 %) n'ont diminué que de 6 %.

Les procédures dérogatoires de SDTPI et de SDTU représentent sur la même période les deux tiers des prises en charge en SDDE, au détriment de celle classique de SDT⁷¹, ce malgré la pratique adaptée observée au sein de l'AUP du CHD. Or ces deux procédures ne réunissent pas l'ensemble des conditions d'évaluation du bien-fondé des mesures de SSC. En effet, l'hospitalisation est décidée sur le fondement d'un seul certificat médical et pour les SDTPI s'ajoute l'absence de tiers. Les patients en SSC se trouvent ainsi très majoritairement privés d'une double évaluation médicale avant leur privation de liberté au titre des soins, et d'une possibilité de levée de la mesure autre que sur avis médical.

RECOMMANDATION 19

Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence), doit être exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers dans l'ensemble de ses sites d'accueil des urgences psychiatriques lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement sur décision du directeur, et se doter d'outils informatiques permettant de produire des données statistiques exploitables de son activité de soins sans consentement.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le logiciel actuellement utilisé par l'EPSM des Flandres fait l'objet d'un renouvellement organisé dans le cadre du groupement hospitalier de territoire. Cette démarche a été mise en place selon un cahier des charges afin de permettre entre autres de produire des données statistiques. Le déploiement de cet outil devrait intervenir à partir de 2024 dans les établissements membres du GHT ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, confirme : « Le constat d'un recours trop fréquent au péril imminent est constaté dans l'ensemble de la région. La commission départementale des soins psychiatriques sans consentement qui les examine lors de ses commissions aboutit au même constat que celui pointé dans le rapport ».

⁶⁹ En 2022, sur une file active de 1 371 patients, 369 ont été hospitalisés en SSC, en 2021, 329 sur 1 365 et en 2020, 339 sur 1 501.

⁷⁰ La moyenne nationale est de 26 % (source : Questions d'économie de la santé n°269, juin 2022).

⁷¹ En 2022, 61 % des patients étaient hospitalisés en vertu d'une procédure dérogatoire contre 59,6 % en 2021 et 64,3 % en 2020.

3.3 LE PATIENT CONNAIT L'ÉTENDUE DE SES DROITS MAIS NE DISPOSE PAS DE LA COPIE DES CERTIFICATS MEDICAUX

3.3.1 L'information générale sur les droits

Le livret d'accueil de l'EPSMF est remis aux patients lors de leur arrivée dans les unités, comme le prévoit le règlement intérieur daté du 27 juin 2019, accessible sur l'intranet de l'établissement. Mis partiellement à jour au mois de mars 2022⁷², le livret d'accueil comprend des lacunes relativement aux patients hospitalisés en SSC. N'y sont pas mentionnés : le droit de saisir, à tout moment, le JLD d'une demande de mainlevée d'une mesure d'isolement et de contention, la possibilité d'être assisté d'un avocat au titre de l'aide juridictionnelle lors de toute audience du JLD, ainsi que les modalités des sorties de courte durée.

L'affichage varie d'une unité à l'autre, comportant généralement la charte du patient hospitalisé et celle relative aux devoirs des usagers, la liste et les coordonnées des aumôniers et un document relatif à la commission des usagers (CDU). La liste des droits des patients hospitalisés en SSC, tels que définis par l'article L. 32113 du CSP n'est pas affichée mais elle est systématiquement remise à l'admission. Le tableau de l'ordre des avocats inscrits au barreau de Dunkerque n'est pas affiché dans toutes les unités (Torja).

Les règles de vie sont affichées dans chaque unité, sans être données en copie. Celles de Torja se limitent aux modalités des visites et aux horaires de sorties à l'air libre (jardin et parc) et sont complétées par des affichettes éparses qui indiquent les horaires d'ouverture du jardin et des douches et ceux de fermeture des chambres : le patient ne dispose d'aucune information relative au rythme de la journée (lever, coucher, heures des repas et de distribution des médicaments, activités).

RECOMMANDATION 20

Toutes les unités doivent disposer de règles de vie qui permettent au patient de connaître le rythme de vie de la journée en se reportant à un document unique.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Le logiciel actuellement utilisé par l'EPSM des Flandres fait l'objet d'un renouvellement organisé dans le cadre du groupement hospitalier de territoire. Cette démarche a été mise en place selon un cahier des charges afin de permettre entre autres de produire des données statistiques. Le déploiement de cet outil devrait intervenir à partir de 2024 dans les établissements membres du GHT* ».

Les modalités pratiques d'accès au dossier médical ne sont pas suffisamment précisées dans le livret d'accueil qui se borne à indiquer que « *le service juridique de l'établissement vous apportera toutes les précisions utiles* ». Ce droit d'accès ne donne lieu à aucun affichage dans les unités. La consultation du dossier médical sur place, si besoin avec la présence d'un médecin ou de la personne de confiance, est rarement sollicitée par les patients. La demande de copie du dossier médical est de préférence effectuée, par le patient ou sa famille, après la période

⁷² La localisation des unités Torja et Mélusine au sein du bâtiment de l'USN de l'EPSM-LMA est bien indiquée.

d'hospitalisation. Le délai moyen de réponse était de 78 jours en 2022⁷³. Les psychiatres accompagnent le patient dans sa lecture de dossier à La Tonnelle, Boréal et Parenthèse.

RECOMMANDATION 21

Les patients doivent être précisément informés des modalités d'accès à leur dossier médical et le délai de réponse doit respecter les obligations légales.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, annonce : « Une campagne d'affichage dans les services de l'établissement est prévue début 2024. Elle comportera tous les éléments nécessaires pour permettre aux patients de s'informer et de demander l'accès à leur dossier médical selon leur volonté ».

3.3.1 L'information sur le statut, les décisions administratives et judiciaires, les droits spécifiques

Les décisions du directeur et les arrêtés préfectoraux remis aux patients sont accompagnés d'un document intitulé « *notice d'informations à l'admission* » qui précise qu'un livret d'accueil leur a été remis, leurs droits spécifiques tels qu'énumérés à l'article L. 3211-1 du CSP, les coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies, ainsi que des informations relatives au contrôle de la régularité et du bien-fondé de la mesure par le JLD, assorties des voies de recours. Les patients admis en SDRE reçoivent également un document expliquant le traitement informatique des données à caractère personnel, leur conservation pour une durée de trois ans et le droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement des données.

Ces documents, transmis au secrétariat de chaque unité par la « cellule des SSC » sont expliqués et remis au patient, selon les unités, par le médecin ou un IDE. Le récépissé est signé par le patient ou par deux soignants en cas de refus comme d'impossibilité, trois présentations de la décision d'admission à l'intéressé étant prévues. Cette notification faite à bref délai, peut être différée du fait de l'état clinique du patient et mention en est alors portée sur le récépissé versé au dossier patient informatisé (DPI).

Les décisions du directeur et arrêtés préfectoraux qui visent le(s) certificat(s) médical(caux) fondant l'hospitalisation sans consentement s'en approprient les termes sans pour autant les reprendre dans leur intégralité. Le(s) certificat(s) médical(caux) ne sont pas remis en copie au patient au motif qu'il « *pourrait mal le vivre et que cela pourrait être une source d'incidents* » de sorte qu'il ne peut pas appréhender les motifs conduisant à son hospitalisation sans consentement.

⁷³ Alinéa 2 de l'article L. 1111-7 du CSP : « Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure a accès à ces informations dans les mêmes conditions. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance, la personne chargée de l'assistance peut accéder à ces informations avec le consentement exprès de la personne protégée. »

RECOMMANDATION 22

Les certificats médicaux qui fondent les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être remis aux patients dès l'arrivée sur un support qu'ils peuvent conserver.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Cet élément des droits des patients fait l'objet de rappel régulier dans le cadre des formations des secrétaires médicales (AMA) telles que mises en place par la direction des relations avec les usagers depuis novembre 2023 ».

Ces documents sont rangés dans une bannette ou un coffre individuels gardés dans le bureau infirmier lorsque le patient ne souhaite pas les conserver dans ses affaires personnelles.

Le tiers n'est pas mentionné dans la décision du directeur mais son identité est communiquée lors de l'audience du JLD.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 L'ETAT DES LOCAUX ET LEUR AGENCEMENT SONT TRES HETEROGENES

L'écart entre les conditions matérielles qu'offrent les différentes unités entraîne des disparités importantes dans la prise en charge des patients. L'hétérogénéité des locaux destinés à l'hébergement des patients est très marquée entre l'unité Toria située au premier étage du bâtiment USN de l'EPSM-A, dont les locaux sont extrêmement vétustes et partiellement amiantés, et l'unité Boréale de l'EPSM-C, construite en 2017, dont l'architecture, la modernité et les équipements ont été conçus spécifiquement pour une prise en charge optimale des patients.

Le CARDO, situé à l'EPSM-C est, comme l'unité Boréale, de construction récente. Destinée à des prises en charge très brèves, elle ne présente pas les caractéristiques d'hébergement des unités classiques. Elle ne dispose que de six chambres individuelles et d'une chambre d'isolement (CI).

Les locaux de l'unité Tonnelle de l'EPSM-D s'apparentent à ceux d'Armentières tandis que l'unité Parenthèse de l'EPSM-C, présente des caractéristiques intermédiaires : construction datant d'une quinzaine d'années mais locaux rénovés.

L'unité Toria, en partie désamiantée, est vouée à la destruction. Dans l'attente du retour des patients à l'EPSM-B, elle est utilisée pour des prises en charge soignantes dans des conditions d'hébergement précaires. Cinq des dix chambres sont doubles et les espaces sanitaires sont collectifs. Les chambres, propres, ne disposent pas de verrous de confort ni de bouton d'appel. Les placards sont dépourvus de penderie. L'unité Toria dispose de deux CI et un espace d'apaisement était en cours d'aménagement lors de la visite.

L'unité Tonnelle est agencée sur deux étages. D'aspect ancien, le bâtiment comporte dix-neuf chambres dont dix doubles. De même qu'à l'unité Toria, les chambres ne disposent pas de verrou de confort ni de salle d'eau individuelle, mais sont cependant équipées d'un lavabo et d'un WC. Les patients ne disposent pas de la clé de leur placard.

L'unité Parenthèse est dotée de dix chambres individuelles, d'une double et de deux CI. Les chambres sont propres et disposent d'une salle d'eau. Leur porte sont équipées d'un verrou de confort. Le placard des chambres est équipé d'un coffre fermable au moyen d'un code et d'une clé, laquelle est en possession des soignants.

L'équipement de l'unité Boréale, de nouvelle génération, dispose de tout ce qui fait défaut aux précédentes y compris s'agissant des CI (cf. § 6.1). Les quatorze chambres individuelles et les deux chambres doubles sont grandes, propres, disposent d'une salle d'eau, de portes munies d'un verrou de confort, et d'un dispositif d'appel. Leur placard peut être fermé au moyen d'une serrure à code. L'ensemble des locaux est clair, lumineux, peint de couleurs gaies.

Chacune des unités dispose de salles de télévision, de salles d'activités occupationnelles (lecture, jeux de société), de quelques équipements sportifs, de différents jeux d'extérieur dont des raquettes et volants de badminton. Chacune est dotée d'un ou de deux jardins, diversement accessibles (cf. § 5.1).

Les disparités d'emploi du temps concernant l'accès des patients aux activités thérapeutiques entre les unités (cf. 8.1.2) sont également liées aux particularités des locaux, allant des activités minimales dans l'une des unités (Toria) aux activités ultra modernes de la dernière unité Boréale.

RECOMMANDATION 23

Les locaux d'hébergement nécessitent diverses améliorations pour garantir le respect de la sécurité, de la dignité et de l'intimité des patients hospitalisés. Les plus anciens doivent être rénovés. Toutes les chambres doivent notamment disposer d'une salle d'eau, d'une porte équipée d'un verrou de confort, d'un placard fermable par le patient, d'un coffre permettant la protection des valeurs, et d'un bouton d'appel des soignants.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, annonce : « *Les projets d'investissement présentés dans le cadre des projets COTIS pour le pôle G01-03 intègrent ces exigences qui sont déjà respectées dans les locaux du pôle G02-04, bâtiments qui sont un peu plus récents que ceux utilisés actuellement par le premier pôle cité. Le retour sur le site de Bailleul du pôle G05-06 est également l'occasion de répondre de façon satisfaisante à ces critères* ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, informe et s'engage : « *L'ARS accompagne dans le cadre des crédits Ségur le programme immobilier de l'EPSM des Flandres. L'opération de relocalisation des unités des secteurs G01 et G03 bénéficie d'un soutien financier à hauteur de 8 millions d'euros. Par ailleurs, l'ARS travaillera avec les deux directions EPSM Lille Métropole et EPSM des Flandres à une mise à jour du schéma directeur immobilier du site d'Armentières, permettant l'amélioration des unités d'hospitalisations sur ce site. Des rencontres sont prévues à cet effet début 2024* ».

4.2 TOUTES LES CHAMBRES NE COMPORTENT PAS DE DOUCHE NI DE TOILETTES ET L'ACCES A UN SYSTEME ADAPTE DE LAVAGE DU LINGE PERSONNEL N'EST PAS ASSURE

Les locaux nettoyés quotidiennement par un prestataire de service ont été trouvés propres.

Les chambres des unités Boréale, Parenthèse et CARDO disposent de salles d'eau toutes équipées d'un verrou de confort qui permet au patient de protéger son intimité pendant sa toilette et de WC qui ne sont pas tous munis d'une lunette et d'un abattant (cf. § 4.1).

Toutes les chambres de Tonnelle disposent d'un lavabo et de toilettes et quatre douches communes sont accessibles au rez-de-chaussée ainsi qu'à l'étage.

L'espace lavabo aménagé dans les chambres de Toria est doté d'un verrou de confort mais est dépourvu de patères ou de crochets, voire d'une étagère. Les deux douches communes, la baignoire et les deux toilettes situées dans la zone hébergement sont accessibles à des horaires restreints de 7h30 à 9h00 et de 17h30 à 18h30 (cf. § 5.1). Les deux WC se trouvant dans les espaces communs de l'unité sont libres d'accès.

RECOMMANDATION 24

L'accès aux douches collectives de l'unité Toria ne doit pas être restreint.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Les projets concernant l'unité Toria dans un avenir proche de moins d'un an sont une relocalisation sur le site de bailleul. Les bâtiments affectés à la prise en charge de ces patients sont équipés de douches individuelles* ».

Le linge de literie est changé chaque semaine, plus souvent si nécessaire. Les serviettes sont changées tous les jours. Les patients de Tonnelle sont invités à apporter les leurs, mais il leur en est fournies à défaut.

Les équipes de chaque unité ont constitué des vestiaires de dépannage pour permettre aux patients de se vêtir dignement et, en cas de nécessité, des produits d'hygiène (savon, shampoing, brosse à dents, protections hygiéniques, etc.) peuvent leur être remis.

Le livre d'accueil mentionne que l'établissement n'assure pas l'entretien du linge personnel, sauf de manière exceptionnelle, ce qui se pratique à Toria (lavage gratuit en quatre à cinq jours). Les unités Boréale, Parenthèse et Tonnelle ont fait l'acquisition de lave-linge et de sèche-linge. Tonnelle en réserve l'utilisation aux patients dépourvus de ressources tandis que les autres peuvent faire acheminer leurs effets au pressing par un prestataire de service.

RECOMMANDATION 25

Les patients doivent accéder à un service adapté et gratuit de lavage et de séchage de leur linge.

Aucun coiffeur n'intervient au sein de l'établissement. A Boréale, une aide médico-psychologique (AMP) organise un atelier « estime de soi » avec coiffure et maquillage et à Toria, une soignante peut apporter son aide aux patientes pour une couleur capillaire. Les soignants peuvent raser ou utiliser la tondeuse à la demande quand le patient n'est pas autorisé à sortir.

RECOMMANDATION 26

Les services d'un coiffeur doivent être accessibles, notamment pour les patients qui n'ont pas la possibilité de sortir.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Selon le contexte clinique, l'établissement afin de rendre cette prestation accessible, propose le passage d'un coiffeur au sein de l'unité ou bien l'accompagnement chez un coiffeur avec un membre de l'équipe ou encore une permission pour se rendre chez un coiffeur ».

4.3 LA PROTECTION DES BIENS DES PATIENTS EST LIMITEE PAR L'AGENCEMENT DES CHAMBRES DANS CERTAINES UNITES

Un inventaire des effets de chaque arrivant est réalisé dans toutes les unités, signé par le patient et par un soignant, ou par deux soignants lorsque l'état clinique du patient ne lui permet pas de signer ou qu'il le refuse. L'inventaire est scanné pour renseigner le dossier patient informatisé (DPI). Toutes les unités n'en remettent pas la copie, sauf à ce que le patient le demande.

RECOMMANDATION 27

Un exemplaire de l'inventaire des biens des patients doit leur être systématiquement remis.

Les objets considérés comme dangereux sont retirés et conservés dans le poste de soins infirmiers (les couteaux, les rasoirs, des médicaments, l'alcool et parfum, les pinces à épiler, etc.). Les rasoirs sont remis tous les matins au moment de la toilette. Les chargeurs de téléphone sont conservés par les soignants dans l'unité Toria mais sont laissés à disposition, selon la clinique, dans les autres unités. Les téléphones dont les chargeurs ont été retirés sont mis en charge la nuit dans le bureau infirmier.

Les pratiques de protection des biens personnels diffèrent selon les unités, leurs locaux et les équipements mis à disposition des patients (des placards fermant, ou non à clé, des coffres, des bannettes à clé ou des cadenas). La proposition est toujours formulée de conserver les documents d'identité et les biens de valeur dans un coffre situé dans le bureau du cadre ou un bureau attenant, selon les unités. Les valeurs mises au coffre sont placées dans une enveloppe portant le nom et la signature de l'agent déposant. La possibilité de garder de menues sommes numéraires permettant de procéder aux achats courants (de 100 à 300 euros selon les unités) est proposée à la condition qu'elles soient mises à l'abri.

Les ASS, intégrés aux équipes de soins, assurent l'initiation ou le rétablissement des droits sociaux, de la couverture santé solidaire (CSS), du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation pour adultes handicapés (AAH), de la pension d'invalidité, etc. Ils procèdent également au repérage des patients susceptibles de faire l'objet d'une mesure de protection des biens et engagent la démarche avec l'accord du patient. Le coût de l'expertise est à la charge du patient et son paiement parfois avancé par le TJ, conformément à un accord passé entre les deux institutions. Il a été rapporté le manque d'implication des tuteurs dans le suivi des patients, laissant les soignants gérer le quotidien, le retrait d'espèces au distributeur, l'achat de vêtements, etc.

4.4 LES PATIENTS D'UNE UNITE SONT TENUS DE S'ALIMENTER EN CHAMBRE

Les patients prennent leurs trois repas (à 8h00, 12h00 et 18h30) dans la salle à manger, où ils s'installent comme ils le souhaitent, sauf dans l'unité Tonnelle où ils continuent de s'alimenter en chambre, depuis les mesures mises en œuvre lors de la pandémie de Covid en 2020. Les soignants estiment que cette organisation prévient les tensions qui peuvent survenir lors des repas. Trois patients de Tonnelle prennent néanmoins ensemble leurs repas dans la salle à manger, sous la surveillance du personnel médical, au motif d'un risque suicidaire ou de fausse route.

Les patients sont satisfaits de la quantité et de la qualité des repas servis. Les régimes particuliers, prescrits par le médecin somaticien, sont respectés. Les patients peuvent conserver de la nourriture sous plastique qu'ils achètent lors des sorties ou reçoivent de leurs proches, à l'exception de denrées périssables, du CBD⁷⁴, de boissons énergisantes. Toute introduction de nourriture extérieure fait l'objet d'un contrôle.

Aucun repas spécial n'est servi dans les unités, à l'exception de celui de Noël.

RECOMMANDATION 28

Dans toutes les unités, les patients doivent pouvoir s'alimenter dans le réfectoire, dans l'ambiance de partage et de convivialité que représente la prise d'un repas en commun.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « L'établissement est organisé de façon que chaque unité dispose d'une salle commune permettant les repas pris en communs. Il peut également arriver que les repas soient pris en chambre sur indication médicale ou contrainte isolement ».

⁷⁴ CBD : Le cannabidiol est un composé organique naturel de la famille des cannabinoïdes, présent dans la plante de chanvre.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS RESPECTEE

Les unités Toria, Boréale, Parenthèse et Tonnelle sont fermées, même à l'égard des personnes hospitalisées en SL qui doivent bénéficier pour sortir d'une autorisation médicale tracée dans leur DPI, en contradiction avec les dispositions légales.

La libre circulation est même limitée au sein de certaines unités, par des horaires d'accès restreints aux douches à Toria (cf. § 4.2) et d'accès aux chambres imposés à Tonnelle.

L'accès aux jardins des unités est limité à quinze minutes par heure dans les unités visitées, à l'exception de celui de l'unité Boréale, ouvert en permanence. Les justifications données aux contrôleurs sont d'ordre sécuritaire, afin d'assurer la prévention des fugues, lesquelles sont signalées aux forces de l'ordre et traitées de la même manière s'agissant des personnes hospitalisées en SL comme en SSC. En outre, à Dunkerque, la limitation de circulation se pratique lors de la prise des repas, obligatoirement pris en chambre pour la majorité des patients (cf. *supra*).

Les patients sont accompagnés pour se rendre à toute activité extérieure (cf. § 8.1.2).

RECOMMANDATION 29

Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit se trouver derrière une porte d'unité fermée, ni se voir imposer l'obtention d'une autorisation médicale pour sortir. Les restrictions de liberté de circulation au sein des unités, notamment celles concernant l'accès au réfectoire, aux chambres, et aux jardins, doivent cesser.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT HETEROGENES SELON LES UNITES

Les règles de vie des unités présentent également une hétérogénéité concernant les restrictions de la vie quotidienne. Sont communs le retrait systématique des objets considérés comme dangereux, l'interdiction de conservation de produits périssables en chambre et le port du pyjama, jamais imposé.

L'accès au tabac est libre sauf si le médecin en impose la restriction. Les soignants gèrent dans ce cas la consommation des patients, en distribuant les cigarettes à heures fixes. Certains patients sollicitent eux-mêmes l'intervention des soignants de manière à limiter leur consommation ou à éviter les conflits avec leurs pairs. Le tabac est acheté par les familles, par les patients eux-mêmes ou par les équipes qui s'organisent pour regrouper les commandes et procéder aux achats chez le buraliste. Cependant, la consommation de tabac est seulement autorisée dans les jardins, dont l'accès réglementé est majoritairement limité entre quinze et vingt minutes par heure. Les patients n'ont plus la possibilité de fumer le soir, après la fermeture du jardin à 21h45. Une seule unité (Boréale) permet un accès continu au jardin en journée, et sa fermeture n'intervient qu'après l'extinction de la télévision pour une dernière cigarette avant le coucher (cf. Recommandation 29).

Dans cette même unité, les soignants sont flexibles concernant l'heure de présentation au réfectoire pour le petit-déjeuner, et celle de l'extinction des lumières et de la télévision le soir, prolongée jusqu'à 23h-23h30 en fonction de l'horaire de la fin du film et de l'ambiance dans l'unité. Une tisane est proposée.

5.3 LES LIENS SOCIAUX SONT PRESERVES MAIS LES HORAIRES DE VISITE SONT DISPARATES ET LES SALONS D'ACCUEIL DES VISITEURS FONT DEFAUT DANS CERTAINES UNITES

5.3.1 Les visites

Les visites des familles sont autorisées dans des conditions et selon des horaires disparates. Les règles de vie en précisent les modalités. Ainsi, dans l'une des unités, les visites ont uniquement lieu dans une salle de visite ou dans le jardin, à raison de deux personnes tous les jours de la semaine sauf le mercredi, durant deux heures l'après-midi et deux heures et trente minutes le week-end. Ailleurs, des visites de même durée sont autorisées mais sans restriction du nombre de personnes et tous les jours de la semaine, dans la chambre ou dans le jardin. Des salons de visite ergonomiques font majoritairement défaut. Seuls les visiteurs âgés de quinze ans et plus sont autorisés mais les soignants gèrent les situations au cas par cas. Les médecins ont la possibilité de restreindre les visites ou de les différer temporairement si l'état clinique du patient le nécessite.

RECOMMANDATION 30

Toutes les unités doivent être équipées de salons de visite ergonomiques et respectueux de l'intimité des échanges, et proposer des horaires de visite équivalents.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les nouvelles unités telles qu'envisagées dans les bâtiments réhabilités ou reconstruits intégreront ces espaces de visite permettant de respecter l'intimité du patient ainsi que décrite dans la charte de la personne hospitalisée en s'adaptant au contexte clinique ».

5.3.2 Le téléphone

Les patients conservent leur téléphone portable à l'exception d'une consigne médicale spécifique.

Les personnes qui en sont dépourvues peuvent utiliser un poste mobile disponible dans chaque unité et permettant de téléphoner gratuitement vers des numéros composés par les soignants ou d'en recevoir dans les mêmes conditions. Ils sont autorisés à emporter le téléphone dans leur chambre pour converser en toute confidentialité.

5.3.3 Le courrier

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier et des colis. La vente de timbres n'est pas organisée sur place. Dans l'une des unités (Tonnelles), le courrier peut être expédié gratuitement avec celui de l'établissement pour les personnes sans ressources suffisantes.

La liste et les coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies par tout patient figurent dans le livret d'accueil. En revanche, elle n'est pas affichée dans les unités.

RECOMMANDATION 31

La liste comportant les coordonnées de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient doit être affichée dans toutes les unités.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Cette liste, par suite d'un travail d'exhaustivité mené par la Commission des usagers, est désormais affichée dans toutes les unités ».

5.3.4 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux : télévision, presse, Internet

Toutes les unités disposent de salles de télévision, munie de télécommandes accessibles aux patients, lorsque le changement de chaînes ne se fait pas directement sur l'appareil. Les téléviseurs personnels ne sont pas autorisés dans les chambres, en revanche, les CI en sont équipées. Les unités disposent de revues déposées par les soignants, mais ne bénéficient plus d'un abonnement au journal local « La Voix du Nord ».

Les unités ne disposent pas de salles équipées de matériel informatique à destination des patients. Ceux-ci peuvent apporter un ordinateur personnel, sauf consigne médicale contraire. Les unités permettent l'accès au Wifi mais les patients se connectent usuellement à Internet depuis les téléphones portables.

5.4 LA CONFIDENTIALITE DE L'ADMISSION ET DE LA PRESENCE DU PATIENT N'EST PAS ASSUREE

Le livret d'accueil évoque la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et présente le formulaire de demande de non-divulgence de la présence des patients majeurs capables. Les modalités d'application de ce dernier diffèrent d'une unité à l'autre. La connaissance de la procédure d'hospitalisation sous anonymat n'est que partiellement connue. Seule une situation a été évoquée dans l'une des unités à la suite de l'hospitalisation d'une personnalité locale.

Les appels téléphoniques relatifs aux demandes d'informations concernant la présence des patients dans l'établissement sont diversement traités. Le standard transfère systématiquement les appels vers les unités dans laquelle le patient est hospitalisé en s'appuyant sur l'unique information fonction de la ville de son domicile. L'appelant peut donc être ainsi informé de la présence du patient dans l'établissement. Deux situations coexistent à l'EPSM-C. Le secteur Nombre d'Or est rattaché au standard de l'établissement mais le secteur Pussin possède son propre numéro de téléphone et son propre standard. Dans le local de ce standard, deux personnes assurent à la fois l'accueil et les réponses téléphoniques : un agent de sécurité et une IDE. Cette dernière qui dispose d'un accès aux DPI vérifie la précision de refus des appels d'une, plusieurs ou toute personne et en refuse le transfert dès que l'information figure au dossier. La règle organisationnelle n'est pas appliquée de façon continue, car l'agent de sécurité transfère l'appel vers l'unité en l'absence de l'IDE.

Les forces de l'ordre contactent parfois les services afin d'obtenir des informations concernant les patients, notamment s'agissant de leur date de sortie. Des réquisitions écrites à la direction leur sont systématiquement demandées.

RECOMMANDATION 32

Les patients doivent être informés systématiquement, dès l'arrivée, de leur droit de solliciter la confidentialité de leur hospitalisation. L'organisation du fonctionnement du standard doit assurer en continu cette confidentialité.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Cette précision sera inscrite dans le livret d'accueil remis au patient dès son arrivée* ».

5.5 L'ACCES AU VOTE EST INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE DANS L'ÉTABLISSEMENT ET PEU SOLLICITE PAR LES PATIENTS

Une note transmise dans les pôles le 29 mars 2022 en vue de son affichage dans les unités, intitulée « *vote par procuration-élections présidentielles des 10 et 24 avril 2022* », rappelle que les patients hospitalisés en SSC peuvent exercer leur droit de vote. L'ensemble des démarches à accomplir pour voter par procuration est bien explicité mais le déplacement pour voter dans l'urne le jour du scrutin n'est pas particulièrement encouragé. Deux patients de Toria ont voté par procuration et un agent des forces de l'ordre s'était rendu dans l'unité pour recueillir les formulaires renseignés par les patients. Un patient de Tonnelle a été accompagné pour se rendre dans son bureau de vote.

L'établissement ne produit pas de données statistiques permettant de connaître le nombre de personnes ayant effectivement pu voter. L'exercice de ce droit n'est en outre pas rappelé dans le livret d'accueil général ni dans les règles de vie des unités.

RECOMMANDATION 33

L'exercice du droit de vote doit être rendu possible dans chaque unité, par procuration ou à l'occasion d'une permission de sortie. L'information concernant ce droit doit faire l'objet d'une mention dans le livret d'accueil et d'un affichage.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'exercice de ce droit est dès à présent effectif dans chaque unité. Cette information est également inscrite dans le livret d'accueil* ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, informe : « *En période électorale, l'agence s'assure que les établissements ont bien demandé aux patients hospitalisés en soins sans consentement s'ils souhaitaient voter. L'agence demande que les établissements fournissent une attestation pour chaque patient dont le dossier doit être examiné par le juge des libertés et de la détention lors du contrôle obligatoire à 12 jours ou 6 mois* ».

5.6 LE DROIT DES PATIENTS DE PRATIQUER LEUR RELIGION NE FAIT PAS L'OBJET DE RESTRICTION MAIS N'EST PAS FACILITE

L'aumônier catholique ne se rend plus vers l'EPSMF depuis le mois de septembre 2022, malgré la persistance de son nom dans la liste des ministres des cultes affichée dans les unités CARDO, Tonnelle, Boréale et Toria. Les patients de Parenthèse doivent s'adresser aux soignants pour obtenir les coordonnées des aumôniers. L'ancien aumônier, contacté par téléphone, a indiqué avoir été très rarement sollicité par des patients, ce que les soignants ont confirmé. Il n'a pas été remplacé et le diocèse aurait le projet de proposer une candidature pendant l'année 2024. Les

contrôleurs ont également tenté de joindre l'aumônier musulman par téléphone mais sa messagerie indique que le correspondant ne peut plus recevoir de message.

Le livret d'accueil présente des informations erronées en indiquant « *qu'un aumônier catholique est à la disposition des patients, qu'il visite les personnes hospitalisées dans les unités de soins et qu'une messe est célébrée les jeudi et dimanche matin à la chapelle de l'établissement* ». Néanmoins l'aumônerie catholique fonctionne toujours une fois par semaine à l'EPSM-B, propose un temps d'échange, de prière et un goûter.

Aucun affichage n'est pratiqué, ni livret ou information donné à Mélusine, indiquant que les patients peuvent assister à une célébration eucharistique tenue une fois par mois, ainsi qu'à la messe mensuelle également célébrée à l'EPSM-LMA. Ils ne bénéficient donc que d'un accord tacite pour ce faire.

RECOMMANDATION 34

Les patients doivent recevoir une information orale et écrite adéquate concernant les possibilités de joindre un aumônier et d'assister à des offices religieux.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Des affiches portant cette information à leur connaissance sont présentes dans l'ensemble des unités. Cette information est également inscrite dans le livret d'accueil* ».

5.7 LA VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE DES PATIENTS NE DONNE LIEU A AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

L'article 116 du règlement intérieur (RI) de l'établissement mentionne que « *la liberté sexuelle et affective est un droit fondamental de l'individu, qui ne peut être remise en cause par l'admission dans un service d'hospitalisation (...)* » et que « *les équipes de soins ne doivent ni encourager ni empêcher le patient ou le résident d'entretenir des relations affectives et sexuelles* ». L'arrêt de la cour administrative d'appel (CAA) de Bordeaux du 6 novembre 2012⁷⁵ est cité et il incombe au médecin, « *après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, [de définir] la conduite à tenir au cas par cas, avec traçabilité de la réflexion et d'une éventuelle recommandation médicale dans le dossier* ».

Aucune interdiction de principe n'est posée dans les unités. Toutefois, les soignants sont partagés entre ceux pour lesquels « *l'hôpital n'est le lieu pour cela, il n'en est pas question* » et ceux dont la préoccupation est de s'assurer que la relation est pleinement consentie.

Les unités ne disposent pas de préservatifs. Le généraliste effectue un bilan relatif à la contraception et une consultation chez un gynécologue peut être organisée.

RECOMMANDATION 35

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle s'agissant des formations proposées aux soignants, des manières d'aborder la question, et de l'éducation des

⁷⁵ CAA Bordeaux, 6 nov. 2012, n°11BX01790.

patients concernant la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, évoque : « Cette question a été débattue lors d'une séance de réflexion éthique dans le cadre du GHT. Il a été proposé de transmettre l'analyse de cette situation et ses conclusions à l'ensemble des cadres supérieurs de santé pour débat et réflexion au sein de chaque secteur ».

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

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NECESSITENT DES AMELIORATIONS ET DES MESURES D'ISOLEMENT SE DEROULENT EN CHAMBRE HOTELIERE

L'établissement compte officiellement dix chambres d'isolement (CI), soit deux par unités contrôlées à l'exception des Tonnelles, du CARDO et de Boréale qui n'en ont qu'une.

Pour faciliter la surveillance, toutes les CI sont situées à proximité du bureau infirmier hormis à Parenthèse où elles se trouvent en bout de couloir, vétustes, dépourvues de sas et fermées par une simple porte équipée d'un oculus amovible. Les CI des autres unités sont équipées d'un sas à partir duquel la surveillance s'effectue par un oculus (Toria) ou par un judas (Tonnelle), sauf à Boréale qui dispose d'un écran de vidéosurveillance placé à côté de la porte.

Le mobilier des CI est réduit à un sommier métallique fixé au sol doté de passe-sangles, hormis celle du CARDO qui dispose d'une armoire intégrée équipée d'une serrure à code et celles de Parenthèse dotées d'une tablette à roulettes. Aucune CI n'est équipée d'une chaise permettant au patient ou au soignant de s'asseoir. Aux Tonnelles, un petit coffre à code installé dans le sas est à disposition du patient.

Le patient peut, de manière autonome, allumer et éteindre librement la lumière et ouvrir le sabot de la fenêtre dans toutes les CI, celles de Toria et du CARDO n'étant pas climatisées.

Les chambres sont dépourvues d'un accès direct à l'extérieur, à l'exception de celle de Tonnelle où le patient accède à une partie réservée du jardin où se trouve un poulailler et de celle de Boréale qui s'ouvre sur un espace central donnant accès à un jardin. Au CARDO toutefois, plus rarement à Toria, les soignants peuvent accompagner un patient isolé à l'air libre.

Les toilettes des CI de Toria sont directement visibles depuis le sas à travers une vitre et les fenêtres des CI de Parenthèse donnant directement sur la cour intérieure sont équipées d'un film de plastique occultant déchiré, ce qui porte atteinte à la dignité et à l'intimité des patients.



CI de Parenthèse



Vue des toilettes à travers la fenêtre du sas de Toria

Les CI sont équipées d'une salle d'eau pourvue d'un miroir, sauf à Tonnelle et à Toria, et de toilettes, sans lunette ni abattant dans ces deux unités.

Elles disposent d'un téléviseur dont l'écran est protégé et d'une horloge horodatée qui fonctionnait au moment du contrôle sauf dans l'une des CI de Toria.

Toutes les CI sont dotées d'un bouton d'appel et les patients contenus sont en outre équipés d'un bracelet d'appel d'urgence, à l'exception de Toria dont les CI présentent par ailleurs un système électrique non encastré et donc potentiellement dangereux pour les patients.

RECOMMANDATION 36

Pour respecter l'intimité et la sécurité des patients isolés, les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel, meublées d'un siège pour le patient comme pour le soignant, disposer d'un accès à l'air libre, et préserver de toute vue directe sur les WC depuis les ouvertures de surveillance intérieure et de toute vue directe par la fenêtre depuis l'extérieur.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Les bâtiments en cours de construction ou de réhabilitation s'inscrivent dans une démarche visant à remplir ces conditions ».

Les patients isolés prennent leur repas dans leur chambre en présence d'un soignant, assis sur le lit, plateau repas posé sur une table chevalet installée pour l'occasion (Torja, Parenthèse), à table dans le sas (Tonnelle et CARDO) ou dans l'espace central à Boréale, sauf en cas de contention. Ils disposent de couverts en plastique.

Sur les trois sites, l'isolement est pratiqué dans les chambres hôtelières lorsque les CI sont occupées. Les contrôleurs ont constaté des situations de non-mutualisation des CI entre les unités Boréale et Parenthèse qui appartiennent pourtant au même pôle. Plusieurs FEI remplies entre les mois de mai et de juillet 2022 aux Tonnelles font état de l'impossibilité d'isoler des patients en chambres hôtelières du fait de la pose de verrous de confort dont l'absence a été constatée par les contrôleurs. Le CGLPL rappelle que les chambres hôtelières ne présentent aucune garantie de sécurité, ne sont pas toutes équipées de double entrée, de mobilier scellé, de revêtement mural spécifique, ni de bouton d'appel ou de sonnette portative permettant au patient d'alerter les soignants en cas d'urgence.

A Parenthèse, le patient ne conserve pas sa chambre hôtelière pendant son placement à l'isolement et peut rester en CI porte ouverte, en cas d'indisponibilité d'une telle chambre à l'issue de la levée de la mesure.

RECOMMANDATION 37

Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée, afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « Cette exigence fera partie du dossier de renouvellement des autorisations tel qu'il sera présenté par l'établissement et qui comporte donc des chambres d'isolement ainsi que des chambres hôtelières selon des proportions qui permettant de respecter ce principe ».

6.2 DES DECISIONS D'ISOLEMENT PEUVENT ETRE PRISES A L'EGARD DE PATIENTS MINEURS

Au regard des textes applicables, seul un psychiatre peut décider de placer un patient à l'isolement. Or, l'organisation de la première ligne de garde de l'EPSMF est seulement assurée par des internes. Dans la plupart des unités, il a été indiqué que l'appel du praticien sénior d'astreinte est parfois différé et que la décision n'est tracée que le lendemain. Par conséquent, un nombre non quantifiable de décisions d'isolement sont prises par des étudiants non-médecins et non-psychiatres.

RECOMMANDATION 38

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, titulaire d'une thèse de médecine et d'une qualification spécialisée reconnue par l'ordre des médecins, après un examen clinique du patient.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « L'isolement et la contention sont effectivement inscrits dans une démarche respectant la réglementation et les responsabilités des différents intervenants depuis la loi de modernisation de 2016. C'est un praticien hospitalier qui doit être prescripteur de façon initiale notamment dans les temps de gardes et astreintes, l'interne peut initier pour sa part des démarches avec confirmation du praticien d'astreinte et trace effective dans le dossier de soins ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « L'agence rappellera ces dispositions nécessaires à l'établissement ».

Aucune prescription d'isolement « si besoin » sans décision médicale n'a été constatée. Des prescriptions d'injections si besoin existent en cas d'agitation du patient avant l'arrivée du médecin. Elles ne seraient toutefois pas effectuées sans l'accord exprès du patient.

67 des 166 patients isolés en 2022 étaient en SL au début de la mesure, soit 40,36 %. Il a été indiqué aux contrôleurs que leur régime d'hospitalisation était modifié à bref délai, ce que corrobore l'analyse du registre.

Entre le 1^{er} janvier 2021 et la date de la visite, neuf mineurs (un en 2021 sur une file active de seize patients, cinq en 2022 sur une file active de vingt patients et trois en 2023) ont été isolés :

- en 2021, un patient en SL âgé de 16 ans, isolé et contenu à deux reprises pour des durées de 24 heures au G5 ;
- en 2022 :
 - o à Toria, un patient de 14 ans hospitalisé en SL, isolé et contenu pendant 12h ;
 - o à Parenthèse, un patient de 15 ans et 9 mois hospitalisé sous OPP⁷⁶, isolé et contenu pendant 326,86 heures, un second de 16 ans et demi, en SL, isolé et contenu à deux reprises (36,5h et 60h), un dernier également en SL, de 17 ans, isolé et contenu pendant 24h.
 - o à Tonnelle, un patient hospitalisé en SL isolé à deux reprises (24h et 12h) et isolé et contenu également à deux reprises (12h et 6h), âgé de 17 ans et demi au moment de la première mesure et presque majeur au moment des trois suivantes survenues en 2023 ;
- en 2023 :
 - o à Boréale, un premier patient âgé 16 ans et demi hospitalisé en SDRE, isolé et contenu à trois reprises, y compris en chambre hôtelière la dernière fois, pour des durées de 122h, 12h et 12h et un second patient âgé de plus de 17 ans et demi, en SL, isolé et contenu pendant 96h ;
 - o à Toria, un patient en SL presque majeur isolé à deux reprises pendant 21h et 24h.

RECOMMANDATION 39

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent doivent être évités par tout moyen. De telles mesures néanmoins mises en œuvre, à titre exceptionnel, doivent être tracées rigoureusement dans un registre *ad hoc*, analysées par les soignants et présentées aux instances de l'établissement. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de telles décisions et de leur renouvellement et disposer d'une voie de recours, quel que soit le statut d'hospitalisation du mineur, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Dans l'optique du dépôt de dossier pour les nouvelles autorisations, l'établissement s'organise afin de répondre à ces exigences ».

Le médecin généraliste se déplace rapidement dès qu'il est appelé auprès d'un patient placé en CI et passe systématiquement chaque jour. Un protocole de prévention des complications thrombo-emboliques est prévu et appliqué. Une évaluation psychiatrique est conduite chaque jour pour les patients en isolement strict. Y compris pendant cette période, sauf consignes médicales, les patients peuvent fumer et des substituts nicotiques leurs sont proposés.

Les soignants assurent une surveillance horaire, voire plus fréquente, des patients isolés, tracée dans le DPI.

Le pyjama institutionnel n'est jamais imposé en CI, son port est fonction de l'état clinique du patient, notamment de son risque suicidaire. Ses proches peuvent être prévenus du placement en isolement mais seulement si l'intéressé en accepte le principe. Leur visite n'est en revanche

⁷⁶ OPP : ordonnance provisoire de placement.

pas possible, sauf exception ou par principe au CARDO. Dans certaines unités (Toria, Tonnelles, CARDO), le patient isolé peut être autorisé à disposer de lecture.

Un agent de sécurité est intervenu dans la pose de contention, et l'analyse d'une FEI afférente de 2022 (cf. § 2.4.1) a rappelé aux soignants que ce ne pouvait être le cas.

RECOMMANDATION 40

Les agents de sécurité ne doivent pas intervenir physiquement lors de l'accompagnement des patients en isolement ni lors de la mise sous contention.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme : « La fiche de poste de ces personnels ne prévoit pas ces interventions au sein de l'établissement ».

La sortie de la CI est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, heures de sortie dans l'unité) avant la sortie définitive. Ces sorties séquentielles sont cependant, pour certains patients qui en bénéficiaient au moment du contrôle, prolongées sur plusieurs jours.

Le débriefing après une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, n'est pas systématique par les médecins.

RECOMMANDATION 41

Le débriefing des patients isolés par les médecins après une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, doit être systématique.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « Cette décision médicale sera effective par le biais d'un entretien systématique avec le patient et tracée dans le dossier patient ».

6.3 LE REGISTRE EST CONVENABLEMENT RENSEIGNE MAIS INSUFFISAMMENT ANALYSE AU SEIN DES UNITES ET LE NOMBRE DE PATIENTS CONCERNES PAR UNE MESURE EST EN HAUSSE

Les pratiques d'isolement et de contention sont toutes tracées, en CI comme en espace non dédié, sauf lorsque lesdites chambres sont utilisées comme chambre hôtelière le jour et en CI séquentielle de nuit à l'EPSMF-C.

RECOMMANDATION 42

Toutes les mesures d'isolement doivent être tracées.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le circuit d'informations mis en place dans l'établissement en application de la réglementation comporte les étapes suivantes : premier certificat médical d'hospitalisation suivie selon les cas, d'un deuxième certificat médical spécifique pour l'isolement du patient ou d'un certificat médical spécifique pour la contention. Dans tous les cas ces certificats sont enregistrés dans le logiciel Cariatides et inscrit dans les registres de la loi. De ce fait toutes les mesures d'isolement et/ou de contention sont tracées dans le DPI. Des procédures sont écrites et consultables par tous les professionnels de l'établissement sur ENNOV (procédure 155.430). Lorsqu'une mesure d'isolement et/ou contention doit être renouvelée, le patient est informé ainsi qu'un membre de sa famille, le tout étant tracé dans le DPI Cariatides. Lorsque le JLD est saisi, la saisine est enregistrée dans le DPI après recueil des volontés du patient en

lien avec la procédure isolement/contention (procédure 155.442) et le récapitulatif des décisions médicales est renseigné (procédure 155.3439) ».

Ainsi, si des extractions ont pu être réalisées pour le rapport annuel isolement et contention, le registre n'est, à ce stade, pas exploité en continu comme un outil de d'évaluation et de réflexion partagé concernant les pratiques, au niveau des unités comme de l'établissement en général. Il devrait faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire régulier au sein de chaque unité⁷⁷.

RECOMMANDATION 43

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière visant la réduction du recours à ces pratiques.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, évoque qu'« une rencontre des équipes des différents secteurs de façon infra-annuelle pour évoquer ces questions et les formations qui permettraient d'améliorer les pratiques est d'ores et déjà prévue avec les équipes de la qualité et de la direction des relations avec les usagers ».

Pour autant, la compilation des données des rapports annuels 2021 et 2022 permet d'obtenir pour la période portant de 2019 à 2022, unité par unité, l'évolution chiffrée du nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure. Toutefois, en l'absence de mention de la file active annuelle par unités, le calcul et la comparaison des taux d'isolement et de contention par unité sont impossibles.

Tableau : Evolution du nombre global et par unité de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de SSC

	2019	2020	2021	2022
Evolution du nb de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de SSC	156	185	141	163
CARDO	28	27	26	31
Tonnelle	43	48	39	40
Parenthèse	34	25	30	42
Boréale	33	43	23	37
Toria et ex G5	16	23	25	17

En 2021, le pourcentage de patients en SSC ayant fait l'objet d'au moins une mesure est de 35,08 %. Si ce pourcentage est de 21,78 % en 2022, le tableau ci-dessus indique que le nombre de patients concernés par une mesure, globalement stable sur la période 2019-2020, a augmenté entre 2021 et 2022 pour les mesures d'isolement et de contention. Le rapport annuel 2022 mentionne par ailleurs que si le nombre de mesures d'isolement est en baisse significative (553 en 2022 contre 941 en 2021) celui du nombre de contention augmente entre ces deux années.

⁷⁷ Le médecin du département d'information médicale (DIM) présente lors de chaque réunion de la CME un bilan semestriel relatif à l'isolement et à la contention ainsi qu'il ressort des comptes-rendus des mois de juin et septembre 2021 de cette instance.

De nombreux soignants ont bénéficié d'une formation OMEGA et de formations relatives aux droits des patients hospitalisés en SSC (cf. § 3.3) et une campagne de sensibilisation unique a concerné une centaine d'agents au mois de mai 2022. Mais la seule évaluation des pratiques professionnelles (EPP) développée sur le sujet n'est plus active depuis le mois de décembre 2021 et lors de la visite, les alternatives à l'isolement et l'utilisation d'outils facilitant la désescalade, hormis l'approche verbale, sont rares.

En effet, seule Boréale dispose d'une chambre d'apaisement mais aucun outil permettant de mesurer son utilisation et de quantifier son impact sur le nombre et la durée des mesures d'isolement et de contention n'était instauré. L'espace d'apaisement de Toria était en cours d'aménagement (la livraison de son équipement attendue) et un sac de frappe installé dans la salle de sport, ouverte au patient uniquement en présence d'un soignant.

Au sein des pôles, il n'existait pas de plan de crise permettant le repérage de signes avant-coureurs.

RECOMMANDATION 44

Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement. Un outil d'évaluation doit être mis en place pour quantifier leur impact sur le nombre et la durée des mesures d'isolement et de contention.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Cette question sera également étudiée dans le cadre de la rencontre infra-annuelle pour le registre d'isolement contention ».

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP, QUI A INTERROMPU SES VISITES LORS DE LA PANDEMIE DE COVID-19, NE SE REND TOUJOURS PAS DANS L'ETABLISSEMENT

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est incomplète, en l'absence de médecin généraliste. La CDSP n'a pas effectué de contrôle dans les sites de l'EPSMF depuis le mois de juillet 2021. L'information a été indiquée aux contrôleurs que : « *Les visites vont reprendre à compter du mois de septembre 2023. La CDSP a vérifié à distance et sur dossier la situation des personnes hospitalisées en SSC sans effectuer de visite en 2022 et n'a pas jugé utile de saisir le JLD pour une levée de mesure.* »

RECOMMANDATION 45

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer ses missions conformément aux dispositions légales, assurant notamment la visite annuelle de l'établissement.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La visite-par la commission départementale des soins psychiatriques des unités dans lesquelles les patients peuvent être pris en charge dans des conditions d'isolement et de contention de l'établissement a eu lieu aux dates suivantes : le 2 octobre les unités JB Pussin, CNO et CARDO à Cappelle-la-Grande dans la matinée et la Tonnelle à Dunkerque dans l'après-midi. Le 13 octobre cette visite a concerné les USN à Armentières. Nous sommes à présent en attente de leur rapport* ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, précise : « *La CDSP n'a pas pu siéger en 2022, faute de quorum. En revanche, la CDSP a bien réalisé ses visites sur le site de l'EPSM des Flandres en 2023, entre le 26 septembre et le 13 octobre* ».

Lors de ses dernières visites à l'EPSMF et malgré l'affichage de son passage dans les unités, aucun patient ne l'a sollicitée. Le livret d'accueil de l'établissement, qui mentionne la possibilité de saisir la CDSP par courrier, ne précise pas la possibilité pour les patients d'être entendus par celle-ci lors de ses visites.

La commission des usagers (CDU) se réunit quatre fois par an et indique être bien associée à la vie de l'établissement. Elle exerce effectivement ses missions : l'examen des plaintes, réclamations, et des EIG, l'émission d'un avis concernant le rapport annuel relatif aux pratiques d'isolement et de contention. La possibilité de saisir la CDU est mentionnée dans le livret d'accueil et ses membres se déplacent dans les unités. Elle soutient le projet de recrutement de pairs aidants au sein de l'EPSMF.

7.2 LA BONNE TENUE DU REGISTRE DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

L'EPSMF dispose de six registres papier distincts :

- deux à l'EPSM-B pour les documents relatifs aux patients d'Armentières admis en SDRE, d'une part, et ceux admis en SPDT, SPDTU et SPI, d'autre part ;

- deux à l'EPSM-C (situés au secrétariat de l'une des unités nommée « nombre d'or ») pour les documents relatifs aux patients, dont ceux du CARDO⁷⁸, admis en SDRE d'une part et, d'autre part, ceux admis en SPDT, SPDTU et SPI au sein des mêmes unités ;
- deux à Dunkerque pour les documents relatifs aux patients de La Tonnelle admis en SDRE, d'une part, et ceux admis en SPDT, SPDTU et SPI, d'autre part.

Les livres de la loi sont très bien tenus ; renseignés avec soins par les secrétariats de La Tonnelle, de l'EPSM-C et par le service des SSC de l'EPSM-B, ils comportent les mentions prévues par le code de la santé publique (art L. 3112-11). Néanmoins, le livre de la loi de l'EPSM-C n'est pas renseigné dans le délai de 24 heures prévu par la législation⁷⁹ pour la personne placée en SSC au CARDO. De plus, l'existence de ces trois lieux oblige à des redites. Ainsi, un patient placé en SSC au CARDO apparaîtra dans le registre de la loi de l'EPSM-C, puis sa situation sera entièrement reprise sur le nouveau site s'il est transféré. Il semblerait plus judicieux qu'il y ait un seul livre de la loi, situé dans un seul site (à l'EPSM-B par exemple), dans lequel seraient retranscrites les mentions légalement prévues concernant toutes les personnes hospitalisées en SSC dans l'établissement, permettant une lisibilité et une harmonisation de sa tenue.

RECOMMANDATION 46

Les éléments relatifs à la personne placée en soins sans consentement doivent être renseignés dans un registre unique, afin d'en faciliter la tenue et la lisibilité pour les organismes chargés de son contrôle.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Tous les éléments évoqués sont aujourd'hui présents dans le logiciel Cariatides, DPI de l'établissement qui doit prochainement être remplacé dans le cadre du GHT* ».

Les livres de la loi ont tous été ouverts par le maire et sont visés régulièrement par les magistrats en charge du contrôle des SSC.

7.3 LES AUDIENCES DU JLD SE TIENNENT AU TRIBUNAL, ELOIGNE, OU UN QUART DES PATIENTS NE SONT PAS PRESENTES

7.3.1 Le contrôle des mesures d'hospitalisation

a) L'organisation de l'audience

L'audience se tient deux fois par semaine, le mardi et le jeudi matin, au TJ de Dunkerque. La situation des patients hospitalisés en SSC dans l'ensemble des unités de l'EPSMF est examinée. Aucune convention n'existe entre le TJ, l'établissement et l'ARS pour l'organisation de l'audience et l'accompagnement des patients. Le site de l'EPSM-A, situé à soixante kilomètres est le plus

⁷⁸ Le CARDO est un centre d'accueil de régulation et d'orientation. Chaque fois que le CARDO place quelqu'un en SSC, une page blanche est conservée dans le livre de la loi de l'EPSM-C afin d'y coller la décision de placement en SSC et les certificats médicaux dans le bon ordre en respectant les dates de placement.

⁷⁹ Article L3212-11 du code de la santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; la date de l'admission en soins psychiatriques (...).

éloigné du TJ. Le JLD en charge de l'audience indique qu'il ne se déplace pas dans les sites de l'EPSMF, au motif de l'absence de locaux susceptibles d'accueillir une salle d'audience. Un taux anormalement élevé et croissant de non-présentation des patients au JLD pour le contrôle légal de leurs mesures de SSC a été constaté (13,4 % en 2022 et 26,4 % en 2023). L'aménagement d'une salle d'audience sur le site de l'EPSM-A éviterait aux patients de devoir parcourir deux fois soixante kilomètres (pour l'aller et le retour) et serait également susceptible d'améliorer le taux de présentation des patients concernés.

RECOMMANDATION 47

Une convention doit être signée entre le tribunal judiciaire, l'agence régionale de santé et l'établissement pour l'organisation des audiences du JLD au sein de l'hôpital, facilitant ainsi l'accès au juge dans des conditions adaptées pour les patients.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Une réunion est prévue au premier trimestre 2024 à Bailleul en présence du JLD, du bâtonnier, des cadres responsables des soins sans consentement au sein de l'agence régionale de santé et des chefs de pôle au cours de laquelle cette question sera entre autres évoquée ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, précise : « Des réflexions ont été engagées en ce sens à l'initiative de l'ARS. Cependant, le JLD refuse de se déplacer. Les raisons invoquées sont le manque de temps et de moyens ».

b) Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté aux audiences des 4 et 6 juillet. Trois patients étaient inscrits au rôle pour chacune des dates mais un patient seulement fut présenté chaque fois (un patient prévu à l'audience du 6 juillet était en fugue).

Les patients sont systématiquement accompagnés par un IDE afin de les rassurer. La directrice des usagers ou une de ses collaboratrices est présente et apporte des précisions en cas de besoin. La salle d'audience du TJ de Dunkerque permet de recevoir du public, notamment les proches, les tuteurs ou les curateurs, qui toutefois se déplacent rarement.

RECOMMANDATION 48

Les tuteurs et les curateurs doivent être régulièrement présents aux audiences devant le juge des libertés et de la détention, où ils y sont convoqués.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Les tuteurs et curateurs sont invités à participer aux audiences concernant les patients dont ils ont la charge. Quand ils sont présents, ils sont entendus par le juge des libertés et de la détention ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, signale : « Pour les patients pris en charge en SDRE, l'agence prévient le JLD que le patient est sous tutelle ou curatelle et fournit les informations nécessaires permettant leur convocation ».

La JLD, la greffière et l'avocate portaient toutes trois la robe. Les patients portaient leurs effets personnels, aucun n'est conduit à l'audience en pyjama. Les avocats interviennent

essentiellement au titre de la permanence⁸⁰. Les patients bénéficient systématiquement de l'aide juridictionnelle.

L'unité Tonnelle dispose d'une note de novembre 2011 relative à la représentation par avocat dans le cadre de la saisine obligatoire du JLD, toujours affichée, indiquant que si le psychiatre décide que le patient ne peut se rendre au tribunal, ce dernier devra obligatoirement être représenté par un avocat. Dans ce cas l'avocat commis d'office sera rémunéré par le ministère de la Justice, à l'instar d'un avocat choisi par le patient. Elle précise qu'*a contrario*, lorsque le médecin décide que le patient peut se rendre au tribunal, cette personne peut également refuser de s'y rendre et choisir ou non d'être représentée par un avocat (choisi ou commis d'office). Dans ce cadre, l'avocat sera rémunéré par le patient qui pourra bénéficier de l'aide juridictionnelle en fonction de ses ressources. Cette note est obsolète, les patients bénéficient systématiquement de l'aide juridictionnelle dans les procédures judiciaires de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

RECOMMANDATION 49

L'unité Tonnelle doit retirer de son affichage la note du mois de novembre 2011, relative à « *la représentation par avocat dans le cadre de la saisine obligatoire du JLD* » dont les indications, notamment celles concernant l'aide juridictionnelle, sont obsolètes.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les tuteurs et curateurs sont invités à participer aux audiences concernant les patients dont ils ont la charge. Quand ils sont présents, ils sont entendus par le juge des libertés et de la détention ».

Les patients présents ont été reçus par l'avocate dans un bureau contigu à la salle d'audience et préservant la confidentialité de l'entretien. Les avocats ne se rendent pratiquement jamais à l'EPSMF pour rencontrer les patients avant l'audience.

L'ensemble des documents relatifs aux SSC sont transmis au greffier du JLD par le service des SSC de l'EPSM-B.

La magistrate fait œuvre de pédagogie, explique clairement son rôle et prend le temps d'écouter le patient puis la plaidoirie de l'avocat. La JLD demande ensuite à chacun de sortir et rédige son jugement qu'elle énonce et explique et que la greffière notifie.

BONNE PRATIQUE 2

La notification immédiate de sa décision par le juge des libertés et de la détention permet au patient de recevoir des explications et une information adaptées concernant les voies de recours, qui contribuent à prévenir une éventuelle anxiété provoquée par l'attente.

c) Les décisions rendues

En 2022, le JLD a rendu 201 décisions de maintien (96 %) et 9 de mainlevée (4 %). Le JLD indique que les mainlevées sont souvent dues à des certificats médicaux peu motivés. 74 décisions de maintien et 9 de mainlevée ont été rendues entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 mai 2023.

⁸⁰ Aucune formation spécifique concernant les SSC n'existait lors de la visite, mais la présidente du TJ et la JLD ont le projet d'en mettre une en place.

Les appels devant la cour d'appel de Douai sont exceptionnels. Aucun patient n'a fait appel en 2022 et un seul pendant les cinq premiers mois de l'année 2023. La cour d'appel a rendu une décision de maintien.

7.3.2 Le contrôle des décisions d'isolement et de contention

A la suite du décret du 23 mars 2022, modifiant la procédure applicable devant le JLD en matière d'isolement et de contention dans le cadre de SSC, l'établissement, après plusieurs échanges avec le JLD, s'est organisé pour saisir le JLD de toutes les mesures avant 72 heures d'isolement et avant 48 heures de contention.

Le service des SSC est chargé de cette saisine lorsque le délai d'isolement ou de contention prévu par la loi est atteint, entre 9h00 et 18h00 du lundi au vendredi. En dehors de ces horaires, les IDE du CARDO qui ont été spécifiquement formées, prennent le relais pour saisir le JLD, concernant toutes les CI de l'établissement.

Le JLD contrôle les mesures d'isolement et de contention sauf celles décidées pour un patient mineur pour lesquelles, informé, il se déclare incompétent.

RECOMMANDATION 50

Les mineurs ne sauraient bénéficier de moins de droits que les patients majeurs. En conséquence, toute décision d'isolement et de contention les concernant, quel qu'en soit le fondement, doit être soumise au contrôle du juge.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, formule sans répondre au constat : « Les droits des patients en psychiatrie sont respectés par l'établissement quel que soit leur âge ».

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES PAR DES EQUIPES MEDICALES CONFRONTEES A LA PENURIE ET A L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

8.1.1 L'organisation des soins

Les projets médicaux des pôles sont connus des soignants. Des réunions régulières sont tenues entre les médecins et les soignants. Le pôle G02-G04, récemment formé, tient un staff⁸¹ quotidien le matin en semaine, afin d'élaborer ce regroupement et les orientations soignantes à retenir. Des réunions hebdomadaires de synthèse en équipe pluriprofessionnelle, pour l'abord des projets de soins des patients, ou la situation d'un en particulier, sont tenues dans toutes les unités.

Les psychiatres sont présents tous les jours en semaine dans les unités et les patients sont reçus en entretien hebdomadaire avec un IDE, de façon adaptée à leur état clinique. Le choix du psychiatre par le patient a été évoqué comme envisageable mais peu réalisable en pratique, au motif de la pénurie médicale. Un des chefs de pôle a, dans le cadre de cette pénurie, confié le burn-out de son équipe médicale : « *nos activités sont morcelées au sein de la même demi-journée, nous mangeons souvent un sandwich pour tout déjeuner dans la voiture entre deux sites, nous n'avons ni réduit l'activité ni fermé de structure, nos comptes épargne-temps sont remplis en raison des difficultés à poser des congés qui ne dépassent pas quinze jours l'été, le burn-out est là, on ne se traite pas et il nous arrive de ramasser des collègues à la petite cuillère* ».

RECOMMANDATION 51

L'organisation de l'offre de soins de l'établissement doit prévenir et tenir compte de l'épuisement professionnel des équipes médicales, notamment dans le contexte de la pénurie marquée dont ils font l'objet.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les fermetures de lits de cet été, ont été mise en place entre autres, pour tenir compte de la charge de travail avec un effectif tendu ».

Les patients hospitalisés ont accès à des entretiens avec un psychologue lorsqu'ils sont indiqués. Les patients bénéficient de permissions de sortie de courte durée, desquelles les tiers sont informés à Toria, parfois à Tonnelle, mais pas dans les autres unités. Les objectifs associent principalement la restauration de l'autonomie, le maintien des liens familiaux, et la participation à des activités thérapeutiques extérieures.

⁸¹ Avec la participation d'un IDE de chaque structure et de chaque EM, d'un des cinq IDE parmi les infirmiers coordinateurs du parcours des patients (ICPP), d'un psychologue, des ASS.

RECOMMANDATION 52

Le tiers signataire d'une demande d'hospitalisation doit être informé des autorisations de sorties de courte durée de 12h et 48h dont bénéficie le patient concerné.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « L'équipe de la direction des relations avec les usagers adresse cette information aux tiers est prévue dans le logiciel Cariatides ».

L'opposition préfectorale aux sorties des patients hospitalisés en SPDRE et l'exigence d'une progressivité dans leur mise en œuvre ont été rapportées dans les unités. La première sortie sera refusée pendant le délai d'observation de 72h. Passé ce délai, elle sera systématiquement refusée sauf à être de 12h et accompagnée.

RECOMMANDATION 53

Les patients hospitalisés en soins sans consentement ne doivent pas se voir refuser, pour des raisons sécuritaires, les autorisations de sorties de courte durée, dûment justifiées par un certificat médical, dont ils peuvent bénéficier.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les patients en soins sans consentement qui ne sont pas admis par suite des demandes du représentant de l'Etat (SDRE) bénéficient d'autorisations de sortie courtes (12h/48h) ainsi qu'indiqué dans les certificats médicaux circonstanciés. Pour les patients SDRE, les demandes d'autorisation de sortie sont adressées à l'ARS à l'appui des certificats médicaux mais n'obtiennent pas tous une réponse favorable ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, précise : « Pour chaque demande, l'agence prépare le dossier et le transmet au préfet qui peut les accepter, ou les refuser, à la condition de motiver son refus ».

Des réunions soignants-soignés sont diversement tenues selon les unités, hebdomadaires à La Tonnelle le dimanche au moment du goûter (concernant les activités qu'ils veulent voir mettre en place et les difficultés de la semaine qui s'est écoulée), bimensuelles à Parenthèse en présence des IDE et des psychiatres, non-mises en œuvre à Boréal et à Toria.

RECOMMANDATION 54

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues dans toutes les unités.

L'accès à la réhabilitation psychosociale est hétérogène entre les pôles et globalement insuffisant. La plateforme spécifique du pôle G05-G06 (qui associe l'équithérapie, l'atelier bois, l'activité pétanque et des lieux réservés à des échanges conviviaux) située à l'EPSMF-B fonctionne toujours mais les patients hospitalisés comme suivis en ambulatoire y sont beaucoup moins orientés depuis la délocalisation des unités. L'équipe ne compte pas de neuropsychologue, une procédure de recrutement est en cours. Le pôle G02-G04 présente l'amplification et l'harmonisation de la réhabilitation psychosociale dans ses projets à mettre en œuvre dans le cadre du regroupement de pôle, G04 étant référent pour la mise en œuvre d'un dispositif conforme au modèle lyonnais⁸² et disposant de places en appartement thérapeutique, et G02

⁸² Modèle développé par le Pr Nicolas Franck, au CH du Vinatier à Lyon.

d'une équipe mobile spécifique. Le pôle G01-G03 a fait mention de sorties accompagnées pour la rencontre de possibles structures d'aval.

RECOMMANDATION 55

Les patients des trois pôles faisant l'objet d'une indication de réhabilitation psychosociale doivent avoir un accès équivalent à ces prises en charge spécifiques.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, évoque : « *Les projets de pôles développent la notion de réhabilitation psycho sociale à l'aide notamment d'équipes mobiles. Des dispositifs d'accompagnement se mettent en place de façon spécifique dans chacun d'eux* ».

Des patients hospitalisés au long cours dans les unités sans solution de sortie⁸³, au motif d'un état clinique restant incompatible avec leur accueil et de l'insuffisance du nombre des structures médicosociales pour ce faire, ont été signalés. L'unité Boréale hébergeait majoritairement des patients de gérontopsychiatrie, en lien avec l'une des orientations du pôle, et les EHPAD constituaient l'orientation principale en attente.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les unités disposent d'équipements qui permettent aux patients de pratiquer des activités occupationnelles (une salle de télévision, une radio, une bibliothèque, des jeux de société). L'accès à Internet se fait par le truchement du Wifi-patient pour les téléphones portables et les ordinateurs personnels dont disposent certains patients. Les autres patients doivent solliciter la mise à disposition d'un ordinateur aux soignants ou à l'ASS. Ce type de demande a été décrit comme exceptionnel. Les patients sont parfois sollicités par les soignants pour participer aux activités occupationnelles, préférentiellement le week-end au motif de leur disponibilité. Certains patients de Tonnelle ont signalé un sentiment d'ennui. Les activités accessibles dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée du CARDO sont uniquement occupationnelles.

L'accès des patients aux activités thérapeutiques est hétérogène entre les pôles mais leurs pratiques font partie des projets de soins. Ceux de La Tonnelle qui s'inscrivent aux activités bénéficient de l'intervention d'un ergothérapeute, d'un art-thérapeute et d'un IDE formé au sport adapté (une salle de sport est accessible tous les matins de la semaine, pendant 1h15). En revanche, la participation limitée à deux ou trois patients par activité, alors qu'ils sont vingt-neuf dans l'unité, restreint notablement l'accès.

Les patients de Boréale ont accès au plateau du site de Cappelle-la-Grande. Sont proposés en intérieur la balnéothérapie, la luminothérapie, une salle Snoezelen, des activités d'arts plastiques, une salle de sport avec l'intervention d'un coach sportif, des ateliers (estime de soi, photolangage, réalisation de crêpes) ; et, en extérieur, l'équithérapie, la médiation animale, la marche active, et les sorties au marché. Le programme est affiché en salle de télévision, les activités sont accessibles sur inscription, et les patients sont sollicités. Les personnes âgées ou se déplaçant en fauteuil roulant (la moitié de l'effectif patient lors de la visite) ne participaient pas. Les patients de Parenthèse bénéficient d'activités et d'ateliers sur le site de l'EPSMF-C (estime de soi, remise en forme, badminton, créativité manuelle, balnéothérapie, pétanque, marche,

⁸³ Sont concernés à Toria, deux patients hospitalisés depuis 456 jours, un depuis 414 jours et un depuis 354 jours ; à Boréal trois patients dont un depuis quinze ans, un depuis un an et un depuis six mois ; à La Tonnelle dix patients ;

sport adapté dans une salle spécifique, cuisine, relaxation, pilates, chant/chorale, yoga, potager, « gym des neurones », gestion des émotions ; 12 à 200 par activité participant annuellement) et à l'extérieur (sorties pour effectuer des achats ou une randonnée, se rendre au musée, au planétarium, à la piscine, au cirque, aux ateliers de médiation animale ou d'équithérapie).

Les activités thérapeutiques mises en œuvre à Toria ont été suspendues depuis la délocalisation de l'unité, à l'exception de l'atelier mensuel « peinture et dessin ». Aucun ergothérapeute ni aucun psychomotricien n'intervient. Les patients ont accès à la salle de sport, équipée d'une radio/lecteur CD pour son utilisation pendant les séances de sport (1h les lundis avec un IDE formé) et de relaxation (trois-quarts d'heure les mardis avec une IDE). Deux sorties hebdomadaires avec trois patients ont été maintenues, l'une à Bailleul, l'autre au marché d'Armentières. Une sortie « plage » a été organisée lors de la visite. L'ensemble de l'équipe a rapporté la source de tension que constitue l'insuffisance des activités proposées et sa conjugaison à la fermeture du jardin (à l'exception des quinze minutes d'ouverture toutes les quatre-vingt-dix minutes).

Des repas thérapeutiques sont rarement organisés à La Tonnelle (repas de Noël, barbecue de l'été), plus régulièrement à Parenthèse mais aucun à Boréale et à Toria.

RECOMMANDATION 56

Les patients hospitalisés doivent avoir dans les trois pôles un accès équivalent à des activités thérapeutiques diversifiées.

8.2 LES PATIENTS N'ONT PAS UN ACCES EQUIVALENT AUX SOINS SOMATIQUES

Les patients ont un accès hétérogène aux soins somatiques, en raison des différentes modalités de la présence des généralistes selon les unités. Celui de Toria, présent à temps plein, examine les patients à l'admission, et la prise en charge des urgences somatiques n'y pose aucune difficulté, y compris de nuit et le week-end et les jours fériés. Les patients de La Tonnelle bénéficient de l'intervention de généralistes libéraux, dont la présence prévue dans l'unité pour des demi-journées se résume souvent à de brefs passages à l'issue des consultations dans leurs cabinets, et l'absence de suivis adaptés a été rapportée. Deux généralistes⁸⁴ assurent chacun à mi-temps une présence quotidienne en semaine à Boréale mais vont prochainement partir à la retraite. Le généraliste n'intervient à Parenthèse qu'à hauteur de 0,3 ETP. L'interne de garde positionné au CARDO est sollicité le week-end et les jours fériés vers les unités de Dunkerque et de Cappelle-la-Grande.

RECOMMANDATION 57

Les patients hospitalisés des trois pôles doivent avoir un accès équivalent à des soins somatiques quotidiens, dont l'organisation permet les diagnostics, les traitements et les suivis.

Les généralistes assurent l'examen des patients isolés et contenus dans toutes les unités.

⁸⁴ Agés de 72 ans.

La prise en charge des urgences implique l'intervention des généralistes en journée, de l'interne pendant la garde, et l'appel du SMUR⁸⁵ en cas de besoin

L'accès aux consultations de spécialité est organisé au CH d'Armentières pour l'EPSM-A et au CHD pour les sites de l'EPSMF-C et D, aucun spécialiste ne se déplaçant. Les bilans sanguins nécessaires sont réalisés et analysés au laboratoire du CH d'Armentières pour l'EPSM-A et du CHD pour les sites de l'EPSM-C et D. L'organisation théorique est la même pour la réalisation des examens complémentaires radiologiques (radio, scanner, IRM). Des réticences au CHD, voire des blocages de l'obtention des rendez-vous avec les spécialistes et pour les examens complémentaires pour les patients de l'EPSM ont été signalés. Cette situation impliquerait l'adresse des patients vers les urgences, l'appel du SMUR, ou le recours à la plateforme de prise de rendez-vous libéraux Doctolib.

Les patients hospitalisés en SSC nécessitant une hospitalisation dans un service de soins somatiques spécialisés sont accompagnés par des IDE, qui se relaient sur place le temps de la prise en charge.

Concernant les soins addictologiques, aucun addictologue n'intervient à Tonnelle (où les éventuels traitements substitutifs sont simplement poursuivis), à Boréal, ni à Toria, les psychiatres y assurant ces soins particuliers. Lors de la sortie, une orientation vers le CSAPA peut être mise en œuvre pour les patients concernés.

Aucune action d'éducation thérapeutique n'est mise en œuvre dans les pôles.

RECOMMANDATION 58

Les patients des trois pôles doivent avoir accès à des séances régulières d'éducation thérapeutique animées par des intervenants spécifiquement formés.

8.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST ORGANISEE ET PROGRESSIVE

8.3.1 Les sorties de courte durée

La prise en charge des patients hospitalisés en SDDE est orientée, dès que leur état est stabilisé, vers la réinsertion sociale. Les sorties sont ainsi facilement accordées avec pour objectif le maintien des liens familiaux, les démarches extérieures à caractère médico-social afin de préparer la levée de la mesure ou le passage en programme de soins (PDS). La famille n'est pas systématiquement avisée des sorties pour effectuer des activités extérieures à l'unité ou des achats.

Les certificats médicaux prévoyant une sortie pour les patients hospitalisés en SDRE sont contrôlés par le bureau des SSC s'agissant de la durée et des motifs puis adressés à l'ARS, avant leur transmission au préfet.

Le préfet s'oppose systématiquement aux premières sorties de 48 heures des SDRE, qui sont accordées après plusieurs sorties de moins de 12 heures (cf. 8.1.1).

⁸⁵ Structure mobile d'urgence et de réanimation.

L'analyse des données relatives aux autorisations de sorties de courtes durées de moins de 12 heures, répertoriées entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2023⁸⁶ dans l'ensemble des unités, fournies aux contrôleurs fait état de :

- 150 sorties pour les patients hospitalisés en SDDE ;
- 50 pour les patients en SDRE ;
- 72 pour des patients admis dans le cadre de l'irresponsabilité pénale.

S'agissant des autorisations de sorties de moins de 48 heures, l'analyse des données révèlent pour la même période :

- 111 autorisations pour les patients hospitalisés en SDDE ;
- 34 pour les patients en SDRE ;
- 2 pour des patients admis dans le cadre de l'irresponsabilité pénale.

8.3.2 Les programmes de soins

Les PDS respectent globalement le principe d'une mise en œuvre ambulatoire. Ils prévoient, outre des traitements et des rendez-vous infirmiers réguliers, des suivis en CMP avec quelques très rares hospitalisations séquentielles, hormis pour la situation citée *infra*.

Huit patients dont une mineure en SDRE étaient concernés par un PDS lors de la visite. L'un d'entre eux est toutefois hospitalisé pendant de longues périodes, contrairement aux dispositions de la loi, qui implique la nature d'alternative à l'hospitalisation des PDS.

8.3.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé, convoqué par le directeur, se réunit dans le respect des délais légaux et du quorum requis.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un médecin extérieur au suivi du patient et d'un IDE de l'unité ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients faisant l'objet d'un PDS que pour ceux, très peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an. Le patient est convoqué.

8.3.4 Les solutions de prise en charge en aval

Un travail conséquent est effectué dans toutes les unités pour préparer la sortie du patient, impliquant la participation des équipes mobiles des soignants des structures extra hospitalières et des proches. Les solutions d'hébergement accessibles à la sortie sont peu nombreuses. Les EHPAD, pourtant au nombre de dix dans le département, refusent largement la prise en charge de patients de psychiatrie. *A contrario*, la sollicitation par ces structures de prises en charge hospitalières pour des personnes âgées dont l'état clinique ne relève pas formellement de la psychiatrie, a été rapportée aux contrôleurs. C'était le cas dans l'unité Boréale qui accueillait des patients âgés admis à partir d'un EHPAD.

Les patients sortants peuvent être éventuellement dirigés vers des appartements thérapeutiques ou associatifs à visée thérapeutique, accessibles dans le cadre d'une convention signée entre l'EPSMF et l'association « Promouvoir », créée en 1996 et qui gère ces appartements. Les places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en maison d'accueil spécialisée (MAS) sont peu

⁸⁶ Certaines des autorisations concernant les mêmes patients.

nombreuses et les patients de psychiatrie pris en charge en hospitalisation complète ne bénéficient d'aucune priorité d'accès dans ces structures médico-sociales, pourtant dépendantes de l'EPSM.

L'insuffisance de places dans les structures médico-sociales ainsi que le manque de logements et de structures adaptées constituent donc un frein majeur à la sortie des patients âgés ou très précarisés et sans famille.

Les tuteurs, régulièrement invités aux réunions de synthèse de préparation de la sortie et aux visites de préadmission dans les structures, sont rarement présents.

De très longs délais pour l'obtention d'un rendez-vous de consultation au CMP ont été rapportés (pour exemple, au CMP Arlequin du G03, de 25 jours avec un IDE, cinq mois avec un psychologue ou un psychiatre, 20 % d'entre eux n'étant pas honorés).

RECOMMANDATION 59

La durée d'hospitalisation des patients, une fois stabilisés, ne doit pas s'allonger, au motif d'une insuffisance des structures d'accueil et d'hébergement sociales et médico-sociales. La longueur des délais de rendez-vous dans les centres médico-psychologiques ne doit pas s'apparenter à des ruptures de suivi.

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, propose une prévision : « *Le programme de renforcement de l'offre médico-sociale issu du dernier comité interministériel du handicap "50 000 solutions", devrait contribuer à l'amélioration des parcours en aidant les établissements sanitaires à réduire les durées d'hospitalisation* ».

8.4 LA MISE EN ŒUVRE DES OUTILS D'APPUI AU RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT EST TRES INSUFFISANTE

8.4.1 Les outils d'appui au recueil du consentement du patient

Le projet de soins individualisé est tracé dans le logiciel Cariatides, révisé régulièrement en réunion clinique de l'équipe pluriprofessionnelle⁸⁷, auxquelles le patient ne participe pas⁸⁸ mais dont il obtient une explication en entretien médical, sans rédaction d'un contrat. Les familles des patients sont associées aux prises en charge, dans le respect du consentement du patient. Des réunions de synthèse de projet sont diversement tenues, principalement concernant la préparation des projets de sortie, avec une participation des soignants des CMP et des équipes mobiles.

Les soignants connaissent l'existence de la « personne de confiance » (PC) mais certains la confondent avec la « personne à prévenir ». Le rôle de la PC est diversement connu selon les unités. Le patient est toutefois sollicité pour sa désignation lors de l'entretien d'accueil, et renseigne un formulaire spécifique. Mais la PC n'est pas toujours désignée, n'est pas contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et n'est systématiquement

⁸⁷ A l'exception du CARDO, où le patient est hospitalisé pendant une trop brève période.

⁸⁸ A l'exception de La Tonnelle, où le patient peut être présent.

associée au projet de soins. Lors de la visite, neuf PC avaient été désignées à Tonnelle, sept à Toria, et tous les patients de Boréal et Parenthèse en avaient désigné une sans y recourir.

RECOMMANDATION 60

Les soignants doivent tous connaître le rôle de la personne de confiance, qui doit être contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et son association au projet de soins du patient.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « Le recueil de la personne de confiance fait partie des éléments évoqués lors de l'hospitalisation. Les conditions d'accueil en urgence et les différents contextes cliniques, ne sont pas toujours favorables à l'enregistrement de ces données. Une attention doit être demandée aux équipes afin de renseigner ces éléments dès le démarrage de la prise en charge ou dans les jours qui suivent lorsque le patient est plus accessible. L'équipe de la direction qualité apportera son aide dans cette démarche afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels ».

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie ne sont pas mises en œuvre à l'EPSMF. Le personnel soignant et de direction n'était pas informé des études récentes démontrant leur efficacité, s'agissant de la diminution des hospitalisations à temps complet et des soins sous contrainte⁸⁹ et de celle des coûts de santé des patients concernés⁹⁰. Aucun médiateur de santé n'est formé ni recruté pour son intervention à l'EPSMF, malgré le bénéfice de leur intervention objectivement corrélé aux résultats des deux études précitées.

RECOMMANDATION 61

L'établissement doit mettre en œuvre le recrutement et la formation de médiateurs de santé pairs, et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement, et de la diminution du coût de la santé.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « La commission des usagers a mis en place des médiateurs non médicaux qui interviennent en réponse à des plaintes de patient et/ou de leur famille. Elle travaille de la même façon à la possibilité de mettre en place des pairs aidants selon différents modèles en lien avec les associations d'usagers ».

L'ARS, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « L'agence soutient le recrutement de médiateurs de santé pairs dans les établissements en finançant la formation et les frais de déplacement associés, ainsi que la première année de salaire en cas de recrutement d'un médiateur de santé pair. Par ailleurs, à compter de mi-2024, un programme de formation des équipes hospitalières à l'intégration des médiateurs de santé pairs sera également financé par l'ARS. En remarque complémentaire, je souhaiterais vous indiquer que, pour favoriser l'évolution vers de bonnes pratiques, l'ARS incite les

⁸⁹ Dr A. Tinland, « Efficacité des directives anticipées psychiatriques facilitées par un médiateur de santé-pair sur les hospitalisations sous contrainte pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, juin 2022.

⁹⁰ S. Loubière, « Les directives anticipées rédigées avec un pair-aidant sont coût-efficaces », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, avril 2023.

établissements à solliciter le programme "Quality Rights" porté par le centre collaborateur de l'OMS et financé dans le cadre du FIOP 2022. Ce programme consiste en une observation sur site par une équipe pluridisciplinaire, sur une démarche volontaire de l'établissement, afin d'élaborer un rapport d'étonnement relatif à l'organisation des soins à l'échelle d'une unité, d'un secteur ou d'un pôle, et de fournir les outils de soutien à l'évolution des pratiques ».

8.4.2 Le circuit du médicament

La PUI⁹¹ du GHT est située sur le site de l'EPSM-LM. Une antenne existe toujours à l'EPSM-B pour l'EPSM-F, l'affectation des professionnels n'a pas été modifiée à l'occasion de la délocalisation. Son effectif⁹² ne lui permet pas de répondre pleinement à ses missions (*cf. infra*). Aucun pharmacien ne participe aux réunions cliniques tenues dans les unités.

La dispensation des médicaments est nominative et hebdomadaire sans dotation, et les modifications ponctuelles sont distribuées par les coursiers dans les unités. Les IDE ou les cadres de santé viennent chercher les médicaments stupéfiants, qui sont entreposés dans une armoire sécurisée des bureaux des IDE. Les médicaments à risque sont identifiés dans des pochettes de plastique spécifiques. La PUI du site de l'EPSM-LM prépare les médicaments pour le site de l'EPSM-A et l'antenne de l'EPSM-F pour les sites de l'EPSM-B C et D. Aucun référent « pharmacie » n'est désigné dans les unités et les IDE sont tous sollicités pour répondre à cette fonction de connaissance de l'armoire à pharmacie. Un armoire sécurisée connectée est positionnée sur chacun des trois sites pour se procurer des médicaments dans le cadre d'un réassort urgent. Les traitements sont distribués par les IDE aux patients dans les salles de soins dans le respect de la confidentialité.

Aucun COMEDIMS⁹³ n'est tenu depuis plus d'un an, en raison de l'indisponibilité marquée des psychiatres qui ne peuvent plus se libérer pour y participer, alors qu'un a été tenu l'année dernière et trois les années précédentes.

RECOMMANDATION 62

Les séances du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles, non-tenues au motif de l'indisponibilité des psychiatres liée à leur pénurie, doivent l'être de nouveau.

Les pharmaciens, qui ont accès aux observations médicales et aux résultats des bilans biologiques, vérifient toutes les ordonnances et contactent les médecins par courriel ou téléphone en cas de besoin. Les prescriptions ont été décrites comme respectant les recommandations de bonnes pratiques. L'exigence de la précision du contexte clinique lors de l'indication de traitement « si besoin », notamment ceux utilisés sous forme injectable lors d'épisodes d'agitation aiguë, a permis l'amélioration des prescriptions.

⁹¹ PUI : pharmacie d'usage interne.

⁹² Effectif du site de l'EPSM-LM : 4 ETP de pharmacien (3 PH à temps plein dont une cheffe de service commune pour les deux sites à 0,8 ETP pour l'EPSM-LM et 0,2 ETP pour l'EPSM-F ; 1 attaché à 0,8 ; 1 assistant à temps partagé avec le CHU de Lille à 0,6) qui assurent une astreinte 24h/24 ; 7 ETP de préparateur ; 3 ETP de coursier magasinier ; 2 ETP de secrétaire ; Effectif de l'EPSM-F : 2 ETP de pharmacien (1 PH à temps plein, 1 à 0,8 et la cheffe de service à 0,2), et 5 ETP de préparateurs.

⁹³ COMEDIMS : comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

La conciliation médicamenteuse est assurée pour Toria et Mélusine par les externes de la PUI de l'EPSM-LM et concerne uniquement les traitements d'entrée. Elle est limitée au traitement d'entrée de quelques patients priorités selon des critères à la PUI de l'EPSM-F, en l'absence de temps suffisant de pharmacien et de préparateur pour ce faire. Des préparateurs ont commencé une formation à la conciliation, l'externe de pharmacie l'effectue lorsque le poste est choisi ; l'entretien de conciliation se déroule par téléphone avec les sites éloignés de l'EPSM-C et D.

La PUI de l'EPSM-LM et son antenne de l'EPSM-F n'assurent aucune séance d'éducation thérapeutique pour les patients de l'EPSM-F.

RECOMMANDATION 63

L'effectif de la pharmacie d'usage interne doit permettre aux patients de bénéficier d'une conciliation médicamenteuse et de séances d'éducation thérapeutique, effectuées par des agents spécifiquement formés, de façon équivalente entre les pôles.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Il n'y a aucun poste vacant à la pharmacie. Il y a 5 préparateurs en pharmacie affectés à la pharmacie. Un recrutement d'un 6^{ème} préparateur en pharmacie (création de poste) est en cours, le recrutement est prévu pour le 8 janvier ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'ETABLISSEMENT ACCUEILLE DES MINEURS DANS LES UNITES FERMEES POUR ADULTES

Le secteur 59I01 du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, composé géographiquement de villes de moyenne importance, est doté de quatre centres médicopsychologiques (CMP), de deux CMP spécifiques, d'un centre de jour, d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'une équipe de diagnostic de l'autisme et d'un centre d'entretiens familiaux. Le secteur 59I02, plus rural, ne comprend que trois centres médicopsychologiques et un centre psychothérapeutique de jour. Aucun de ces services ne se trouve sur l'emprise du centre hospitalier.

L'une des structures extrahospitalières – l'espace adolescents est – un lieu d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement psychothérapeutique. Il accueille en journée des adolescents hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHD. Une équipe pluridisciplinaire intervient conjointement avec l'équipe de pédiatrie et propose un travail en ateliers thérapeutiques, des entretiens individuels et familiaux. Une poursuite de soins peut s'envisager en CMP après la sortie si nécessaire. Un praticien hospitalier est référent de cette structure. C'est un lieu éloigné de l'unité d'hospitalisation permettant à tout adolescent hospitalisé d'être pris en charge par l'équipe de pédopsychiatrie (pédopsychiatre, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants socio-éducatifs, psychomotriciens, etc.).

Les patients âgés de moins de 16 ans peuvent néanmoins être pris en charge par le service de pédiatrie du CHD sur prescription du psychiatre et bénéficier au quotidien de consultations et d'activités dans l'espace adolescents. Ces adolescents rejoignent leur chambre dans le service de pédiatrie pour la nuit. Seuls quatorze à seize jeunes bénéficient de cet espace⁹⁴. La prise en charge peut être poursuivie jusqu'à la majorité de l'adolescent lorsqu'elle a débuté avant l'anniversaire de ses 16 ans. L'équipe est très investie et le taux de renouvellement des soignants est faible. Un staff réunit tous les mardis matin le personnel de pédiatrie et celui de pédopsychiatrie. Cette articulation des soins permet une complémentarité bénéfique aux jeunes patients.

Les patients dont l'état clinique nécessite une évaluation approfondie voire une hospitalisation complète sont adressés au CARDO où ils peuvent séjourner durant 72 heures. A l'issue, ils sont orientés vers une structure adaptée en extra hospitalier ou, de façon inappropriée et sans aucune spécificité de prise en charge, vers une unité d'adultes en hospitalisation complète. Les mineurs sont principalement hospitalisés en unité fermée et, à défaut de lit disponible, dans une unité ouverte qui est alors fermée pour l'ensemble des patients, les privant tous de la liberté d'aller et venir. Les interlocuteurs rencontrés ont justifié cette organisation par des motifs sécuritaires. Les patients mineurs sont installés dans les chambres les plus proches du poste de soins.

Les contrôleurs ont compté 16 jeunes patients hospitalisés dans l'ensemble des unités pour adultes en 2021, 20 en 2022 et 11 en 2023 jusqu'à la date de la visite. Des situations, même rares, de partage de chambre entre patients mineurs et adultes ont été mises en œuvre sur le site de l'EPSM-LMA. Certains de ces adolescents ont été isolés et contenus notamment l'un d'entre eux durant quatre jours consécutifs (cf. § 6.2).

⁹⁴ Un projet en cours devrait transformer l'espace adolescents en hôpital de jour.

Les patients mineurs accueillis depuis le 1^{er} janvier 2023 l'étaient sous le statut de l'autorisation parentale, à l'exception d'une patiente hospitalisée en SDRE. Une patiente de 17 ans, admise au CARDO puis à Pussin et enfin à Nombre d'Or, était présente dans une unité ouverte de ce dernier secteur lors de la visite des contrôleurs.

L'offre de soins structurelle de l'EPSMF ne répond pas de façon adaptée aux nécessités de prises en charge des enfants et des adolescents dont il a la responsabilité des soins, notamment hospitaliers. Une ambition de la direction, d'ouvrir des lits d'hospitalisation à temps complet pour les patients âgés de 16 à 25 ans sur le site de l'EPSMF-B, a été rapportée.

RECOMMANDATION 64

L'établissement doit répondre de façon adaptée aux nécessités de prise en charge hospitalière à temps complet des enfants et des adolescents dont il doit assurer les soins. Aucun mineur ne doit être hospitalisé dans une unité pour adultes.

9.2 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS NE GARANTIT PAS LE RESPECT DE LEURS DROITS FONDAMENTAUX

Les personnes détenues admises à l'EPSMF le sont toutes en SDRE, au titre de l'article L.3214-3 du code de la santé publique (CSP).

Une convention entre la direction interrégionale des services pénitentiaires Grand-Nord-Lille, l'ARS des Hauts-de-France et l'EPSMF organisant « *les modalités d'orientation des personnes détenues prises en charge dans le cadre des mesures de soins psychiatriques* » a été signée le 25 octobre 2019 et mise en œuvre le 1^{er} novembre 2019. L'établissement a communiqué une convention non signée⁹⁵ aux contrôleurs ainsi que la fiche de procédure de l'EPSMF relative à l'admission en SDRE des personnes détenues.

La convention rappelle « *que le patient détenu est orienté en première intention à l'UHSA⁹⁶ et qu'il n'est accueilli à l'EPSM qu'en cas :*

- *d'absence de place à l'UHSA ;*
- *ou si le patient est en fin de peine (levée d'écrou prévue dans les deux mois) et pour lequel le secteur est plus adapté dans le cadre d'un projet de sortie ;*
- *ou si le patient est suivi au sein d'un secteur en dehors de l'incarcération. »*

La personne détenue, accueillie à l'EPSMF, l'est toujours dans son secteur, sans passage préalable par le CARDO, car l'arrêté du préfet prévoit l'unité d'hospitalisation. Cette fiche de procédure décline également le cas particulier du patient sans domicile fixe provenant de la maison d'arrêt de Dunkerque, qui sera admis dans une unité de l'EPSMF en fonction de son mois de naissance.

L'EPSMF a accueilli cinq détenus en 2022 et six entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2023. Aucun patient détenu n'était hospitalisé lors de la visite des contrôleurs. Le personnel ne maîtrise pas les procédures, au motif du peu de patients détenus qu'ils reçoivent. Les soignants, interrogés par les contrôleurs, ont indiqué qu'un patient détenu serait placé en CI au moins au début de son séjour et ne savaient pas s'il avait le droit de recevoir des visites ou d'utiliser un téléphone.

⁹⁵ La convention signée le 25 octobre 2019 étant introuvable.

⁹⁶ UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée.

Deux professionnels dont un IDE vont chercher la personne détenue concernée à l'établissement pénitentiaire. Lors de la sortie de l'EPSMF, l'orientation peut s'effectuer vers l'UHSA qui vient chercher la personne, ou vers la prison d'origine en cas de levée de la mesure de SDRE, l'organisation du retour incombant à l'établissement pénitentiaire.

Une fiche de liaison est également prévue dans le cadre d'une mesure de SDRE entre l'établissement pénitentiaire, l'UHSA de Seclin, l'EPSMF et l'ARS. Elle précise la situation pénale de la personne détenue (motifs et durée d'incarcération), ses permis de visite, les mandats qu'elle reçoit ou son indigence, son comportement, son régime alimentaire et le type d'escorte dont elle relève.

RECOMMANDATION 65

La prise en charge du patient détenu doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf consigne médicale spécifique. Les modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un complément dans la note de procédure de prise en charge des patients détenus de l'établissement. Le motif de l'incarcération ne doit pas être divulgué dans la fiche de liaison entre les établissements pénitentiaire et hospitalier.

Le chef d'établissement, dans sa réponse contradictoire, infirme : « *Les documents transmis aux équipes soignantes dans les cas d'admission d'un détenu sont : la fiche de liaison, les fiches de renseignements concernant les médicaments et l'arrêté préfectoral ainsi que l'indique la procédure 153 034. Le motif d'incarcération n'est jamais évoqué* ».

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