



Rapport de visite :

10 au 14 janvier 2022 – 1^{ère} visite

Centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin, Lens

(Pas-de-Calais)



SYNTHESE

La première visite du centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin de Lens, réalisée par six contrôleurs du 10 au 14 janvier 2022, a donné lieu au constat d'un nombre important de dysfonctionnements graves que le CGLPL a formulés sous la forme de recommandations en urgence publiées au *Journal officiel* le 1^{er} mars 2022, et adressées au ministre de la Justice et au ministre de la Santé et des solidarités.

Le rapport provisoire adressé le 27 avril 2022 a mis en évidence des atteintes à la dignité des patients concernant plusieurs aspects de leur prise en charge.

Les patients, en soins libres ou sans consentement sans distinction, étaient **enfermés** dans une enceinte grillagée, dans un bâtiment clos en dehors des horaires d'ouverture de la cafétéria, dans des unités ouvertes de manière restrictive et enfin dans leur chambre puisque des mesures d'isolement y étaient pratiquées à grande échelle.

Les **pratiques d'isolement et de contention**, décisions de dernier recours encadrées strictement par la loi, étaient mises en œuvre dans toutes les unités, en chambre d'isolement ou en chambre hospitalière, pour des patients majeurs ou mineurs, en soins sans consentement ou en soins libres, parfois en dépit d'une décision médicale, sans évaluation médicale régulière et sans contrôle effectif du juge des libertés et de la détention. Ces pratiques, dénoncées avec vigueur depuis plusieurs années par la commission départementale des soins psychiatriques sans consentement, étaient banalisées par les soignants et validées par la direction et l'encadrement du pôle de psychiatrie.

Aucune alternative à l'isolement n'était recherchée, alors que les locaux disposent d'espaces disponibles pour les mettre en œuvre. Le projet de soin, non défini, ne permettait pas l'association du patient ni de la personne de confiance.

Les **deux chambres d'isolement** « officielles » étaient **indignes**, en l'absence des équipements nécessaires à la préservation de l'intégrité, de l'intimité et de la dignité de la personne, et les patients isolés étaient soumis à la vue de tous. Au mépris des règles de sécurité, le service incendie n'était pas avisé en temps réel du placement des personnes en isolement et/ou contention.

L'intégrité des patients n'était pas préservée en l'**absence de verrou de confort** permettant de fermer la chambre et la salle d'eau. Les patients se sentaient en insécurité, ne pouvaient pas appeler à l'aide en cas de besoin, le système des boutons d'appel ayant été désactivé, et certains d'entre eux avaient dénoncé des agressions.

Les personnes en soins sans consentement ne recevaient **aucune information claire** concernant les règles de vie ni aucun document énonçant leurs droits et les coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies pour les faire valoir. Compte tenu de la désorganisation qui régnait au sein de l'établissement de santé mentale, les décisions relevant du directeur étaient prises tardivement, voire étaient antidatées.

Lors de l'audience, le **juge des libertés et de la détention** ne disposait pas systématiquement d'un dossier complet et l'échéance des six mois impliquant une nouvelle décision judiciaire était parfois oubliée. Le juge des libertés et de la détention n'appliquait pas nécessairement la convention signée par la juridiction avec les établissements de soins de son ressort et définissait le lieu de l'audience le matin même. La publicité des débats, l'accès des proches à l'audience, les droits de la défense et l'information du patient, n'étaient, dans ce contexte, pas garantis.

Les **patients mineurs** étaient hospitalisés dans les unités de psychiatrie adulte en l'absence d'unité d'hospitalisation complète spécifique et cette promiscuité avec les adultes pouvait les mettre en danger. Certains d'entre eux avaient évoqué des tentatives d'agressions sexuelles et d'autres subissaient des isolements et contentions de durées et de fréquences préoccupantes. Leurs représentants légaux n'étaient pas rigoureusement informés et associés aux prises en charge.

Le rapport provisoire précisait que les dysfonctionnements, graves et anciens, résultaient d'une absence de pilotage global. Les intervenants reconnaissaient leur désorganisation et les privations de liberté irrégulières.

Le rapport provisoire recommandait que le centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens fasse l'objet de mesures correctives urgentes. Les dysfonctionnements étant aggravés par le manque de formation du personnel, l'établissement devait être étroitement accompagné par les autorités de tutelle.

Le CGLPL prend acte que le centre hospitalier de Lens a immédiatement mesuré l'ampleur des transformations à opérer. Des **actions concrètes** ont permis, dès fin janvier 2022, l'ouverture des unités et du portillon extérieur, l'allongement des horaires d'ouverture de la cafeteria, l'actualisation et l'affichage de documents relatifs aux droits des patients.

Sans attendre l'adresse du rapport provisoire, dès connaissance des constats énoncés oralement lors de la réunion de restitution du 14 janvier 2022, le centre hospitalier de Lens a accompagné la formalisation d'un **plan d'action** qui a été présenté devant le directoire le 4 février 2022 et fait l'objet d'une supervision mensuelle par le directeur général avec l'appui de la cheffe de pôle de psychiatrie, de la directrice référente de pôle et de la direction des affaires juridiques.

Ce plan se décompose en quatre thématiques : droit des patients, logistique et travaux, isolement, contention et soins sous contrainte, prise en charge des mineurs. Il est accompagné d'un suivi des recommandations avec la mise en place de plusieurs réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail spécifiques et de réunions d'information aux représentants du personnel. Ce plan fait également l'objet de groupes de travail et de réflexion au sein des services afin d'assurer l'effectivité de sa mise en œuvre.

Une formation pour l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux a débuté depuis le mois de mars 2022, un livret d'accueil spécifique aux services de psychiatrie a été réalisé et l'organisation du quotidien des patients a été clarifiée.

Des travaux ont débuté afin de réhabiliter en totalité les chambres d'isolement, modifier le système de fermeture des portes et placards, améliorer la température de l'eau et le système de chauffage.

S'agissant des droits des personnes, une nouvelle procédure de gestion des soins sans consentement a été mise en place et une formation spécifique a débuté afin de rappeler le cadre légal des pratiques d'isolement et de contention et préciser le rôle de chacun dans leur mise en œuvre. Un logiciel adapté est en cours de déploiement.

L'autorité judiciaire a été sollicitée et a appuyé la réalisation de nouveaux circuits de communication et de nouvelles pratiques. Le dialogue se poursuit en bonne coopération.

L'établissement doit poursuivre sa mobilisation afin d'adapter le service des urgences psychiatriques, assurer les examens médicaux somatiques dans les unités, améliorer le circuit du médicament et l'analyse des prescriptions et garantir des effectifs qui permettent la mise en œuvre des activités thérapeutiques.

Le projet de soin individualisé, l'éducation thérapeutique, le consentement aux soins et les directives anticipées doivent faire l'objet d'une analyse dans la durée. L'aide du comité d'éthique a été sollicitée.

S'agissant des mineurs, un projet médical est en cours d'écriture pour formaliser un accueil de pédopsychiatrie. Leur place en psychiatrie adulte ainsi que celle de leurs représentants légaux connaît un début de clarification.

L'autorité judiciaire doit veiller à la mise en œuvre effective de la convention du 8 novembre 2018 qui prévoit la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention au sein d'un établissement public de santé mentale et non pas au siège du tribunal judiciaire.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 25

La mise en œuvre du programme *Vigilans*, contribue au suivi des patients suicidants et à la prévention de la récurrence de la tentative de suicide, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

BONNE PRATIQUE 2 72

Le club thérapeutique associatif « L'autre toit », ses activités et la cafétéria gérée par « Les 3 Aïrs » permettent à des personnes hospitalisées de s'investir et de proposer des projets et à d'anciens patients de conserver un lien avec l'établissement.

BONNE PRATIQUE 3 77

L'orientation des personnes âgées vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est systématiquement précédée d'une visite de préadmission, avec les infirmiers du centre médico psychologique, afin de vérifier la compatibilité de la structure avec les souhaits et l'état clinique du patient.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 18

L'effectif de soignants doit permettre de mettre en place un soignant « de journée » pour prendre à charge les activités occupationnelles indispensables à la qualité de vie et de soins des patients.

RECOMMANDATION 2 24

Le centre hospitalier de Lens doit assurer une présence médicale, pourvoir les postes infirmiers vacants, proposer des locaux adaptés à l'antenne de psychiatrie aux urgences, afin de permettre l'accès sans restriction horaire des patients à des soins psychiatriques urgents de qualité et des conditions de travail adaptées au personnel soignant.

RECOMMANDATION 3 25

Les patients qui se présentent aux urgences doivent bénéficier d'un examen médical psychiatrique, avant d'être orientés pour une hospitalisation en soins sans consentement vers le centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin.

RECOMMANDATION 4 26

Les pratiques de contention sur un brancard des patients exposés à la vue de tous dans un couloir du service des urgences doivent cesser. Les mesures de contention doivent être tracées dans un registre spécifique.

RECOMMANDATION 5 27

La réorganisation du pôle de la psychiatrie doit être assortie du réajustement capacitaire permettant l'équilibre entre les deux secteurs et d'un projet de soins pour préciser le parcours de soins des patients au sein de chaque secteur, ainsi que la gestion des éventuelles suroccupations.

RECOMMANDATION 6 36

L'établissement doit fournir aux patients des gants et serviettes de toilettes, des kits d'hygiène et des vêtements de secours en quantité suffisante.

RECOMMANDATION 7 39

Les repas doivent être servis aux horaires d'usage permettant de ne pas excéder une période de jeûne de 12h. Des goûters doivent être organisés pour les adolescents afin de répondre à leurs besoins nutritionnels.

RECOMMANDATION 8 45

Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour permettre aux patients qui le souhaitent de vivre leur sexualité et bénéficier d'informations utiles sur le sujet, notamment en matière de prévention et de contraception.

RECOMMANDATION 9 47

L'établissement doit établir annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, définir une politique limitant le recours à ces pratiques et évaluer sa mise en œuvre.

RECOMMANDATION 10 49

Les chambres d'isolement doivent être immédiatement et entièrement restructurées, afin d'assurer la confidentialité des soins, de préserver l'intimité des patients et de leur garantir des conditions de prise en charge respectueuses de leur dignité.

Elles doivent comprendre un miroir sécurisé, un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention et une horloge permettant de se repérer dans le temps, être meublées d'un siège, et disposer d'une fenêtre permettant une vue extérieure, l'ouverture et la fermeture des volets et l'aération efficace de la pièce. Des travaux doivent être réalisés pour que le patient dispose d'un chauffage adapté et d'une eau chaude qui s'évacue correctement.

L'œilleton qui permet une vue directe sur le lit du patient doit être occulté.

Le service de sécurité incendie doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention.

RECOMMANDATION 11 50

Les patients isolés doivent bénéficier d'un lien thérapeutique constant et d'une surveillance humaine proche et réactive, plutôt que d'une vidéo-surveillance, dont les écrans de relais ne sont pas contrôlés en continu. De plus, les écrans de relais des caméras de vidéo-surveillance ne doivent être visibles que des soignants.

RECOMMANDATION 12 53

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique et tout patient contenu d'une évaluation médicale et de l'analyse de la pertinence d'une prescription d'un traitement anticoagulant préventif d'un risque thrombo-embolique.

RECOMMANDATION 13 59

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

RECOMMANDATION 14 65

Le juge des libertés et de la détention doit statuer dans une salle spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil, dans des conditions assurant la publicité des débats et l'accès de tous à l'audience, et dans le respect du principe du contradictoire.

RECOMMANDATION 15 67

L'information, et désormais la saisine, du juge des libertés et de la détention, s'agissant des mesures d'isolement et de contention prolongées, doit être réalisée selon les dispositions légales et le magistrat doit opérer son contrôle.

RECOMMANDATION 16 70

L'organisation de la distribution des médicaments doit permettre le respect de la confidentialité liée au secret professionnel médical.

RECOMMANDATION 17 70

Le psychiatre qui en est un membre doit participer à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, qui doit comporter des points réguliers d'analyse des prescriptions au long cours de médicaments psychotropes, et des échanges réguliers doivent être tenus entre le pharmacien et les psychiatres, s'agissant des patients dont la pathologie présente une pharmacorésistance ou une nécessité d'association de traitements.

RECOMMANDATION 18 71

Les patients doivent bénéficier d'activités occupationnelles et d'un accès quotidien à une bibliothèque disposant d'ouvrages diversifiés, de journaux et de magazines de presse. La cafétéria, lieu d'autonomisation et de socialisation doit être plus largement ouverte.

RECOMMANDATION 19 72

Les patients de chaque unité doivent bénéficier d'activités thérapeutiques diversifiées, dont le nombre répond à leur demande, d'un accès au sport et aux accompagnements thérapeutiques à l'extérieur.

RECOMMANDATION 20 73

Les patients doivent bénéficier en cas de besoin d'un accès à un médecin généraliste.

RECOMMANDATION 21 73

Les patients doivent bénéficier de la mise en œuvre régulière de séances d'éducation thérapeutique concernant des thèmes diversifiés, en lien avec leurs pathologies et les processus de soins.

RECOMMANDATION 22 74

Le consentement des patients hospitalisés en soins sans consentement doit être systématiquement recherché et tracé dans leur dossier, lors des différentes étapes de leur projet de soins individualisé, s'agissant notamment de l'administration des médicaments, après une information médicale concernant l'effet recherché et les effets secondaires éventuels.

RECOMMANDATION 23 74

Les directives anticipées en psychiatrie, qui participent à l'investissement du patient dans son projet de soins individualisé, notamment s'agissant de l'exercice de son consentement, doivent être mises en œuvre dans les unités de soins ambulatoires et intra hospitalières.

RECOMMANDATION 24 76

Le collège des professionnels de santé doit se réunir pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après la rencontre du patient et le recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

RECOMMANDATION 25 79

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge. Un projet de création de places d'hospitalisation complète à destination exclusive des adolescents doit être élaboré et proposé très rapidement par l'établissement.

RECOMMANDATION 26 79

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

RECOMMANDATION 27 81

Le CSMJBP doit urgemment modifier son organisation et proposer une prise en charge adaptée aux mineurs accueillis, prenant en considération leurs besoins de protection contre toute forme de violence, physique ou morale, d'activités spécifiques et d'alimentation adaptée à leur âge.

RECOMMANDATION 28 82

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent doivent être évités par tout moyen. Les mesures d'isolement et de contention des mineurs doivent être tracées rigoureusement et faire l'objet d'un registre analysé par les soignants et présenté aux instances de l'établissement. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de la mesure et de son maintien et le JLD mis en mesure d'exercer un contrôle.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 19

Les infirmiers nouvellement affectés dans le pôle de psychiatrie doivent bénéficier d'un tutorat lors de la prise de poste.

RECO PRISE EN COMPTE 2 20

Le centre hospitalier doit assurer la formation de l'ensemble des professionnels aux droits des patients ainsi qu'aux pratiques des isolements et contentions.

RECO PRISE EN COMPTE 3 21

Le suivi et la mise en œuvre du programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS), et en particulier le volet consacré à l'évaluation de l'activité en psychiatrie et santé mentale, doivent être effectifs dans les unités concernées.

RECO PRISE EN COMPTE 4 22

Le comité d'éthique doit se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés et accompagner une réflexion institutionnelle.

RECO PRISE EN COMPTE 5 28

Le recours à la procédure dérogatoire que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

RECO PRISE EN COMPTE 6 29

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil ou un règlement intérieur contenant des informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les patients en soins sans consentement doivent bénéficier d'informations relatives à leur statut ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. Ces informations doivent leur être communiquées sur un support qu'ils peuvent conserver.

RECO PRISE EN COMPTE 7 31

Il doit être mis fin à des pratiques conduisant à des hospitalisations arbitraires : les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être pris dans les délais légaux, être dûment motivés et remis aux patients sur un support qu'ils peuvent conserver.

RECO PRISE EN COMPTE 8 35

Les patients doivent avoir la possibilité de verrouiller leur chambre et leur espace sanitaire, notamment lorsqu'ils sont hospitalisés en chambre double. Ils doivent disposer d'un bouton d'appel à l'aide, d'eau chaude dans les sanitaires et d'un système de chauffage efficace. Ils doivent pouvoir ouvrir librement leur fenêtre et leurs volets ou leurs stores. Le mobilier dégradé ou manquant doit être remplacé.

RECO PRISE EN COMPTE 9 37

Une copie de l'inventaire contradictoire de ses biens doit systématiquement être remise au patient. L'inventaire doit être actualisé lors de toute entrée ou sortie d'effets. Les patients doivent disposer de placards pouvant être fermés et la clé doit leur être laissée.

RECO PRISE EN COMPTE 10 38

Les menus doivent être affichés dans les unités et une commission « restauration » incluant une participation des patients doit être mise en place.

RECO PRISE EN COMPTE 11 40

Sauf prescription médicale contraire, les patients doivent pouvoir conserver des denrées non périssables en chambre.

RECO PRISE EN COMPTE 12 40

La cafétéria doit être ouverte tous les jours afin de lutter contre le désœuvrement des patients et favoriser leur socialisation.

RECO PRISE EN COMPTE 13 42

Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement et les restrictions imposées aux patients hospitalisés sans leur consentement doivent être nécessaires et justifiées par l'état clinique psychiatrique.

RECO PRISE EN COMPTE 14 42

Les patients doivent avoir librement accès à leur tabac et à la possibilité de fumer à l'extérieur.

RECO PRISE EN COMPTE 15 44

Les patients des unités de la psychiatrie doivent bénéficier, de la possibilité d'exercer leur droit de vote, éventuellement par procuration, dans les conditions comparables à celles dont bénéficient les patients des autres unités du centre hospitalier.

RECO PRISE EN COMPTE 16 51

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.

RECO PRISE EN COMPTE 17 52

Les pratiques d'isolement et de contention ne peuvent concerner que des patients en soins sans consentement, le mode d'hospitalisation de ceux en soins libres, éventuellement isolés ou contenus, devant faire l'objet d'une transformation dans les délais les plus brefs.

RECO PRISE EN COMPTE 18 53

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par un psychiatre exclusivement, à défaut confirmées ou infirmées dans l'heure par un psychiatre.

RECO PRISE EN COMPTE 19 55

La durée des mesures d'isolement et de contention dont font l'objet les patients, qui ont pu atteindre plusieurs centaines de jours pendant la période étudiée de 2018 à 2020, doivent respecter les dispositions légales.

RECO PRISE EN COMPTE 20 55

L'établissement doit mettre en œuvre immédiatement des procédures de renouvellement des mesures d'isolement et de contention conformes aux dispositions légales.

RECO PRISE EN COMPTE 21 58

L'établissement doit disposer d'un logiciel pertinent, renseigné rigoureusement par l'ensemble des médecins et des soignants concernés, pour le recueil des données relatives aux pratiques d'isolement et de contention, et permettant l'analyse statistique de ces pratiques en son sein comme en comparaison avec les autres établissements.

RECO PRISE EN COMPTE 22 58

Les recommandations et les alertes émises par la commission départementale des soins psychiatriques sans consentement, s'agissant des pratiques d'isolement et de contention doivent être considérées par l'établissement et donner lieu à la mise en œuvre de procédures spécifiques, visant à inscrire l'exercice de ces pratiques dans le cadre des dispositions prévues par la loi, à respecter la dignité et les droits des patients en faisant l'objet, et à prévenir le risque de survenue des conséquences post-traumatiques.

RECO PRISE EN COMPTE 23 60

La direction de l'établissement doit veiller à associer les usagers, leurs proches et les associations d'usagers à la vie des unités et s'assurer que les enquêtes de satisfaction affichées concernent la population qui les lira.

RECO PRISE EN COMPTE 24 61

L'ensemble des formalités, médicales et administratives, relatives aux hospitalisations sans consentement, ainsi que les modalités de la tenue du registre de la loi, doivent être consignées dans une procédure précise, partagée par les médecins, les personnels administratifs et les soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 25 62

Les informations requises par l'article L 3212- 11 du code de la santé publique doivent être obligatoirement reportées dans le registre de la loi, quel que soit le mode d'admission retenu pour les soins sous contrainte. La mention de la date de notification des droits et les éventuels jugements de tutelle ou curatelle, doivent être répertoriés.

RECO PRISE EN COMPTE 26 63

Conformément aux dispositions de l'article L 3222-4 du code de la santé publique, le préfet du Pas-de-Calais, le président du tribunal judiciaire de Béthune, et le maire de Lens, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter au registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations. Un contrôle hiérarchique interne régulier doit également être mis en œuvre pour vérifier la tenue du registre.

RECO PRISE EN COMPTE 27 64

L'effectivité de l'accès au JLD des patients en soins sans consentement doit être garantie. Aucun document de l'hôpital ne doit risquer de les dissuader de se rendre à une audience dont l'objet est de protéger leurs droits.

Les certificats médicaux concluant à l'impossibilité pour le patient de comparaître devant le JLD ne peuvent être fondés que sur des motifs strictement médicaux, auquel ne répond pas le risque de fugue.

RECO PRISE EN COMPTE 28 68

Le non-respect d'une décision de mainlevée est susceptible d'entraîner un enfermement arbitraire. Les décisions de justice ordonnant la levée d'une mesure de soins sans consentement doivent être exécutées et, le cas échéant, les registres correctement renseignés sur les mesures ultérieures mises en place afin d'en permettre le contrôle.

RECO PRISE EN COMPTE 29 70

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent la prise de parole des patients concernant des sujets institutionnels et contribuent à la qualité de leur alliance thérapeutique avec l'équipe doivent être organisées.

RECO PRISE EN COMPTE 30 75

Tout patient hospitalisé doit être invité à désigner une personne de confiance dès son admission, être informé de son rôle éventuel à ses côtés pendant son hospitalisation, et pouvoir demander sa sollicitation à chaque étape de son projet de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 31 75

L'administration d'un traitement refusé par un patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur, l'usage du dialogue et des techniques de désescalade. La traçabilité dans le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration doit être réalisée.

RECO PRISE EN COMPTE 32 80

L'accord et l'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les actes de la vie quotidienne doivent être recueillis et formalisés. Le mineur doit également être associé aux décisions qui le concernent.

RECO PRISE EN COMPTE 33 80

Aucun mineur ne doit être hospitalisé en chambre double avec un patient adulte.

RECO PRISE EN COMPTE 34 83

Le placement en chambre d'isolement est une décision de dernier recours, y compris pour les patients détenus.

RECO PRISE EN COMPTE 35 83

Les établissements pénitentiaires doivent transmettre à l'hôpital les informations relatives aux permis de visite et aux autorisations de téléphoner des personnes détenues hospitalisées.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	14
1. CONDITIONS DE LA VISITE	14
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1 Le pôle de psychiatrie est isolé du centre hospitalier général dont il dépend et qui connaît de graves difficultés financières	15
2.2 Le budget demeure stable mais suffisant	17
2.3 Les effectifs sont en tension, les formations proposées sont peu variées et la prise de fonction n'est pas accompagnée	17
2.4 Les évènements indésirables sont tracés et hiérarchisés, mais les mesures correctives peinent à se mettre en place	20
2.5 Le comité d'éthique est actif mais n'est pas sollicité par les services de psychiatrie	22
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	23
3.1 Les patients sont accueillis dans un local inadapté du service des urgences du CH de Lens, où certains d'entre eux font l'objet de mesures de contention indignes et non tracées	23
3.2 Les patients admis en soins sans consentement au regard d'un seul certificat médical sont largement majoritaires	26
3.3 Les patients ne sont pas informés de leurs droits et le cadre juridique des soins sans consentement n'est pas respecté	28
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	32
4.1 Les locaux, mal conçus et mal entretenus, ne garantissent pas le respect de l'intégrité et de la vie privée des patients	32
4.2 Les patients ne peuvent pas assurer leur hygiène convenablement	36
4.3 Les biens des patients ne sont pas conservés en sécurité	37
4.4 L'alimentation répond aux besoins des adultes mais l'organisation des repas impose des périodes de jeûne de plus de douze heures	38
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	41
5.1 Même en soins libres, les patients ne peuvent aller et venir librement.....	41
5.2 Les restrictions à l'accès au tabac ne sont pas individualisées	42
5.3 Les liens avec les proches sont préservés	43
5.4 L'accès au vote n'est pas proposé aux patients	43
5.5 L'accès aux différents cultes est possible mais l'information est insuffisante....	44
5.6 L'intimité et la sexualité ne sont pas préservées	44
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	46

6.1	Aucune politique de réflexion et d'alternative aux pratiques d'isolement et de contention n'est mise en œuvre	46
6.2	Les chambres d'isolement sont indignes.....	47
6.3	L'examen somatique des patients contenus n'est pas systématique.....	53
6.4	Les durées d'isolement et de contention dépassent très fréquemment les délais légaux et les procédures de renouvellement ne sont pas respectées	53
6.5	Les registres d'isolement et de contention sont imparfaitement tenus.....	56
6.6	Malgré les alertes répétées de la CDSP, les dysfonctionnements sont validés par l'institution.....	58
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	59
7.1	La CDSP, bien qu'elle ne compte que deux membres actifs, exerce son contrôle ; les représentants des usagers ne sont pas associés à la vie de l'établissement.....	59
7.2	Les lacunes du registre de la loi traduisent l'absence de procédure et de contrôle relatifs aux hospitalisations en soins sans consentement	60
7.3	Le contrôle du JLD n'est pas effectif.....	63
8.	LES SOINS.....	69
8.1	Les patients ne bénéficient pas d'activités occupationnelles et thérapeutiques suffisantes en nombre et en diversité	69
8.2	Les patients n'ont pas l'assurance d'un accès à des soins somatiques car le médecin généraliste n'est pas présent de manière continue	72
8.3	La recherche du consentement dans les soins n'est pas systématiquement effectuée et aucune procédure permettant de la tracer n'est mise en œuvre ..	73
8.4	Certains traitements sont administrés avec l'usage de la force	75
8.5	Les programmes de soins échappent à l'évaluation du collège des professionnels de santé mais des autorisations de sortie sont décidées et des partenariats sont noués avec des structures d'aval.....	76
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	78
9.1	Les mineurs sont pris en charge dans des conditions inadaptées portant atteinte à leur dignité et le rôle des représentants légaux n'est pas respecté.....	78
9.2	Les patients détenus sont systématiquement hospitalisés en chambre d'isolement.....	82
10.	CONCLUSION.....	84

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Cécile Dangles, cheffe de mission ;

Hélène Baron, contrôleure ;

Céline Delbauffe, contrôleure ;

Antoine Meyer, contrôleur ;

Julien Starkman, contrôleur ;

Marion Testud, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Lens (Pas-de-Calais) du 10 au 14 janvier 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 10 janvier 2022 à 14h. Ils l'ont quitté le 14 janvier à 12h. La visite a été annoncée le matin du 10 janvier à la direction par téléphone. La sous-préfète de Béthune (Pas-de-Calais) a été avisée par mail de même que l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France. Le président du tribunal judiciaire (TJ) de Béthune ainsi que le procureur de la République près ce tribunal et le bâtonnier du barreau de Béthune ont également été avisés de ce contrôle par mail.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la cheffe du pôle de psychiatrie, la directrice adjointe des ressources humaines, la directrice d'appui du pôle de psychiatrie adulte, la coordonnatrice générale des soins, la directrice qualité et le cadre supérieur de santé.

Une salle de travail a été mise à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec des patients, des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont aussi rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) au TJ de Béthune et se sont entretenus avec un représentant du barreau.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 14 janvier, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation, ainsi que de nombreuses personnes du centre de santé mentale, environ vingt-cinq personnes au total.

Le CGLPL a formulé des recommandations en urgence publiées au *Journal officiel* le 1^{er} mars 2022 accompagnées de la réponse du ministre de la Justice du 28 février 2022. Le ministre de la Santé a adressé une réponse le 22 février reçue le 8 mars 2022.

Le 27 avril 2022, le rapport provisoire a été adressé au centre hospitalier de Lens, à l'ARS des Hauts-de-France, à la préfecture du Pas-de-Calais ainsi qu'au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Béthune.

Les observations du 22 février 2022 du ministre de la Santé, du 28 février 2022 du ministre de la Justice, du 24 mai 2022 du président et du procureur de la république du TJ de Béthune, et la réponse du centre hospitalier de Lens du 25 mai 2022 sous la signature du président de la commission médicale d'établissement, de la cheffe de pôle de psychiatrie et santé mentale et du directeur général des hôpitaux publics de l'Artois, ont été intégrées au présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE EST ISOLE DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL DONT IL DEPEND ET QUI CONNAIT DE GRAVES DIFFICULTES FINANCIERES

2.1.1 L'établissement dans le paysage institutionnel

Le centre hospitalier de Lens (CHL) appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Artois avec les centres hospitaliers de Béthune-Beuvry, de La Bassée et d'Hénin-Beaumont sur un territoire comptant plus de 700 000 habitants. La population, marquée par le non-emploi et une consommation alcoolique problématique, réside dans une zone urbaine quasiment ininterrompue, une multitude de petites villes étant accolées les unes aux autres.

Construit en 1934, le CHL est composé de plusieurs pavillons et le bâtiment principal date des années 1970. Le maintien en état de l'ensemble et les déperditions énergétiques de bâtiments anciens et mal isolés créent un déficit financier structurel, aggravé d'une forte concurrence de la médecine privée et des pôles lillois, pour une population tendant à diminuer. Le CHL a été placé sous administration provisoire à deux reprises, en 2013 puis, pour une période de six mois, en janvier 2020. La situation est particulièrement dégradée avec une marge brute négative. Les plans de retour à l'équilibre n'ont pas eu l'impact attendu et ont été remis en question par la pandémie de la COVID-19. Depuis le mois de juin 2021, le GHT de l'Artois s'est engagé dans un pacte de croissance et de performance dénommé « ambition 2025 ». Il ne s'agit plus pour le CHL de restreindre son activité, comme lors des précédents plans de retour à l'équilibre, mais de la développer et d'atteindre une situation financière assainie avec ouverture d'un nouvel hôpital. D'après les informations recueillies, les difficultés financières du CHL n'ont pas eu d'incidence sur le budget alloué au centre de santé mentale JB Pussin (CSMJBP).

Le CHL regroupe des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) (691 lits), de gériatrie, de psychiatrie et de Santé Publique (addictologie, etc.).

Le site actuel va être abandonné et un nouvel hôpital doit ouvrir en 2025 à environ un kilomètre de l'établissement actuel. Il s'agira d'un bâtiment central et de quelques bâtiments satellites pour une capacité d'accueil de 571 lits et places MCO.

Le CSMJBP situé hors du site du CHL à un kilomètre doit conserver ses locaux actuels, plus récents, construits en 2009.

Le pôle psychiatrie et de santé mentale comprend les deux secteurs de psychiatrie générale d'Avion et de Lens et un inter secteur de pédopsychiatrie. Outre quatre unités d'hospitalisation à temps complet, il s'appuie sur les centres médico-psychologiques (CMP) et quelques structures

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

Le projet « *ambition 2025* » propose pour la psychiatrie adulte de réajuster la capacité d'hospitalisation complète : développement des alternatives à l'hospitalisation complète par la création d'une structure de réhabilitation psycho sociale de huit places, le renforcement¹ des CMP et la création d'une équipe mobile dans le cadre du projet de réécoute du suicidant (cf. § 3.1.1).

Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS le 31 décembre 2018 pour la période 2019-2024 prévoit pour la psychiatrie de :

- poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation en ajustant le capacitaire et développant les équipes mobiles et les consultations en CMP ;
- assurer la prise en charge des enfants et adolescents en redéfinissant le projet médical et consolidant l'effectif médical ;
- poursuivre le projet de mise en place d'un pôle inter-établissements² ;
- améliorer le repérage et la prise en charge du risque suicidaire.

Le CPOM ne présente aucun indicateur s'agissant des droits fondamentaux des patients hospitalisés.

2.1.2 Les services

Le CSMJBP est installé dans un bâtiment autonome ouvert en 2009 entre une zone pavillonnaire et des ensembles d'immeubles. Il est entouré de terrains de sport et d'espaces de promenade. Quelques commerces sont accessibles à moins de quinze minutes de marche.

L'établissement, ceint d'un haut grillage, est accessible par une grille actionnée via un interphone et s'ouvrant sur le parking du personnel. L'espace d'accueil et les bureaux de l'administration sont situés au rez-de-chaussée.

Les deux unités d'hospitalisation du rez-de-chaussée peuvent aisément accéder à un espace extérieur contrairement aux deux unités situées au premier étage. Le second étage comporte des bureaux, une salle de réunion et un plateau d'activités.

L'organisation des unités a très récemment évolué mais la signalétique ancienne perdure de sorte qu'il n'est pas aisé de se repérer³.

Chaque secteur dispose depuis le 1er janvier 2022 de deux unités, une en rez-de-chaussée et l'autre à l'étage, comprenant les chambres d'isolement. Le secteur de Lens 1 compte vingt lits, celui de Lens 2 vingt-six lits et une chambre d'isolement ; le secteur d'Avion 1 dispose de vingt-quatre lits et Avion 2 de vingt-six lits et d'une chambre d'isolement. La capacité totale est ainsi de quatre-vingt-seize lits avec quinze chambres doubles.

¹ Les documents remis aux contrôleurs ne permettent pas de préciser s'il s'agit d'élargir les horaires d'ouverture, augmenter les effectifs ou encore proposer des créneaux spécifiques aux personnes arrivant en urgence.

² Projet non précisé dans les documents remis aux contrôleurs.

³ L'ancienne organisation proposait une unité entrant en inter-secteur puis une orientation entre court, moyen et long séjour et la signalétique court, moyen, long séjour Avion ou Lens est toujours en place.

Une fois installé, le patient n'a pas vocation à changer de chambre ni de secteur et demeure ainsi suivi par la même équipe. Il n'existe pas de spécialisation des unités qui accueillent sans distinction des patients en soins libres (SL) ou sans consentement (SSC) et adoptent les mêmes horaires de fermeture. Toutefois, les personnes en soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE) sont plus fréquemment placées à l'étage. La réorganisation des secteurs ne fait pas l'unanimité et certains professionnels estiment qu'« elle n'est pas gage d'une meilleure prise en charge du patient » ou qu'elle « a été faite par les médecins pour leur confort ». Le fait est que la capacité d'accueil des unités est déséquilibrée (cf. § 3.2.1).

Chaque secteur dispose d'une offre extrahospitalière : CMP, CATTP, hôpitaux de jour, appartements associatifs⁴, équipe mobile précarité avec l'association le Cheval Bleu.

2.2 LE BUDGET DEMEURE STABLE MAIS SUFFISANT

Le pacte « ambition 2025 » lié aux difficultés financières du CHL (cf. § 2.1.1) ne recommande pas de baisse capacitaire pour le CSMJBP ni de réduction des effectifs.

La dotation annuelle de financement (DAF) a diminué en 2018 du fait du transfert de dix lits du service d'addictologie Le Square vers le CH de Hénin-Beaumont et demeure stable depuis.

Les unités peuvent organiser des activités avec trois sources de financement. La mobilisation des moyens du CHL permet d'utiliser la cuisine centrale pour organiser des repas thérapeutiques ou de disposer de véhicules pour une sortie. Le pôle de psychiatrie reçoit une enveloppe annuelle pour les investissements du quotidien, répartie entre les secteurs⁵. Enfin, l'association « Trois Aïres » soutient les activités thérapeutiques réalisées sur le plateau du deuxième étage du bâtiment.

Si les soignants d'une unité estiment que les sommes dont ils disposent au titre des dépenses d'urgence (achat de gel douche, tabac, tickets de transport etc.) sont insuffisantes, le cadre de santé d'une autre unité estime pouvoir agir sans contrainte financière particulière. De manière générale, il n'a pas été porté à la connaissance des contrôleurs qu'une activité ait été empêchée faute de budget.

2.3 LES EFFECTIFS SONT EN TENSION, LES FORMATIONS PROPOSEES SONT PEU VARIEES ET LA PRISE DE FONCTION N'EST PAS ACCOMPAGNEE

2.3.1 Les effectifs

a) Effectifs non médicaux

Au 10 janvier 2022, l'effectif du personnel non médical comprend cent cinq personnes (97,4 ETP⁶) et se compose d'un cadre supérieur de santé (0,4 ETP), de quatre cadres de santé, de soixante-six infirmiers (63,4 ETP), de treize aides-soignants (12,6 ETP), de neuf ASH (agents des services hospitaliers), avec deux psychologues (0,7 ETP), un ergothérapeute et quatre assistants médico-administratifs. Cinq assistants de service social (2,3 ETP), rattachés au service social du pôle de psychiatrie, sont régulièrement présents pour les patients des quatre unités.

⁴ Le secteur d'Avion dispose de deux maisons communautaires et appartements pour dix-neuf places ; le secteur de Lens a deux places en appartement thérapeutique.

⁵ D'un montant total de 5000 euros.

⁶ ETP : équivalent temps plein.

La cadre de santé de l'unité Lens 2 est en arrêt de travail depuis le mois de mai 2021 et doit reprendre son poste au mois de février 2022. Un cadre assure l'intérim depuis la mi-juin 2021 à 50% car il gère l'extra hospitalier dans cinq lieux différents⁷ ce qui le rend peu disponible et lui impose des temps de trajet conséquents.

Le service intra hospitalier ne recourt pas à des intérimaires. Lors des congés d'été ou d'absences prolongées, les personnes travaillent six jours d'affilée pour assurer les remplacements. Depuis septembre 2021, des unités ont ponctuellement effectué des fermetures administratives de lits, afin de faire face à une pénurie de personnel ou simplement de permettre à chacun de prendre des congés.

L'organisation du travail des soignants des unités fonctionne avec un système dit « 4-3-2-1 » : quatre soignants le matin (6h45-14h15) dont au moins deux IDE⁸, trois l'après-midi (13h45-21h15) dont au moins deux IDE, deux IDE la nuit (21h-7h) plus un IDE à la journée du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. L'effectif de sécurité correspond au système « 4-3-2 », fréquemment utilisé selon les professionnels entendus. Les soignants insistent sur l'importance de la présence de la personne en poste en journée car elle prend alors en charge les accompagnements vers l'extérieur pour différentes démarches favorisant l'autonomie (se rendre à la laverie, à une consultation médicale, retirer de l'argent, etc.) et permet la mise en place d'activités occupationnelles au sein de l'unité, ce qu'un professionnel résume ainsi : « Dès que le 1 est là, ça va mieux, les patients sont occupés, ça diminue les tensions ».

RECOMMANDATION 1

L'effectif de soignants doit permettre de mettre en place un soignant « de journée » pour prendre à charge les activités occupationnelles indispensables à la qualité de vie et de soins des patients.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le cadre de fonctionnement intègre un poste de jour ; toutefois l'établissement fait face à une tension en termes de recrutement de personnels soignants. Aussi, à ce stade il n'est pas possible de mettre en place systématiquement ce poste de jour 5 jours sur 7 dans l'ensemble des unités de soins. Une attention particulière est cependant portée sur les pôles de psychiatrie par l'équipe de recrutement des Hôpitaux Publics de l'Artois dans son déploiement d'une politique d'attractivité. » ; « Travail autour de la mise en place d'un poste IDE de jour pour mettre en place de manière pérenne des activités de jour au sein des unités. En plus un travail est mené avec le club thérapeutique et le plateau technique afin de créer un plateau socio thérapeutique. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

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

Deux ASH sont présents par unité de 6h à 13h30 du lundi au vendredi ; le samedi, deux ASH interviennent de 6h à 10h pour l'ensemble du bâtiment.

⁷ L'hôpital de jour du secteur de Lens, le CMP du secteur de Lens, le CATTP, centre d'aide thérapeutique à temps partiel du secteur de Lens, l'équipe du SAU (service d'accueil des urgences) psychiatrique, équipe de liaison du CHL.

⁸ Infirmier diplômé d'Etat.

b) Effectifs médicaux

Quatre médecins psychiatres interviennent par secteur et deux sont référents par unité, ce qui correspond à un ETP de praticien hospitalier par unité, à l'exception de l'unité de Lens 1 qui ne compte que sur 0,9 ETP. Le temps de présence des psychiatres est jugé insuffisant tant par les cadres que les soignants et certains médecins. Ces derniers interviennent à l'extérieur et ne peuvent pas toujours se rendre disponibles : « *il faudrait 1 ou 2 ETP de médecin en plus* ».

Aucun interne ne vient renforcer l'équipe. Des gardes sont assurées par des internes de psychiatrie (qui ne suivent pas les patients) de 18h30 à minuit du lundi au vendredi et de 13h30 à 20h le samedi.

Un poste de médecin généraliste est prévu pour les quatre unités. Mais ce poste n'est pas durablement pourvu et le service fait appel à des intérimaires qui peuvent difficilement connaître les patients et assurer un suivi dans des conditions satisfaisantes (cf. § 8.2).

2.3.2 Le tutorat, la formation, la supervision

Aucun tutorat n'est mis en place pour les nouveaux arrivants qui sont tout au plus en binôme avec un IDE titulaire pendant quelques jours. Plusieurs professionnels ont été intégrés courant l'été 2021 sans aucune aide particulière. Aucune formation spécifique à la psychiatrie n'est organisée lors de la prise de poste de nouveaux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'institut de formation.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les infirmiers nouvellement affectés dans le pôle de psychiatrie doivent bénéficier d'un tutorat lors de la prise de poste.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *La mise en place d'un dispositif d'accompagnement renforcé des nouveaux professionnels est prévu avec un tutorat. Chaque nouveau professionnel est positionné en poste de journée afin de découvrir le service, son fonctionnement et ses différentes organisations. Un livret de professionnalisation est en cours de rédaction par l'équipe pluridisciplinaire. L'établissement s'inscrit également dans le dispositif ANFH Hauts de France qui propose la mise en place d'une formation pour les IDE nouvellement arrivés en psychiatrie. Cette formation est à la fois théorique et pratique par la mise en place d'échanges de pratiques entre les professionnels formés. Inscription prévue des nouveaux arrivants à la formation ANFH qui vient de se mettre en place.* » ; *A chaque nouveau professionnel, un tutorat est mis en place, il bénéficie de poste de jour dès son affectation pour appréhender les différentes organisations de travail, un renfort de ce dispositif est prévu.* ».

L'offre de formation est centralisée au niveau du CHL. Le plan de formation 2021 montre qu'elle est essentiellement interne. La formation Omega concernant la démarche de désescalade en cas d'incident est dispensée pour les IDE mais le nombre de places disponibles est limité (douze participants quatre fois par an). La formation « hygiène, sécurité... » est proposée à tous les agents⁹.

⁹ Formation hygiène, sécurité, hémovigilance, AFGSU, équilibre alimentaire, violence, fin de vie, douleur prévention des lombalgies...

Seuls deux IDE (dont un exerçant au service d'accueil des urgences) ont bénéficié d'une formation de deux jours aux pratiques d'isolement et de contention.

Deux IDE ont préparé un diplôme universitaire (DU) de soins infirmiers en psychiatrie.

La demande de formation à la réhabilitation sociale a reçu un avis favorable pour un IDE et a été considérée comme non prioritaire pour un autre. Ont également été estimées comme non prioritaires les formations suivantes : prise en charge de l'adolescent en psychiatrie, DU hypnose médicale, DU gestion du stress et de l'anxiété, sophrologie, relaxation, eutonnie, méditation de pleine conscience et analyse transactionnelle.

Aucune des formations proposées au personnel soignant n'a concerné les droits fondamentaux des patients en psychiatrie.

Aucune supervision ni analyse des pratiques n'est organisée bien que le chef de pôle affiche le souhait de les mettre en place.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le centre hospitalier doit assurer la formation de l'ensemble des professionnels aux droits des patients ainsi qu'aux pratiques des isolements et contentions.

Dans ses observations du 22 février 2022 faisant suite aux recommandations en urgence, le ministre des solidarités et de la santé indique : « Un programme de formation sur les droits des patients et la prise en charge des mineurs est organisé avec un organisme extérieur qui permettra la formation d'une centaine de professionnels au cours de l'année. Les premières journées sont en cours de planification pour un démarrage dès le premier trimestre. ».

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une formation pour l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux a été mise en place avec une première session le 22 mars 2022, puis les 3 mai et 2 juin 2022 ; 5 autres sessions sont en cours de programmation pour la période de septembre à décembre. ».

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT TRACES ET HIERARCHISES, MAIS LES MESURES CORRECTIVES PEINENT A SE METTRE EN PLACE

Les événements indésirables peuvent être saisis par tous les personnels de l'établissement (médecins, soignants, personnels administratifs) sur le logiciel Blue Kango.

En 2021, le pôle de psychiatrie¹⁰ a saisi 151 événements indésirables sur les 532 signalements effectués dans le centre hospitalier, ce qui le place en tête des pôles déclarants. Pendant le dernier trimestre de l'année 2021¹¹, vingt-deux événements indésirables ont été saisis, le thème principal étant celui de l'insécurité (huit signalements), suivi par les difficultés associées aux soins (six signalements). Des dysfonctionnements des équipements de sécurité, des tentatives d'agression par les patients ou des difficultés liées au service des repas y sont constatés.

La lisibilité du lieu de survenue des incidents n'est plus garantie, le logiciel n'ayant pas été adapté à la nouvelle organisation des unités (cf. § 2.1.2).

¹⁰ Secteur ambulatoire et d'hospitalisation complète.

¹¹ Période du 3/10/2021 au 11/01/2022.

Le traitement est effectué chaque semaine par la direction de la qualité et de la gestion des risques et le service en charge de la sécurité, en lien avec tout service pouvant être concerné. Malgré ce suivi, des problèmes perdurent et ont été constatés lors de la visite de contrôle, tels que l'absence de chauffage dans certains locaux ou les anomalies du réseau informatique.

Un incident qui répond à des critères impliquant un décès ou un risque de complication grave pour le patient, est répertorié et traité en qualité d'événement indésirable grave associé aux soins (EIGS). En 2020, trois des six EIGS transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) concernaient des patients de la psychiatrie, soit 50 % des situations, dont deux décès par suicide. Lors du mois de mai 2021, une patiente qui déjeunait seule dans sa chambre est décédée des suites d'une fausse route, alors que les problèmes de déglutition étaient connus dès l'admission.

Outre la transmission à l'ARS et l'information systématique de la commission des usagers, une analyse pluridisciplinaire est réalisée en s'appuyant sur un rapport circonstancié issu des briefings des équipes et des fiches de signalement et d'analyse (fiches ALARM). Les contrôleurs ont consulté les dossiers relatifs aux événements graves les plus récents et ont mis en évidence des dysfonctionnements : « *Matériels défectueux, téléphone sans fil non fonctionnel n'ayant pas permis d'appeler les urgences en interne, ... Protocoles indisponibles, le cadre de garde ne s'est pas déplacé, formation au risque suicidaire insuffisante* ».

Les contrôleurs notent que deux événements indésirables graves associés à des sorties non autorisées de patients ont entraîné la rédaction d'une procédure complète visant à prévenir et mieux traiter ce type de difficulté¹².

Le PAQSS (programme d'action qualité sécurité des soins) est alimenté par les données issues des événements indésirables et de leur traitement, pour prévenir leur réitération et améliorer leur prise en charge. La version présentée aux contrôleurs comporte vingt-six actions, prévues pour certaines depuis plusieurs années, mais dont aucune n'est aboutie. Elles sont indiquées soit « en cours », soit « non initié », y compris pour des axes prioritaires, tels que l'amélioration de la prise en charge de la crise suicidaire.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le suivi et la mise en œuvre du programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS), et en particulier le volet consacré à l'évaluation de l'activité en psychiatrie et santé mentale, doivent être effectifs dans les unités concernées.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *Dans le cadre de la démarche qualité, chaque unité du pôle de psychiatrie dispose d'un Plan d'Amélioration de Qualité et de Sécurité des soins. Les suivis et mises à jour de ces plans sont bimensuels et présentés à la Direction des soins (réunion d'encadrement du pôle de psychiatrie et de directions des soins).* ».

Bien que les événements indésirables de l'établissement concernent majoritairement la psychiatrie, les réclamations déposées par les patients ou leur famille sont peu nombreuses, à raison de quatre ou cinq par an. Cet indicateur peut refléter une faible information des patients concernant les missions de la commission des usagers. Les réclamations concernent essentiellement les dommages corporels. A la date du contrôle, deux procédures en demande

¹² Procédure n° 9062.2- Février 2021 : Sortie à l'insu du service, dite « fugue ».

d'indemnisation étaient en cours de traitement, dont une par la voie judiciaire, pour un patient retrouvé décédé hors de l'enceinte du CSMJBP.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF MAIS N'EST PAS SOLLICITE PAR LES SERVICES DE PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique, qui se réunit tous les deux mois, la dernière fois le 7 janvier 2022, est présidé par un médecin et composé de vingt-quatre membres. Le pôle de psychiatrie est représenté depuis peu par une IDE.

Le comité rend des avis lorsqu'il est sollicité pour évoquer un cas particulier. Les comptes rendus des réunions transmis aux contrôleurs permettent de constater que les sujets abordés sont variés mais qu'aucun ne concerne spécifiquement le domaine de la psychiatrie.

D'après le président, seulement 10% des agents connaissent l'existence du comité qui envisage la création d'une lettre de communication « *Ethiq'infos* ». Le comité organise deux fois par an un « brunch éthique ». Celui du mois de juin 2021 s'est tenu en visioconférence et a permis d'associer des professionnels des centres hospitaliers de la région sur la question « *Ethique et Covid-19, on en parle ?* ». Le brunch du mois de décembre 2021 a abordé le thème de la mort. Le comité participe à l'organisation d'une journée éthique au sein du GHT. Le prochain thème en discussion devrait s'intituler « *l'équipe en éthique* » au mois d'octobre 2022.

Dans les unités de psychiatrie, l'existence du comité est diversement connue et personne n'a envisagé de saisir le comité pour évoquer une problématique générale ni individuelle ou lui demander son avis sur la situation d'un patient.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le comité d'éthique doit se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés et accompagner une réflexion institutionnelle.

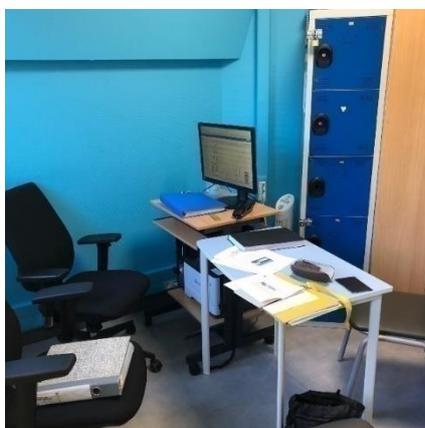
Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *Le comité Ethique a été sollicité, une rencontre a pu avoir lieu et des projets de travaux communs sont en cours. Une première programmation de réunions avec les équipes des quatre unités d'hospitalisation complète aura lieu au cours du mois de juin 2022. Dans le cadre de cette réflexion, des rencontres avec d'autres établissements sont organisées ; ainsi une première rencontre a été réalisée avec l'EPSM de Saint Venant en mai et début juin une visite est programmée au CH de Landerneau et au CH de Rouvray.* ».

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LES PATIENTS SONT ACCUEILLIS DANS UN LOCAL INADAPTE DU SERVICE DES URGENCES DU CH DE LENS, OU CERTAINS D'ENTRE EUX FONT L'OBJET DE MESURES DE CONTENTION INDIGNES ET NON TRACEES

3.1.1 La prise en charge des urgences et de la crise

L'antenne des urgences psychiatriques, située au sein du service des urgences du CHL se résume à un bureau exigü, fermé d'une porte percée d'un oculus et équipé de deux tablettes, d'un ordinateur, d'un dispositif d'appel, de deux chaises, de deux fauteuils et d'une armoire à casiers cadenassés permettant le rangement des entraves en tissu et des effets du personnel. La disparition régulière du matériel de contention, pour une utilisation par d'autres professionnels de l'établissement a été rapportée aux contrôleurs.



Local d'accueil des urgences psychiatriques

L'effectif de l'équipe se compose :

- d'une présence médicale psychiatrique théorique tous les matins du lundi au vendredi, assurée en pratique par les médecins du CSMJBP qui passent en début ou en fin de matinée, en cas de patients présents aux urgences ;
- d'internes qui peuvent effectuer, s'ils sont volontaires, des astreintes sur place du lundi au vendredi (18h30-minuit), le samedi (13h30-18h) et le dimanche et les jours fériés (9h-18h) ;
- de 6,80 ETP d'IDE, pourvus par sept personnes qui interviennent uniquement aux urgences ;
- de 2 ETP d'IDE, pourvus par deux personnes, spécifiques de l'activité de liaison réalisée dans les services et les chambres sécurisées de l'établissement¹³ ;
- d'un cadre de santé référent, qui n'assure qu'une présence très ponctuelle en raison de ses multiples missions.

Les ressources humaines connaissent actuellement d'importantes difficultés de renouvellement des effectifs et d'absentéisme, avec un agent en congé maternité, un dont le congé paternité commencera au mois de février 2022, un en arrêt de travail au très long cours et un qui quittera

¹³ Les IDE de la liaison interviennent du lundi au vendredi de 9h à 17h et prennent leurs congés en alternance.

le service pour raisons personnelles à la fin du mois de janvier. Aucun candidat ne s'étant présenté lors des procédures de recrutement, la réorganisation des horaires de trois roulements initialement (8h30-16h, 13h-20h30 et 20h-5h) vers deux roulements (8h-20h et 11h-23h) s'est traduite par une diminution de la présence des IDE, qui n'assurent plus la période 23h-5h. Les patients qui se présentent aux urgences ne bénéficient plus d'une évaluation psychiatrique spécialisée entre 23h et 5h, et doivent attendre le passage du psychiatre le lendemain en début ou en fin de matinée, soit une attente variant entre 9 et 13 heures. Les IDE des urgences sont par ailleurs sollicités pour effectuer des remplacements du personnel absent au CSMJBP.

RECOMMANDATION 2

Le centre hospitalier de Lens doit assurer une présence médicale, pourvoir les postes infirmiers vacants, proposer des locaux adaptés à l'antenne de psychiatrie aux urgences, afin de permettre l'accès sans restriction horaire des patients à des soins psychiatriques urgents de qualité et des conditions de travail adaptées au personnel soignant.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le cadre de fonctionnement intègre un nombre de postes pour couvrir les plages horaires du SAU psychiatrie ; toutefois l'établissement fait face à une tension en termes de recrutement de personnels soignants. Aussi, à ce stade il n'est pas possible d'assurer systématiquement une continuité optimale des urgences.

Une attention renforcée est portée sur ce service des urgences psychiatriques au sein des Urgences du CH de Lens par l'équipe de recrutement des Hôpitaux Publics de l'Artois avec le déploiement d'une politique d'attractivité. Une réorganisation de la prise en charge des patients présentant une problématique psychiatrique au SAU est en cours afin de pallier la pénurie d'IDE et de répondre aux besoins de santé ; projet médical en cours de rédaction ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Les patients proviennent de leur domicile, de la rue, sont parfois accompagnés par les forces de l'ordre (dans le cadre d'une garde à vue ou d'une ivresse publique manifeste) et peuvent être adressés par les structures de soins psychiatriques ambulatoires (CMP, maison des adolescents), par les infirmières scolaires ou par le programme *Vigilans*¹⁴.

¹⁴ Tous les patients pris en charge aux urgences pour une tentative de suicide, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, renseignent, lors de la sortie, un formulaire adressé au programme *Vigilans* à Lille (identité du patient, adresse mail et postale, téléphone, médecin et psychiatre traitants, détails cliniques de la tentative de suicide, personne accompagnante pendant le séjour aux urgences, contexte et compromis soignant de sortie, nom prénom et fonction du soignant ayant pris en charge et remis au patient la carte « ressource prévention » du programme). Les patients peuvent appeler en cas de mal-être les intervenants du programme, au moyen d'un numéro vert, du lundi au vendredi de 10h à 18h, intervenants qui les rappellent systématiquement dans les six mois de la sortie pour prendre des nouvelles.

BONNE PRATIQUE 1

La mise en œuvre du programme *Vigilans*, contribue au suivi des patients suicidants et à la prévention de la récurrence de la tentative de suicide, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

L'ensemble des patients hospitalisés au CSMJBP sont initialement évalués aux urgences, à l'exception de ceux dont l'hospitalisation a été programmée lors de leur suivi dans les unités de soins ambulatoires. L'IDE, évaluant un patient et concluant à la nécessité d'une prise en charge hospitalière, en soins libres (SL) comme en soins sans consentement (SSC), contacte habituellement le psychiatre par téléphone, pour lui transmettre son évaluation et obtenir en retour la confirmation de l'hospitalisation, avant de solliciter les urgentistes pour la signature des certificats.

Les patients peuvent dans l'attente sortir fumer librement dans le sas ou y être accompagnés par un IDE, éventuellement disponible, s'ils font l'objet d'une mesure de contention.

RECOMMANDATION 3

Les patients qui se présentent aux urgences doivent bénéficier d'un examen médical psychiatrique, avant d'être orientés pour une hospitalisation en soins sans consentement vers le centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Bien que le personnel connaisse actuellement des difficultés d'effectifs, les patients sont systématiquement pris en charge par l'IDE de psychiatrie qui selon l'anamnèse de celui-ci a recours au psychiatre référent, soit pour avis ou consultation. »

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

Lors du processus de l'hospitalisation en SSC sous le régime des soins à la demande d'un tiers (SDT), l'IDE recherche systématiquement l'existence d'un tiers familial, contacté par téléphone et invité à se déplacer pour signer une demande ou un refus de tiers.

Le refus de tiers est un document validé le 22 mars 2021 par un psychiatre, qui mentionne le nom, le prénom, la date de naissance, la profession, l'adresse la date et la signature de la personne concernée qui, informée de l'indication médicale d'hospitalisation en SSC de son proche, la refuse et s'engage à le surveiller de manière intensive le temps nécessaire et de le reconduire aux urgences si besoin.

Les entretiens réalisés avec les patients se déroulent dans le bureau infirmier mais l'antenne ne dispose d'aucun box d'examen réservé ou mutualisé avec le service des urgences ni d'aucun espace d'isolement. Enfin, la contention est exposée à la vue de tous, en position allongée sur un brancard dans le couloir du service. Ces pratiques de contentions sont réalisées sur décision des médecins urgentistes, sans la sollicitation de l'équipe de psychiatrie, et ne font pas l'objet d'une consignation dans un registre spécifique.

RECOMMANDATION 4

Les pratiques de contention sur un brancard des patients exposés à la vue de tous dans un couloir du service des urgences doivent cesser. Les mesures de contention doivent être tracées dans un registre spécifique.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une réunion avec le pôle des urgences est programmée pour mettre en place un fonctionnement différent pour les patients accueillis. Un questionnaire des locaux sera également en réflexion pour permettre une surveillance optimale du patient s'il doit être maintenu. Un registre spécifique isolement contention devrait être mis en place en lien avec le service des urgences. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Les patients orientés vers le CSMJBP pour une hospitalisation, en SL comme en SSC, sont transférés systématiquement en ambulance, sans la présence d'un soignant et les éventuelles contentions mises en place lors de la prise en charge aux urgences sont maintenues lors du transport. Une sédation, par voie orale ou injectable intramusculaire peut être pratiquée avant le départ, selon l'état clinique et les agents de sécurité du CHL sont sollicités, en cas de besoin, pour l'accompagnement du patient du service des urgences vers l'ambulance.

3.1.2 L'arrivée au CSMJBP

Les patients adressés en ambulance par le service des urgences du CHL ou l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire arrivent par l'arrière de l'établissement, passent un portail électrique habituellement fermé, et accèdent en sous-sol à un parking. Un ascenseur facilite l'accès aux unités.

Les patients qui arrivent pour une hospitalisation programmée, le font par leurs propres moyens et se présentent devant le portail électrique de l'enceinte muni d'un interphone qui permet d'appeler l'accueil ou les unités.

Les patients restent en chambre, dans l'attente du résultat du test de dépistage de la contamination par le coronavirus et bénéficient d'un premier entretien avec le psychiatre dans la journée de l'entrée ou le lendemain. Aucune pratique de mise en pyjama ou en chambre d'isolement systématique n'est mise en œuvre lors de l'entrée

La rédaction des certificats de 24 et 72h est précédée d'un entretien médical.

L'examen somatique initial est fonction de la présence d'un médecin généraliste (cf. § 8.2).

3.2 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT AU REGARD D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL SONT LARGEMENT MAJORITAIRES

3.2.1 L'occupation

Globalement, le CSMJBP n'est pas concerné par la suroccupation. La file active des patients hospitalisés à temps plein est passée de 653 en 2019 à 588 en 2020. Le taux d'occupation consolidé de 2020 était de 82 %, avec toutefois des différences marquées entre les secteurs.

Ainsi, au jour du contrôle, le secteur de Lens était occupé à 96% alors que celui d'Avion l'était à 56%¹⁵.

Il est expliqué que le secteur de Lens, plus peuplé, avec une population fortement précarisée et un maillage ambulatoire plus faible que celui d'Avion, a un besoin nettement plus important de places en hospitalisation complète. Les unités du secteur d'Avion sont donc astreintes à accueillir, de façon régulière, des patients de l'autre secteur¹⁶. Les patients hors secteur sont pris en charge par les soignants de leur unité, mais les praticiens référents, les travailleurs sociaux et les interlocuteurs du CMP restent ceux du secteur initial, ce qui complique la prise en charge.

Afin d'achever la réorganisation et de participer au réajustement capacitaire entre les deux secteurs, l'établissement devra prendre des mesures :

- doter le secteur de Lens des cinq lits supplémentaires qui sont prévus (pour l'unité Lens 1), avec la diminution correspondante dans le secteur d'Avion 1. Des travaux et des ajustements des effectifs sont à prévoir ;
- affiner le projet médico-soignant pour guider l'orientation des patients entre les deux unités du secteur et préciser la gestion des éventuelles suroccupations ;
- faire aboutir les actions prévues dans le plan « Ambitions 2025 » pour développer les accueils thérapeutiques ambulatoires dans le secteur de Lens (appartements thérapeutiques, réseau d'accueil familial thérapeutique).

RECOMMANDATION 5

La réorganisation du pôle de la psychiatrie doit être assortie du réajustement capacitaire permettant l'équilibre entre les deux secteurs et d'un projet de soins pour préciser le parcours de soins des patients au sein de chaque secteur, ainsi que la gestion des éventuelles suroccupations.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Un premier réajustement du capacitaire a été validé par les instances du Centre Hospitalier de Lens en décembre 2021 ; sa mise en place est effective et la réflexion se poursuit avec l'écriture du projet médical et le souhait de développement d'autres structures en réponse à des appels à projets de l'ARS. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

3.2.2 La part des soins sans consentement

En 2020, sur 588 patients hospitalisés, 157 relevaient d'une mesure de SSC. Au 12 janvier 2022, la proportion des patients admis en SSC était de 21%, avec quinze patients répartis entre les diverses unités dont quatre étaient placés en soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE). Les soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) étaient donc largement majoritaires.

¹⁵ 44 patients secteur de Lens, 28 patients secteur d'Avion, comprenant les patients hors secteur.

¹⁶ C'est déjà le cas puisque Avion 1 compte au jour du contrôle cinq patients hors secteur, soit 36% de son effectif.

Compte tenu des pratiques observées conduisant à placer en isolement et/ou sous contention des personnes en SL, sans leur notifier un passage en SSC (cf.§ 6.3.2), les chiffres des SSC sont nécessairement sous-estimés¹⁷.

La procédure ordinaire de soins à la demande d'un tiers (SDT) est rarement mise en œuvre en raison de l'inexistence ou de l'inadéquation des certificats médicaux initiaux établis par les médecins généralistes traitants qui adressent leurs patients. La procédure dite de péril imminent (SPI) est rarement utilisée. La procédure de SDT en urgence (SDTU) se trouve donc être la principale mesure utilisée, privant les patients d'une double évaluation médicale, avant d'être hospitalisé au CSMJBP pour des soins psychiatriques sans consentement.

En 2021, dans le secteur d'Avion, les cinquante-sept admissions sur décision du directeur ont représenté quarante-trois décisions en SDTU et quatorze en SPI (chiffres non communiqués sur le secteur de Lens).

Les contrôleurs ont examiné trois admissions récentes réalisées à la demande d'un tiers, toutes trois instruites selon une procédure d'urgence pour des états dépressifs ayant généré, ou non, une tentative de passage à l'acte. Dans les trois dossiers, le premier certificat est établi par un urgentiste du CHL. Dans deux cas sur trois, la demande du tiers est (selon horodatage), postérieure au certificat d'admission et ne comporte aucun élément de contextualisation sur la demande présentée, l'antériorité éventuelle de soins qui seraient restés inopérants ou un avis médical extérieur rendu en première intention (un certificat initial du médecin traitant, à titre d'exemple).

RECO PRISE EN COMPTE 5

Le recours à la procédure dérogatoire que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une information sur ce sujet a largement été diffusée auprès des équipes médicales et non médicales au travers de la formation Droit des patients. La visite du Juge des Libertés et de la Détention et du Procureur de la République a également permis de rappeler ce principe d'exception. Dans le cadre de la nouvelle procédure de signature des décisions administratives de soins sans consentement, un rappel a aussi été effectué auprès des Directeurs de garde. ».

3.3 LES PATIENTS NE SONT PAS INFORMES DE LEURS DROITS ET LE CADRE JURIDIQUE DES SOINS SANS CONSENTEMENT N'EST PAS RESPECTE

3.3.1 L'information des patients

La direction de l'établissement a remis aux contrôleurs des exemplaires du livret d'accueil du CHL dans lequel est inséré une feuille A4 intitulée « Règles de vie spécifiques du Centre de santé mentale JB Pussin Lens en complément du livret d'accueil » ; ces règles de vies ont été actualisées en juillet 2021. Cependant, ce livret d'accueil et ces règles de vie ne sont jamais distribués aux

¹⁷ Pour exemple, une unité ne décomptait au jour du contrôle qu'une personne en SSC pour quatorze patients hébergés mais trois patients en SL faisaient régulièrement l'objet d'isolement et/ou de contention.

patients dans aucune des unités du centre et seule une version antérieure des règles de vie était affichée dans trois des quatre unités.

Quelques documents ou informations sont affichés dans les unités ou à proximité de leur porte d'entrée : la charte de la personne hospitalisée, la charte de la bientraitance, la charte de la laïcité, les horaires des visites, ceux d'ouverture des portes de l'unité, etc. Cependant, bien que ces différents horaires aient été modifiés depuis presque deux ans au moment de la visite, ceux qui sont affichés n'ont pas été actualisés depuis le début de la crise sanitaire de la COVID-19.

Par ailleurs, le livret d'accueil ne consacre pas une ligne aux soins sans consentement, ni aux différents modes d'hospitalisation et formes de prise en charge, et ne mentionne pas les droits spécifiques attachés à ce type de soins. Les patients ne reçoivent donc aucun document exposant leurs droits et les coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies pour les faire valoir¹⁸.

Selon les propos recueillis, les informations sont essentiellement communiquées oralement par les soignants, lors de l'entretien d'admission, dans les jours qui suivent l'admission ou au fur et à mesure des questions posées. Si les soignants connaissent naturellement les règles de vie du CSMJBP, ils n'ont pas la capacité de répondre à l'ensemble des questions que peuvent se poser les patients. A titre d'exemple, la possibilité pour les patients d'opter pour la confidentialité de leur hospitalisation vis-à-vis de tiers n'est comprise ni des soignants ni du personnel administratif, de sorte que l'information y afférente n'est pas donnée utilement aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil ou un règlement intérieur contenant des informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les patients en soins sans consentement doivent bénéficier d'informations relatives à leur statut ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. Ces informations doivent leur être communiquées sur un support qu'ils peuvent conserver.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place au sein des services. Un livret d'accueil spécifique a été réalisé et est intégré dans celui du Centre Hospitalier de Lens. Le livret d'accueil est transmis à chaque patient lors de son arrivée. La transmission de ce document est systématiquement accompagnée par un soignant afin de l'aider à sa complète compréhension puisqu'il intègre « les règles de vie » à respecter au sein des unités d'hospitalisation complète ainsi que des différents modes d'hospitalisations. ».

3.3.2 Le cadre juridique des SSC

Les SSC impliquent des restrictions à l'exercice des libertés individuelles qui doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état clinique de la personne concernée. Ils ne peuvent être mis en œuvre que dans un certain cadre, pour des motifs définis par la loi, dans des délais contraints, et les décisions y afférentes doivent pouvoir faire l'objet de recours. Or, les dispositions légales régissant les SSC sont largement méconnues de l'ensemble des

¹⁸ Le JLD, le Défenseur des Droits, le CGLPL, les avocats, la commission des usagers, la CDSP.

professionnels du CSMJBP et, comme l'indique un professionnel, « *c'est l'improvisation à chaque fois* »¹⁹.

L'article L 3211-3 du code de la santé publique prévoit que les personnes hospitalisées sans consentement doivent être informées le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état, de la décision d'admission et de chacune des décisions ultérieures ainsi que des raisons qui les motivent, et que doivent, par ailleurs, leur être communiquées les informations relatives à leur situation juridique, aux droits attachés à leur statut et aux voies de recours qui leurs sont ouvertes.

Pourtant, les décisions du directeur ou les arrêtés préfectoraux ne sont pas remis aux patients, qui ne reçoivent pas non plus systématiquement copie de celles du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont parfois insuffisamment circonstanciés et ne reprennent pas toujours les observations du patient. Les certificats rédigés en vue de la prolongation mensuelle sont émis tardivement de sorte que la décision du directeur n'intervient pas dans les délais requis, et peut être prise avec plusieurs jours de retard, si elle n'est pas antidatée pour couvrir les défaillances organisationnelles²⁰. Les différentes décisions du directeur sont préparées par le bureau des entrées du CSMJBP et envoyées ensuite pour signature à la direction. Outre le fait qu'aucune disposition n'est prise pour assurer la rédaction des décisions d'admission en dehors des horaires d'ouverture du bureau des entrées (du lundi au vendredi de 8h à 17h) ni pendant les week-ends et les jours fériés, la signature par le directeur, de l'ensemble des décisions, intervient au mieux 24h après la date des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent. Ainsi, le bureau des entrées n'adresse pas la décision d'admission pour signature avant que le certificat des 24h ne la confirme ; un des agents précisant qu'il attend souvent que plusieurs décisions (concernant différents patients) soient rédigées avant d'envoyer le parapheur à la direction du centre hospitalier²¹.

¹⁹ La direction du CSMJBP a communiqué aux contrôleurs un document d'information relatif aux « *droits des personnes faisant l'objet de soins sans consentement* » élaboré en septembre 2017, mais les professionnels du CSMJBP ont indiqué aux contrôleurs ne pas avoir eu connaissance de l'existence de ce document.

²⁰ Pour exemple, au départ des contrôleurs le 14 janvier 2022, une patiente attendait depuis sept jours la prolongation de son hospitalisation en soins sans consentement, échue le 7 janvier 2022. Le dernier certificat médical en vue d'une prolongation d'un mois datait du 7 janvier à 18h02, ce qui rendait impossible la tâche du directeur ou de son délégataire, sans toutefois justifier que sept jours plus tard, le patient soit toujours sans explication ni titre légal d'hospitalisation.

²¹ Un cas illustre parfaitement ces dysfonctionnements : une patiente a été admise en SDTU le mercredi 5 janvier 2022 à 18h19. La « *décision prolongeant les soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète* » à l'issue de la période d'observation de 72h, préparée par le bureau des entrées à une date indéterminée (mais portant bien la date du 8 janvier 2022), n'a été envoyée à la direction pour signature que le mardi 11 janvier. Cette décision a été signée le lendemain (12 janvier) – soit sept jours après l'admission de la patiente et donc prise avec quatre jours de retard – et le parapheur contenant la décision signée n'a été retourné au bureau des entrées que le vendredi 14 janvier à 9h50, comme les contrôleurs ont pu le constater. La patiente était, le jour même à 10h, convoquée devant le JLD pour l'audience des douze jours ; le secrétariat médical a adressé à 9h56 au greffe du JLD, par mail, la décision de maintien en hospitalisation complète. Le JLD n'a, à aucun moment, jugé utile de solliciter l'établissement pour obtenir cette décision avant l'audience.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a régulièrement alerté sur les délais de rédaction des certificats médicaux mensuels et leur contenu²² ; aucun changement n'est intervenu.

L'échéance légale de la convocation du patient devant le JLD dans le délai de six mois est fréquemment ignorée²³. La possibilité de saisir le JLD en dehors des échéances des douze jours et des six mois n'est, dans le contexte précédemment décrit, aucunement expliquée aux patients.

Dans les conditions décrites, la notification aux patients, dans des délais raisonnables, des différentes décisions du directeur est naturellement impossible.

Les soignants des unités leur font néanmoins signer un document de « *notification d'une décision administrative* ». Ce document précise que le patient atteste « *avoir été informé de la décision administrative me concernant et des décisions qui la motivent exposées dans les certificats annexés, des voies de recours qui me sont ouvertes et des garanties qui me sont offertes. Avoir pris connaissance de ma situation juridique, de mes droits prévus au Livre II du code la santé publique, Titre I, chapitre I, exposés dans le livret d'accueil qui m'a été remis lors de mon admission* ». Or, lors de la signature de ce document, la décision du directeur n'a pas encore été rédigée ni signée ; elle ne leur est donc jamais remise pas plus que les certificats médicaux la motivant.

Un document de notification différent est utilisé pour les SDRE dans lequel les soignants attestent avoir informé le patient « *de ses droits avant signature de la notification de l'arrêté. Une copie de l'arrêté et une information écrite des droits a été remise ce même jour* » alors que ni l'arrêté ni aucun document d'information ne sont donnés au patient.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Il doit être mis fin à des pratiques conduisant à des hospitalisations arbitraires : les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être pris dans les délais légaux, être dûment motivés et remis aux patients sur un support qu'ils peuvent conserver.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *Une refonte totale du circuit des documents et signatures concernant les documents d'hospitalisations sous contraintes a été faite. Une multiplication des contrôles est dorénavant faite par différents interlocuteurs (Secrétaires médicales, Professionnels du service médicaux et non médicaux, Directeur référent du pôle...)* ». ».

²² Pour exemple, la CDSP indique dans son compte-rendu du 1^{er} juin 2021 qu'il existe des écarts entre les certificats médicaux de prolongation d'un mois pouvant aller de 34 à 36 jours ; elle rappelle en outre la nécessité que les certificats soient circonstanciés : « *Le délai d'un mois entre deux certificats est respecté sauf pour deux psychiatres : ..l'écart est de 34 jours entre deux certificats mensuels, et de 35 jours au mois de mai.....On trouve pour un patient un écart de 36 jours...On retrouve encore des CM « copiés/collés » malgré les recommandations de la CDSP de toujours circonstancier les certificats* ».

²³ Pour exemple, à deux reprises, l'échéance des six mois a été oubliée pour la même patiente qui est ainsi restée abusivement placée en soins sans consentement une première fois deux mois, une seconde fois un mois et quinze jours avant que la décision soit prise de régulariser précipitamment la procédure en faisant signer à un membre de la famille une nouvelle hospitalisation à la demande d'un tiers, omettant alors sur le registre d'indiquer l'existence d'une mesure de protection de type curatelle. Le curateur, qui n'apparaît pas sur la décision du JLD, semble n'avoir pas été convoqué.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX, MAL CONÇUS ET MAL ENTRETENUS, NE GARANTISSENT PAS LE RESPECT DE L'INTEGRITE ET DE LA VIE PRIVEE DES PATIENTS

4.1.1 Présentation générale des locaux

Le CSMJBP est aisément accessible en voiture ou en transport en commun.



Plan du bâtiment

L'établissement est un bâtiment de deux étages en forme de croix dont deux côtés sont concaves. Au rez-de-chaussée, une fois la porte franchie, on trouve sur la droite la cafétéria, au centre le secrétariat et à gauche le bureau des admissions. Le couloir dessert en suivant les bureaux du cadre supérieur de santé, des assistants de service social et du psychologue. Au fond se trouve une grande salle de sport pouvant être utilisée par toutes les unités. L'autre partie du rez-de-chaussée comprend l'unité Lens 1 et l'unité Avion 1 qui ont, toutes deux, un accès direct à un espace extérieur.

Le premier étage comprend l'unité Lens 2 et l'unité Avion 2 (chacune dotée d'une chambre d'isolement) et une partie administrative constituée des bureaux des médecins et d'une salle de réunion. Chaque secteur dispose donc d'une unité en rez-de-chaussée et d'une unité à l'étage.

Le deuxième étage est conçu comme un plateau technique d'activité intersectoriel, il comprend de nombreuses salles, spacieuses et bien équipées, où se déroulent les activités thérapeutiques et d'ergothérapie : la salle polyvalente, la cuisine thérapeutique, la salle avec ordinateurs, la salle de soins esthétiques, la salle de relaxation, etc.



Salle de sport du rez-de-chaussée



Salle d'activité thérapeutique du 2^{ème} étage

Les unités sont conçues de la même manière : elles s'organisent autour de trois ailes, deux ailes en forme de V de chaque côté des bureaux des médecins et des soignants et une aile en face de l'entrée. Elles comprennent, outre les chambres, différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants. On y trouve ainsi un réfectoire, des salles de télévision, des bureaux pour les consultations médicales ou le cadre de santé, des salles d'activités dont d'ergothérapie, un poste de soins, une salle de réunion, des salles de bains avec baignoire, des locaux de stockage et des WC communs.



Salle de télévision de l'unité Lens 2



Réfectoire de l'unité Lens 1

Les unités comprennent un secteur « fermable » dit « *secteur attentif* ». Ce secteur comprend la chambre d'isolement, cinq chambres hôtelières et une salle d'activité qui peuvent être isolées du reste de l'unité en fermant une porte.

Le bâtiment, livré en 2009, a été mal conçu et il est difficile de s'y repérer. Beaucoup de patients ont indiqué qu'ils voyaient peu les soignants dont les bureaux sont situés à l'extrémité des ailes. Les unités situées à l'étage n'ont pas d'accès direct à l'air libre et doivent passer par un escalier extérieur alors que celles du rez-de-chaussée disposent d'une terrasse et d'un abri.



Espaces extérieurs des unités Lens 1 et Avion 1

Le bâtiment comprend en son sein cinq patios qui ne peuvent cependant pas être utilisés pour des raisons de sécurité car les dalles ne seraient pas assez solides.



Patios ne pouvant être utilisés

Si des malfaçons sont apparues peu après la livraison du bâtiment²⁴, les locaux souffrent aussi de défauts de maintenance. Les dégradations ne sont pas réparées ; on trouve des fils électriques ou des interrupteurs à nu, des poignées de fenêtre cassées.

Le mobilier est défraîchi et dégradé, beaucoup de fauteuils ou de chaises sont éventrés ; dans une unité, une télévision est cassée depuis plus d'un an et n'a pas été remplacée, dans une autre c'est une télécommande qui manque depuis plusieurs mois, dans une autre encore une horloge est fendue. Les couloirs, qui ne sont pas dotés de main-courante, et les espaces collectifs sont peu décorés.



Chaises et fauteuil éventrés

4.1.2 Les chambres

A l'exception de Lens 1, les unités disposent de quelques chambres doubles (quatre à Avion 1, six à Avion 2, cinq à Lens 2). Le mobilier est variable d'une chambre à l'autre : certaines ne comprennent pas de table ou de fauteuil, dans d'autres le miroir au-dessus du lavabo est manquant.

²⁴ La garantie décennale a été engagée.

Sauf exception - pour quatre chambres parmi celles permettant un accès aux pompiers²⁵ - les patients ne disposent pas de la possibilité de fermer effectivement leur chambre, ni leur espace sanitaire.

Les patients n'ont pas d'intimité lorsqu'ils se lavent ou se rendent aux toilettes, n'ont aucune tranquillité, ni le jour ni la nuit, alors que certains sont hospitalisés depuis des semaines, des mois, voire des années et qu'ils se trouvent parfois en chambre double. Plusieurs personnes hospitalisées, dont une jeune femme et un mineur, ont signalé ou déposé plainte pour des faits de harcèlement et d'agressions en chambre, en journée ou la nuit. Une patiente a indiqué qu'un soignant avait ouvert la porte des sanitaires pendant qu'elle prenait sa douche, ignorant qu'elle s'y trouvait. Une autre patiente, jeune majeure, a précisé qu'elle n'utilisait pas la salle de bains commune car la porte, qui donne sur le couloir de l'unité, ne peut fermer à clé.

Les patients ne peuvent pas appeler à l'aide puisque, selon des professionnels, le dispositif d'appel en chambre a été volontairement désactivé dans l'ensemble des unités, en raison d'un usage par les patients estimé excessif.

Eu égard aux malfaçons, le chauffage est très inégalement réparti et les chambres situées aux extrémités du bâtiment sont particulièrement froides, de sorte qu'il faut distribuer plusieurs couvertures et qu'un patient a déclaré dormir avec un bonnet. L'eau chaude sanitaire est tout au plus tiède et dans certains sanitaires, elle s'évacue difficilement.

Les fenêtres des chambres ne peuvent pas s'ouvrir, les volets sont parfois absents et certains sont cassés depuis des années sans avoir été remplacés. Un patient rapporte ainsi dormir la tête sous la couverture pour ne pas être gêné par l'éclairage public avoisinant. Les huit chambres « pompiers » ne disposent pas de volets et sont dotées de stores dont un est bloqué à moitié.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les patients doivent avoir la possibilité de verrouiller leur chambre et leur espace sanitaire, notamment lorsqu'ils sont hospitalisés en chambre double. Ils doivent disposer d'un bouton d'appel à l'aide, d'eau chaude dans les sanitaires et d'un système de chauffage efficace. Ils doivent pouvoir ouvrir librement leur fenêtre et leurs volets ou leurs stores. Le mobilier dégradé ou manquant doit être remplacé.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise en place de système de fermeture des portes de chambres, de porte de salle de bain (pour les chambres double) et du placard de la chambre est en cours. Les matériaux sont commandés et seront installés sans délais à réception.

De nouveaux mitigeurs ont été installés dans les chambres ce qui a amélioré la température de l'eau ; des modifications du circuit de chauffage mais aussi un double « désembouage » sont en cours de réalisation.

Les appels malades sont en cours de réactivation (certains sont réparés mais l'établissement est en attente de différentes commandes). ».

²⁵ Le centre dispose de douze accès pompiers, signalés par des pastilles rouges, dont huit donnent dans des chambres. Sur les huit chambres, quatre disposent d'un verrou intérieur fonctionnel, une dispose d'un verrou intérieur qui ne fonctionne pas, et trois ont des verrous à clé mais les clés ne sont pas remises aux patients.

4.2 LES PATIENTS NE PEUVENT PAS ASSURER LEUR HYGIENE CONVENABLEMENT

Les locaux étaient propres au moment du contrôle. Ils sont nettoyés tous les jours du lundi au vendredi et un à deux samedis par mois par une équipe de huit ASH (deux par unité) qui disposent du matériel nécessaire à cet effet. Les extérieurs sont entretenus par le service du CH qui se déplace régulièrement.

S'agissant de l'hygiène corporelle, outre le fait de ne pouvoir faire sa toilette en toute intimité, de ne pas toujours disposer de chauffage ou d'eau chaude (cf. § 4.1), aucune serviette de toilette ni gant de toilette ne sont fournis par l'établissement. Les soignants ont indiqué qu'ils avaient été amenés à essuyer des patients avec des draps ou des alèses de lit. A leur initiative, les unités se constituent de petites réserves, en cas de besoin, soit de gants de toilettes jetables, soit de serviettes laissées par d'anciens patients ou rapportées par des soignants, soit en sollicitant ponctuellement le CHL.

De même, aucun kit d'hygiène (comportant gel douche, shampoing, déodorant, brosse à dents et dentifrice, rasoir, serviettes hygiéniques) n'est fourni par l'établissement pour les patients qui en seraient démunis. En pratique, les soignants « se débrouillent » en allant acheter des produits d'hygiène à la cafétéria (et le patient effectuera ensuite un remboursement s'il en a la capacité) ou en se constituant des stocks sur le budget consacré normalement aux activités des unités.

Le linge de lit, en quantité suffisante, est changé au moins une fois par semaine et lavé à la lingerie de l'hôpital. Le lavage du linge personnel est effectué en priorité par les proches du patient. En leur absence, les unités peuvent utiliser les buanderies (deux dans l'établissement, une par niveau, dans l'unité Lens 1, l'autre dans l'unité Lens 2) qui disposent de lave-linge et de sèche-linge ou font appel à une association locale qui assure ce service pour les patients qui n'ont pas de famille. L'accompagnement à l'autonomie est favorisé et les patients qui le peuvent sont encouragés à se rendre, seuls ou accompagnés, au lavomatique situé à l'extérieur de l'établissement.

S'agissant des vêtements de secours, les règles varient selon les unités : certaines ne disposent d'aucuns effets, d'autres se constituent des stocks. Là encore, aucune organisation n'est prévue par l'établissement, tout dépend de la bonne volonté des soignants qui rapportent eux-mêmes les vêtements qu'ils n'utilisent plus ou gardent les vêtements laissés par les patients.

RECOMMANDATION 6

L'établissement doit fournir aux patients des gants et serviettes de toilettes, des kits d'hygiène et des vêtements de secours en quantité suffisante.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise à disposition de Kits (5 kits femme et 5 kits homme) dans les services est effective avec mise en place d'un réapprovisionnement automatique. ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation qui n'est que partiellement prise en compte, aucun élément n'étant transmis concernant la fourniture par l'établissement de gants, serviettes de toilette et de vêtements de secours.

4.3 LES BIENS DES PATIENTS NE SONT PAS CONSERVES EN SECURITE

4.3.1 La protection des biens personnels

Lors de l'arrivée du patient, un inventaire contradictoire de ses effets (valeurs, documents d'identité ou administratifs, objets dangereux ou susceptibles de l'être) est réalisé. Le document en attestant est co-signé par le patient et une copie est remise dans son dossier. Toutes les unités ne remettent pas systématiquement un exemplaire au patient.

Les objets sont conservés dans des casiers nominatifs situés dans le bureau des infirmiers. Ces casiers sont placés dans des armoires qui ne ferment pas toujours à clé, alors même qu'ils contiennent généralement les petites sommes d'argent ou moyens de paiement. Les biens de valeur peuvent être également conservés dans un coffre dans le bureau du cadre.



Les casiers avec les biens des patients dans le poste infirmier de l'unité Lens 1 et de l'unité Lens 2

Si un inventaire est établi, ce dernier n'est, par la suite, pas actualisé s'il est remis des objets ou valeurs provenant des casiers du bureau des infirmiers. Ainsi, lors de la visite des contrôleurs, des soignants cherchaient une clé d'appartement qui aurait été remise à la mère d'un patient qui l'aurait rendue et la redemanderait.

En revanche, les entrées ou sorties d'argent du coffre du cadre sont tracées.

Les chambres disposent pas de placards, certains sont sans système de fermeture, d'autres peuvent fermer à clé mais les patients ne disposent pas des clés de leurs placards et ne peuvent donc conserver leurs biens en sécurité. Cette situation est aggravée par le fait qu'aucune porte de chambre n'est équipée de verrous de confort (cf. § 4.1.2).

RECO PRISE EN COMPTE 9

Une copie de l'inventaire contradictoire de ses biens doit systématiquement être remise au patient. L'inventaire doit être actualisé lors de toute entrée ou sortie d'effets. Les patients doivent disposer de placards pouvant être fermés et la clé doit leur être laissée.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La réalisation d'inventaire est faite systématiquement à chaque admission et une commande de coffre-fort pour chaque chambre est en cours. Une copie de cet inventaire est remise au patient ; La mise en place de système de fermeture des portes de chambres, de porte de salle de bain (pour les chambres double) et du placard de la chambre est en cours. ».

4.3.2 La protection juridique

Les assistantes de service social (ASS) interviennent sur demande des médecins et chacune reste référente de ses patients tout au long de la prise en charge aussi bien dans l'intra que dans l'extrahospitalier. Elles assistent aux transmissions et aux réunions de synthèse.

Outre l'accompagnement dans les démarches sociales (aide aux démarches administratives, à la recherche de logement par exemple), leur présence permet l'identification des patients nécessitant une protection juridique.

Les contrôleurs ont pu constater, lors d'une réunion de synthèse, l'implication des ASS, qui sont proactives pour initier des projets de sortie et font le lien avec les mandataires s'agissant des patients protégés.

Les mesures de protection sont principalement suivies par des mandataires extérieurs comme l'association tutélaire du Pas-de-Calais (ATPC), le service tutélaire de protection (STP), l'association départementale action éducative (ADE), l'association La Vie Active. Les mandataires ne sont pas toujours facilement mobilisables mais l'implication des ASS conduit à ce qu'ils se déplacent néanmoins pour voir les patients protégés, *a minima* une fois par trimestre. Selon les ASS, les mandataires n'imposent pas de restrictions abusives aux patients pour l'accès à leur argent.

4.4 L'ALIMENTATION REpond AUX BESOINS DES ADULTES MAIS L'ORGANISATION DES REPAS IMPOSE DES PERIODES DE JEUNE DE PLUS DE DOUZE HEURES

Préparés par la cuisine centrale du CHL, les repas sont livrés une fois par jour et sont servis par les soignants. Les menus ne sont pas affichés dans les unités bien que l'une ait procédé à cet affichage pendant la visite des contrôleurs. Les différents régimes, ainsi que les aversions de la personne sont pris en compte dès l'arrivée et enregistrés sur un logiciel. Les repas spéciaux sont identifiés sur les chariots de livraison et aucune difficulté n'a été relevée à ce sujet.

Des diététiciennes du CHL peuvent venir sur prescription médicale. Aucune commission « restauration » n'est mise en place au sein de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Les menus doivent être affichés dans les unités et une commission « restauration » incluant une participation des patients doit être mise en place.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « L'affichage des menus est fait dans chaque unité de soins, la restauration est gérée par le centre hospitalier. Il n'existe pas à l'heure actuelle de commission "restauration" au CH de Lens permettant la participation des patients ; L'affichage des menus est fait dans chaque unité de soins, la restauration est gérée par le centre hospitalier, des inversions sont possibles sur les menus. Il n'existe pas de commission "restauration" au CH de Lens, une réflexion va être entamée sur le sujet. ».

Les patients prennent leurs repas dans le réfectoire, à l'exception de ceux qui restent isolés dans l'attente du résultat du test au Covid-19, ainsi que dans d'autres pièces attenantes puisqu'ils sont placés en quinconce afin de respecter les gestes barrières. Les réfectoires sont lumineux et propres. Les patients peuvent se placer où ils le souhaitent, à l'exception de ceux nécessitant une

surveillance qui restent à proximité des soignants, et participent pour mettre la table ou la débarrasser.

Les soignants ne prennent pas leurs repas avec les patients, certains expliquent que c'est en raison des mesures sanitaires, d'autres qu'ils n'en ont pas le temps car ils sont deux pour servir vingt-six personnes. Des repas améliorés sont proposés lors des fêtes.

Les repas sont globalement appréciés par les patients qui s'accordent à dire que les portions sont suffisantes mais que leur qualité est variable. En revanche, les repas ne seraient pas toujours distribués chauds, soit en raison de la défaillance des chariots, soit du fait du temps de service.

Le petit-déjeuner est servi à 8h ou 8h30 selon les unités, le déjeuner à 12h et le dîner à 18h. Aucune tisane n'est proposée le soir. Certains soignants d'une unité ont dit tenter de faire prendre le repas vers 18h30-18h45 car les personnes passaient ensuite trop de temps sans manger. Effectivement, les patients rencontrés ont unanimement déploré que les repas du soir soient servis à 18h. Beaucoup, dont des mineurs, ont dit avoir faim, les horaires des repas imposant une période de jeûne de plus de 12h contraire aux recommandations nutritionnelles émises par le conseil national de l'alimentation²⁶.

Aucun goûter n'est proposé sauf le week-end. Les raisons avancées sont diverses selon les unités : elles tiendraient au refus des psychiatres, à la possibilité pour les patients d'aller à la cafétéria et de conserver des denrées non périssables en chambre, au fait qu'il ferait grossir les patients. Cette règle s'applique aux adolescents en mépris des recommandations du programme national nutrition santé et de son guide pour les adolescents qui précise que ce moment de consommation est important pour fournir à l'enfant de l'énergie durant toute la journée.

RECOMMANDATION 7

Les repas doivent être servis aux horaires d'usage permettant de ne pas excéder une période de jeûne de 12h. Des goûters doivent être organisés pour les adolescents afin de répondre à leurs besoins nutritionnels.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une modification des horaires a pu être proposée pour permettre de diminuer le temps de jeûne des patients, tout en tenant compte des contraintes logistiques.

Désormais les horaires des repas sont les suivants : Petit déjeuner de 8h30 à 9h, Déjeuner 12h, Le repas du soir est servi à 18h30 ; Les horaires des repas du soir ont été modifiés, mais des améliorations seront encore recherchées. ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation qui n'est que partiellement prise en compte, aucune précision n'étant apportée sur les besoins nutritionnels des adolescents et la possibilité d'une collation l'après-midi.

Une unité a interdit depuis le mois de novembre 2021 toute boisson et alimentation en chambre en raison de « dérives » de certains patients et du décès des suites d'une fausse route d'une personne pendant l'été 2021.

²⁶ Conseil national de l'alimentation, avis n°78 sur l'alimentation en milieu hospitalier p.11.

RECO PRISE EN COMPTE 11

Sauf prescription médicale contraire, les patients doivent pouvoir conserver des denrées non périssables en chambre.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Les patients peuvent conserver leurs denrées alimentaires non périssables dans la chambre ; cette consigne est inscrite dans les règles de vie du service et est connue de tous les professionnels. ».

L'établissement dispose d'une cafétéria qui n'est ouverte que du lundi au vendredi de 13h30 à 16h30. Sa fermeture, en particulier le matin, pour y organiser les visites des proches depuis la pandémie de COVID-19 (cf. § 5.3) mais aussi le week-end, prive les patients d'un lieu convivial où ils peuvent se rencontrer et échanger.

RECO PRISE EN COMPTE 12

La cafétéria doit être ouverte tous les jours afin de lutter contre le désœuvrement des patients et favoriser leur socialisation.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La réouverture de la cafeteria est effective le week-end et tous les après-midi ; ses amplitudes horaires avaient été temporairement modifiées pendant la période de crise sanitaire. ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 MEME EN SOINS LIBRES, LES PATIENTS NE PEUVENT ALLER ET VENIR LIBREMENT

Les patients sont enfermés la majeure partie de la journée et de la nuit alors que les locaux disposent d'un potentiel certain, avec des espaces extérieurs qu'il est possible d'ouvrir vers des terrains de sport voisins du site, avec une cafétéria et diverses salles d'activités. Pourtant, au premier jour du contrôle, cinquante-six des soixante-et-onze patients étaient hospitalisés en SL. Cette situation antérieure à la pandémie de COVID-19 était déjà relevée dans un rapport de la Haute autorité de santé (HAS) en juin 2016²⁷.

Les patients sont confrontés à cinq niveaux de fermeture. L'enceinte du CSMJBP est close par de hautes grilles qui empêchent a priori toute circulation vers l'extérieur. Le bâtiment est la plupart du temps fermé, à l'exception des horaires d'ouverture de la cafétéria de 13h30 à 16h30, pendant lesquels les patients peuvent accéder à un espace extérieur contigu au parking d'entrée, sans toutefois pouvoir franchir les grilles de l'enceinte. Les quatre unités accueillant les patients sont fermées jour et nuit, excepté l'après-midi de 13h30 à 16h30. Au sein de chaque unité, des personnes peuvent être enfermées dans leur chambre sans décision ni contrôle médical, parfois même contre avis médical (cf. § 6.2.2). Enfin, trois unités sur quatre disposent d'un espace pouvant être fermé, isolant plusieurs chambres du reste de l'unité, notamment des espaces collectifs.

S'il n'est pas acceptable que des patients en SL soient enfermés, le code de la santé publique n'impose pas que ceux en SSC le soient. L'article L.3211-2-1 prévoit uniquement qu'une personne faisant l'objet de SSC peut être prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement habilité mais pas spécifiquement dans une unité fermée ; la surveillance pouvant être protocolisée autrement que par la fermeture des portes.

Outre qu'ils ne disposent pas de la liberté de sortir de l'unité, les patients des unités Avion 2 et Lens 2, situées au premier étage, ne peuvent accéder librement au jardin de leur secteur. Les unités du rez-de-chaussée possèdent un accès direct aux jardins depuis la salle à manger – possible entre 8h et 18h (Avion 1) ou 20h (Lens 1), mais inaccessible pendant les horaires des repas – ; celles du premier étage disposent d'un escalier permettant de les rejoindre. Depuis la crise sanitaire, les patients hébergés au premier étage n'ont plus accès librement au jardin afin, selon les propos recueillis, que les patients des secteurs ne se mélangent pas. Or, ces patients peuvent se retrouver à la cafétéria ou à l'extérieur du bâtiment pendant le créneau d'ouverture des unités. Les patients de l'unité Lens 2 sont accompagnés dans le jardin lors des trois créneaux horaires « cigarette » journaliers autorisés, uniquement le temps nécessaire pour fumer une cigarette. Ceux de l'unité Avion 2 ne sont pas accompagnés jusqu'au jardin et fument en haut de l'escalier qui permet d'y accéder. Les patients des unités situées au premier étage ne disposent donc d'aucun accès libre à un espace extérieur en dehors des créneaux horaires d'ouverture des portes de l'unité, entre 13h30 et 16h30 du lundi au vendredi.

²⁷ « L'organisation de la prise en charge en psychiatrie ne permet pas le respect de la liberté d'aller et venir. », p 22 rapport de certification centre hospitalier de Lens, juin 2016.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement et les restrictions imposées aux patients hospitalisés sans leur consentement doivent être nécessaires et justifiées par l'état clinique psychiatrique.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Depuis le 24 janvier 2022, il a été remis en place le poste d'Aide-soignant 7 jours/7 qui permet d'avoir un temps d'ouverture de portes large en maintenant une sécurité globale pour les patients. L'ouverture des portes est de : 9h à 12h, 13h30 à 18h15, 19h30 à 20h. Le temps de fermeture des unités du midi et du soir correspond au temps des repas thérapeutique. Le week end et les jours fériés il n'y a pas de personnel affecté au rez de chaussée pour les entrées et les sorties. Les portes sont ouvertes de 13h à 18h ; en dehors de ces heures les patients peuvent accéder à l'extérieur en demandant au personnel soignant d'ouvrir les portes.

L'organisation en semaine est effective depuis le 17 janvier 2022 et celle du week-end depuis le 29 janvier 2022.

Le portail a été modifié et son ouverture est effective chaque jour pour permettre aux patients et aux familles d'entrer et de sortir librement de la structure. ».

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « De façon plus précise, il a été exposé qu'en fait le portail du parking était effectivement fermé pour éviter toute circulation indésirable de personnes mais qu'en revanche, le portillon permettant le libre accès ou la sortie de l'établissement restait ouvert. ».

5.2 LES RESTRICTIONS A L'ACCES AU TABAC NE SONT PAS INDIVIDUALISEES

Les patients sont généralement autorisés à conserver des effets personnels et en dehors des mesures d'isolement, les prescriptions de port du pyjama sont rares.

Concernant l'accès au tabac, les restrictions varient d'une unité à l'autre et ne sont pas individualisées en fonction de l'état clinique ou des ressources financières des patients. Les patients de l'unité Avion 2 ne peuvent pas conserver leur tabac et leur briquet (sauf pendant les horaires d'ouverture des unités en semaine pour les patients autorisés à sortir) ; une à deux cigarettes leur sont distribuées lors des rares pauses quotidiennes. Dans les autres unités, le tabac, et parfois le briquet, sont laissés aux patients de 8h à 20h. A l'unité Lens 2, comme indiqué *supra*, leur consommation est drastiquement limitée le matin et le week-end, puisque soumise aux rares créneaux horaires d'ouverture de la porte d'accès au jardin. De nombreux patients se plaignent de ne plus pouvoir sortir fumer après 20h.

RECO PRISE EN COMPTE 14

Les patients doivent avoir librement accès à leur tabac et à la possibilité de fumer à l'extérieur.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Les patients sachant gérer leurs budgets ont un accès libre à leur tabac. Pour les autres, le plus souvent sous mesure de protection, une action d'accompagnement par les

équipes est mise en place afin qu'ils acquièrent une gestion correcte de leur tabac pour leur éviter des périodes de manque. ».

5.3 LES LIENS AVEC LES PROCHES SONT PRESERVES

Sauf prescription médicale contraire, les patients peuvent conserver leur téléphone portable, leur tablette, leur ordinateur et leur lecteur audio. L'hôpital ne dispose pas d'accès Wi-Fi pour les patients et des problèmes de réseau récurrents rendent les connexions difficiles. Câbles et chargeurs ne peuvent être conservés. Les téléphones sont généralement retirés le soir à 20h et rendus aux patients le lendemain matin. Chaque unité possède un téléphone fixe qui peut être utilisé par les patients ne disposant pas d'un téléphone portable. La localisation de ce téléphone dans certaines unités, dans la salle à manger, ne permet pas de garantir pleinement la confidentialité des échanges téléphoniques.

Le courrier est relevé et distribué quotidiennement par le vaguemestre ; il ne fait l'objet d'aucune surveillance ; l'hôpital peut fournir l'aide matérielle nécessaire (des enveloppes et des timbres), le cas échéant.

Hors période de pandémie, les visites des familles sont autorisées tous les jours de 13h30 à 15h et de 18h30 à 20h du lundi au vendredi et les week-ends et jours fériés de 13h à 17h. Lors de la visite, des plages horaires de visite sont mises en place, du lundi au vendredi uniquement de 10h à 12h, d'une durée variant selon les unités de trente à quarante-cinq minutes ; chaque unité ne disposant que d'un jour de visite possible dans la semaine. Les visites sont organisées selon une prise de rendez-vous par téléphone et se déroulent à la cafétéria. Selon les propos recueillis, le nombre de plages horaires proposées est suffisant pour satisfaire les besoins de visites des patients.

5.4 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS PROPOSE AUX PATIENTS

Le CHL²⁸ éditte à chaque échéance électorale des procédures très précises pour permettre aux patients hospitalisés d'exercer leur droit de vote. Toutefois, elles ne sont pas mises en application dans le secteur de la psychiatrie, l'échéance électorale n'étant pas anticipée et les procurations non sollicitées.

Aucune statistique n'a pu être obtenue concernant la participation aux dernières élections de 2020 et 2021, y compris pour des patients relevant de longs séjours. Il est rappelé que les patients sous tutelle disposent désormais (sous réserve des droits civiques) du droit de vote²⁹. Les contacts rendus nécessaires avec les tuteurs seraient pris par les travailleurs sociaux du secteur.

Sur le fond comme sur la forme, on peine à s'expliquer les raisons pour lesquelles les dispositions prises pour l'ensemble des unités de la MCO ne s'appliqueraient pas de la même façon en psychiatrie, en recourant si nécessaire aux autorisations de sortie pour les patients dont l'état le permet et qui n'ont pas opté pour le vote par procuration.

²⁸ Direction des affaires financières, en charge de coordonner les formalités liées aux admissions et conditions de séjour

²⁹ Loi du 23 mars 2019 portant réforme de la justice – Cf. article 11, portant abrogation de l'article L 5 du code électoral qui donnait au juge des tutelles de supprimer le droit de vote pour le majeur protégé.

RECO PRISE EN COMPTE 15

Les patients des unités de la psychiatrie doivent bénéficier, de la possibilité d'exercer leur droit de vote, éventuellement par procuration, dans les conditions comparables à celles dont bénéficient les patients des autres unités du centre hospitalier.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Les patients du service peuvent exercer leur droit de vote ; des affichages à cet effet sont mis en place avant chaque élection et une traçabilité est réalisée par les équipes au sein de chaque service. ».

L'établissement doit s'assurer que l'information sur les échéances électorales a bien été communiquée, ce qui n'apparaissait pas clairement lors du contrôle.

5.5 L'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES EST POSSIBLE MAIS L'INFORMATION EST INSUFFISANTE

Le CHL dispose d'une aumônerie représentative de tous les cultes. Au sein des unités, deux représentantes de l'aumônerie catholique se rendent disponibles à la demande³⁰. Les patients de confession musulmane actuellement hospitalisés restent en lien avec leur imam, sans sollicitation de l'imam attaché à l'aumônerie.

Une messe de Noël a été célébrée le 24 décembre 2021 dans un des réfectoires d'unité, avec la présence d'une dizaine de patients qui auraient demandé qu'une célébration soit aussi prévue pour les fêtes de Pâques³¹.

L'accompagnement de patients à des offices religieux à l'extérieur est fonction de leur état clinique et des soignants disponibles pour les accompagner³².

En revanche, malgré ce dispositif complet et représentatif, aucun affichage n'est constaté sur le sujet dans les unités, à caractère général et dans le respect de la laïcité. La feuille concernant les règles de vie du CSMJBP, qui est n'est d'ailleurs pas distribuée, ne fait aucune référence au droit à l'exercice d'un culte, ce qui devra être pris en compte lors de la rédaction d'un véritable livret d'accueil (cf. § 3.3.1).

5.6 L'INTIMITE ET LA SEXUALITE NE SONT PAS PRESERVEES

Les locaux ne permettent pas au patient de bénéficier d'une intimité, seul ou avec des proches : certaines chambres sont doubles et ne disposent pas de verrou. cf. § 4.1.2).

A défaut de règlement intérieur, le document intitulé « *règles de vie spécifiques* » du CSMJBP du 6 juillet 2021 fait office de référence. Il ne dit rien de l'intimité ou de la sexualité, indique que les visites des proches se déroulent à la cafétéria, « *sans contact* » et que, concernant la vie en unité, les « *allées et venues dans les autres chambres ne sont pas autorisées* ». Ces règles édictées pendant la pandémie de COVID-19 peuvent toutefois être adaptées. Il a été indiqué aux contrôleurs que si « *la sexualité reste tabou* », selon la situation des personnes, des visites en chambre avaient pu être organisées et qu'encore récemment, une femme avait été autorisée à rejoindre son mari dans sa chambre.

³⁰ En 2021, vingt visites ont été réalisées au CSMJBP.

³¹ Extrait du rapport d'activités de l'aumônerie catholique

³² « *Sa religion est respectée et elle peut assister aux offices* ». Extrait du rapport CDSP du 1^{er}/06/2021

Aucune démarche d'éducation à la sexualité, ni de mesure spécifique d'information et de prévention des infections sexuellement transmissibles n'ont été rapportées, notamment à l'occasion des sorties de l'unité (permissions ou fin de séjour). La question de la contraception serait abordée par l'équipe soignante et le médecin somaticien, ce qui, compte tenu des difficultés à pourvoir durablement le poste, pose question (cf. § 8.2).

Aucune unité ne dispose de préservatifs. Un patient a demandé un objet destiné à une pratique masturbatoire, ce qui a été accepté après une discussion en équipe.

RECOMMANDATION 8

Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour permettre aux patients qui le souhaitent de vivre leur sexualité et bénéficier d'informations utiles sur le sujet, notamment en matière de prévention et de contraception.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une réflexion institutionnelle va être mise en place avec l'aide du Comité Ethique des Hôpitaux Publics de l'Artois. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 AUCUNE POLITIQUE DE REFLEXION ET D'ALTERNATIVE AUX PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'EST MISE EN ŒUVRE

L'établissement n'a mis en œuvre aucune politique ni aucune procédure de moindre recours ni d'alternative aux pratiques d'isolement et de contention, sans aucune évolution parallèle de celle du cadre législatif depuis le mois de janvier 2016³³. Les pratiques d'isolement et de contention et leurs alternatives ne font l'objet d'aucun point régulier de l'ordre du jour de la commission médicale d'établissement, d'aucune réflexion formalisée et tracée dans les dossiers médicaux des patients par les équipes de soins, ni d'aucune formation spécifique du personnel en matière de droits fondamentaux et de recours à ce type de pratiques.

Le rapport annuel³⁴ ne répond pas aux dispositions légales³⁵ et ne donne qu'un rappel des recommandations de la HAS concernant les pratiques d'isolement et de contention, présente les données du département d'information médicale (DIM) sans aucune analyse statistique comparative, n'élabore aucune politique de limitation des dites mesures et constate que le logiciel Millénium ne permet pas une interface avec l'aspect médico-légal de la psychiatrie.

Ont été rapportés aux contrôleurs ou constatés par eux :

- l'absence de réflexion institutionnelle, s'agissant de la création d'espaces d'apaisement ou de salles Snoezelen, alors que le CSMJBP dispose de nombreuses chambres inoccupées toute l'année ;
- l'absence de réunions d'analyse des pratiques professionnelles et de supervision ;
- l'existence de pratiques du maintien « thérapeutique » de patients, réalisé avec le matériel de contention classique, et actuel d'une couverture lestée de 12 kg, « essayées sur un patient pour voir si ça l'aide » ;

³³ L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation du système de santé, inscrit dans le code de la santé publique sous la forme de son article L 3222-5-1 : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.* ».

³⁴ Rapport « isolement-contention », psychiatrie adulte, CH Dr Schaffner de Lens, année 2020.

³⁵ Article 84-III de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. ».

- les plaintes de quelques soignants, s'agissant de l'absence de formation accessible (parce qu'inexistantes ou non prioritaires par l'établissement), concernant les pratiques d'isolement et de contention et leurs alternatives, et la précision du trop faible nombre de places pour réaliser la formation « Omega », sans choix alternatif ;
- le retour d'une réunion, impliquant la participation du médecin, du cadre et des soignants, à l'occasion de laquelle la question de l'évolution des pratiques d'isolement et de contention fut évoquée, notamment pour sa conclusion : « *On pourra pas, c'est trop compliqué* » ;
- le mot d'un des soignants rencontrés lors de la visite, qui a résumé la situation en confiant : « *On nous a dit parfois que ça n'était pas légal mais on ne nous dit pas quoi faire d'autre* ».

RECOMMANDATION 9

L'établissement doit établir annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, définir une politique limitant le recours à ces pratiques et évaluer sa mise en œuvre.

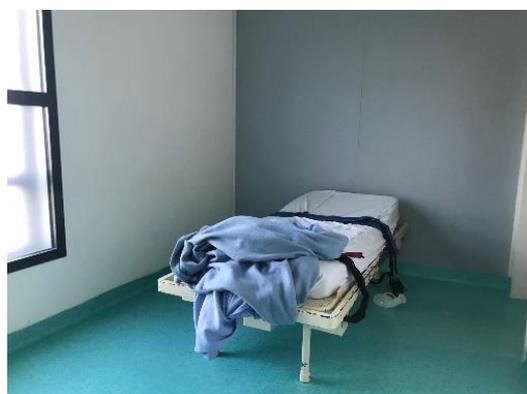
Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une traçabilité exhaustive est mise en place au sein du dossier, un rapport a été présenté en CME le 29 avril 2022 et en CDU le 28 juin 2022. La mise en place d'un logiciel dédié va permettre de faciliter cette traçabilité et d'avoir un suivi de ces mesures. ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation qui n'est que partiellement prise en compte, aucun élément n'étant apporté concernant la définition d'une politique limitant le recours aux mesures d'isolement et de contention.

6.2 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INDIGNES

Le CSMJBP compte officiellement deux chambres d'isolement (CI), situées chacune dans un secteur de l'étage, positionnées en bout de couloir, particulièrement mal chauffées, ne disposant d'aucune horloge permettant de se repérer dans le temps. Le patient enfermé ne peut pas voir l'extérieur au travers des vitres, opacifiées et sans ouverture possible.

Au jour du contrôle, l'une des chambres était continuellement occupée par un patient qui y était placé sous contention toute la nuit et une grande partie de la journée.



La chambre d'isolement du



La chambre d'isolement du
secteur d'Avion

secteur de Lens

Aucune chambre n'est équipée de chaise permettant au patient ou au soignant de s'asseoir. Le patient ne peut allumer et éteindre librement la lumière ni ouvrir et fermer les volets de manière autonome.

Son intimité et la confidentialité de ses soins ne sont pas respectées puisqu'il est exposé à la vue de tous par l'œilleton de la porte accessible depuis le couloir.



Vue du patient par l'œilleton de la porte de la CI

De même, les images des caméras de surveillance des deux CI sont reportées sur un écran de contrôle qui se trouve dans le poste de soins. Les images sont visibles par les patients qui s'y rendent pour prendre leur traitement. Les contrôleurs ont ainsi constaté la présence d'une patiente, dans le poste de l'unité Lens 2, installée devant les écrans de contrôle qui relayaient, outre les images, les cris d'un patient attaché qui se débattait avec ses liens. Dans l'unité Avion 2, elles sont également visibles depuis le couloir puisque le poste de soins comporte une partie vitrée. Les contrôleurs déplorent le caractère maltraitant de ces pratiques et le risque de choc pour les autres patients, mineurs inclus, qui peuvent en être les témoins.



La vue sur l'écran de visionnage des caméras de la chambre d'isolement depuis l'extérieur du poste infirmier

Les deux chambres sont équipées d'un bouton d'appel³⁶ mais celui-ci n'est pas accessible pour un patient placé sous contention. Il a été indiqué aux contrôleurs que quand un patient était

³⁶ L'appel arrive au PC infirmier.

attaché, le haut-parleur, qui se situe dans le poste de soins, était mis en état de marche permettant aux soignants d'entendre le patient qui les appellerait. Or les soignants se trouvent principalement dans la salle de réunion où se déroulent les transmissions. Les contrôleurs ont constaté que les soignants ne se déplacent pas toujours quand le patient appelle en criant. Les autres patients, dont les chambres sont situées à proximité, sont perturbés par ces cris qu'ils savent proférés par un patient isolé et attaché. Au jour de la visite, c'était le cas pour un mineur dont la chambre était située en face de la CI (cf. § 9.1).

Sauf consignes individuelles décidées par le médecin, les patients placés en CI ne sont pas systématiquement mis en pyjama. Ils peuvent prendre leur repas au réfectoire et sont accompagnés par les soignants pour aller fumer. Si les repas doivent être pris en chambre, une desserte est apportée permettant au patient de manger assis à une table. Des revues, une radio et des effets personnels peuvent être mis à leur disposition.

Lorsqu'un patient est attaché, les soignants viennent le voir toutes les heures *a minima*.

En principe, le patient en isolement garde sa chambre hôtelière mais ce n'est pas toujours possible en raison du taux d'occupation de l'unité.

Les CI sont mal entretenues : les espaces sanitaires comportent des traces de moisissures et des interrupteurs sont dénudés.



Interrupteurs dénudés

Aucune information spécifique n'est donnée au poste de commandement de sécurité du centre hospitalier s'agissant de l'isolement et de la contention des patients en chambre d'isolement ou hôtelière, de sorte qu'en cas d'incendie, la sécurité de ces personnes serait compromise.

RECOMMANDATION 10

Les chambres d'isolement doivent être immédiatement et entièrement restructurées, afin d'assurer la confidentialité des soins, de préserver l'intimité des patients et de leur garantir des conditions de prise en charge respectueuses de leur dignité.

Elles doivent comprendre un miroir sécurisé, un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention et une horloge permettant de se repérer dans le temps, être meublées d'un siège, et disposer d'une fenêtre permettant une vue extérieure, l'ouverture et la

fermeture des volets et l'aération efficace de la pièce. Des travaux doivent être réalisés pour que le patient dispose d'un chauffage adapté et d'une eau chaude qui s'évacue correctement.

L'œilleton qui permet une vue directe sur le lit du patient doit être occulté.

Le service de sécurité incendie doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise en place d'un plan de travaux a été fait : les deux chambres d'isolement seront refaites totalement (peinture) avant la fin de l'été 2022, et comporteront un œilleton sécurisé, une télévision, un miroir sécurisé et une horloge. La fenêtre permettra une visibilité extérieure tout en permettant une intimité du patient qui occupera la chambre. Les systèmes de vidéosurveillance sont toujours en salle de soins mais ne sont plus visibles de l'extérieur et donc des personnes passant dans le couloir à proximité de la salle des soins. Les vérins des lits seront également changés. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement mais regrettent qu'aucune observation n'ait été apportée sur l'information systématique du service de sécurité incendie.

Les IDE ne sont que de passage dans le poste de soins où se trouvent les écrans de contrôle de vidéo-surveillance et aucun n'est positionné pour assurer une surveillance spécifique. L'intérêt des caméras de vidéo-surveillance est donc discutable. De plus, la possibilité d'aggravation de l'état clinique des patients souffrant de symptômes persécutatoires doit être interrogée.

Tout patient soumis à une mesure de contention mécanique ou d'isolement doit faire l'objet d'une surveillance continue. Dans le cas de la contention mécanique, un membre qualifié du personnel devrait être présent en permanence dans la pièce afin de maintenir un lien thérapeutique avec le patient et lui apporter son assistance. En cas de placement à l'isolement, le membre du personnel peut se trouver hors de la CI, dans une salle adjacente avec une fenêtre communicante afin que le patient puisse voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. À l'évidence, la vidéo-surveillance ne peut remplacer une telle présence humaine.

RECOMMANDATION 11

Les patients isolés doivent bénéficier d'un lien thérapeutique constant et d'une surveillance humaine proche et réactive, plutôt que d'une vidéo-surveillance, dont les écrans de relais ne sont pas contrôlés en continu. De plus, les écrans de relais des caméras de vidéo-surveillance ne doivent être visibles que des soignants.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La vidéosurveillance est dorénavant uniquement visible des soignants. La configuration des locaux ne permet pas une autre modalité de surveillance telle qu'une salle de soins directement en visuel de la chambre d'isolement. ».

Les contrôleurs maintiennent la recommandation, aucune précision n'est par ailleurs apportée sur les modalités concrètes permettant d'occulter les écrans des caméras de vidéo-surveillance.

L'isolement et la contention sont pratiqués majoritairement en dehors d'espaces spécifiques, fréquemment sur des patients hospitalisés en soins libres, parfois à l'encontre de décisions médicales

Les pratiques d'isolement et de contention sont toujours considérées comme des prescriptions par les médecins et les soignants, et inscrites comme telles dans les registres informatiques et de papier, plutôt que comme des décisions médicales susceptibles de recours³⁷.

Les soignants, avec lesquels les contrôleurs ont échangé, ont pu verbaliser leur conviction que les pratiques d'isolement et de contention relevaient toujours d'un statut de prescription médicale et le caractère « thérapeutique » de ces pratiques faisait encore partie de leur vocabulaire, dans l'ignorance la plus totale de l'évolution des dispositions législatives depuis l'année 2016.

6.2.1 L'espace spécifique

L'isolement et la contention ne sont pas seulement pratiqués en CI mais indistinctement en chambre hôtelière, de sorte qu'il peut être considéré que le CSMJBP ne dispose pas de deux chambres d'isolement mais de quatre-vingts chambres d'isolement potentielles.

L'examen des données fournies par le DIM a révélé que les mesures d'isolement, dont le nombre a doublé entre 2019 et 2020, re 2019 et 2020, pour un nombre stable de patients concernés, se sont déroulées en chambre hôtelière dans 79 % des cas (contre 21 % seulement en CI) en 2019 et dans 96 % (contre 4 %) en 2020. Les mesures de contention se sont déroulées en chambre hôtelière dans 81 % des cas (contre 19 % seulement en CI) en 2019 et dans 45 % (contre 55 %) en 2020 (cf. tableaux 1 et 2 du 6.6.2).

RECO PRISE EN COMPTE 16

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.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Il n'existe plus d'isolement et/ou contention en chambre hospitalière, les patients isolés ou contenus le sont en chambres spécifiques et leur statut d'hospitalisation est modifié si cela est nécessaire. ».

6.2.2 Le statut

Les contrôleurs ont constaté que des patients hospitalisés en soins libres faisaient l'objet de mesures d'isolement et de contention répétées, sans modification de leur régime d'hospitalisation, et se trouvaient ainsi privées des voies de recours accessibles aux patients en soins sans consentement, alors que l'isolement et la contention ne sont légalement possibles que dans le cadre de soins sans consentement et selon des conditions prévues par la loi.

Pour premier exemple, l'examen du registre de papier de l'une des unités, pour la période de trois années entre 2019 et 2021, a révélé l'isolement de 126 patients, dont 98 ont été contenus, et se répartissent ainsi selon leur mode d'hospitalisation : dix patients en SPI (soit 8 %), douze en SDTU (soit 10 %), seize en SDRE (soit 13 %), quarante-trois en SDT (soit 34 %) et quarante-cinq en SL (soit 36 %). Les patients hospitalisés en SL représentaient donc plus du tiers des patients isolés sur cette période dans cette unité.

³⁷ L. 3222-5-1 du code de la santé publique

Pour deuxième exemple, la situation d'un patient présent depuis l'année 2006, dont l'hospitalisation est suspendue pour des séjours de quatre-vingt-dix jours annuels, qui présente une agressivité verbale et physique récurrente envers autrui, fait l'objet de mesures répétées d'isolement sans contention dans sa chambre hôtelière, alors qu'il est hospitalisé en SL.

Des situations de contention de patients non isolés, au mépris des dispositions légales³⁸ et de la sécurité des personnes, ont également été rapportées aux contrôleurs.

RECO PRISE EN COMPTE 17

Les pratiques d'isolement et de contention ne peuvent concerner que des patients en soins sans consentement, le mode d'hospitalisation de ceux en soins libres, éventuellement isolés ou contenus, devant faire l'objet d'une transformation dans les délais les plus brefs.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une formation juridique a été mise en place pour rappeler la législation relative aux pratiques d'isolement et de contention et la procédure révisée. Une modification du mode d'hospitalisation est faite si le patient doit être isolé ou contentonné et qu'il était sous un régime hospitalisation libre. ».

6.2.3 Les décisions médicales

Fréquemment, le placement à l'isolement ou sous contention résulte d'une décision d'un membre du personnel soignant qui n'est pas toujours identifié ou de « l'équipe », sans décision médicale et sans contrôle médical *a posteriori*, pas même une validation dans l'heure. Les psychiatres ne se déplacent pas toujours pour examiner un patient isolé en journée, et encore moins la nuit pendant le temps de leur astreinte opérationnelle.

La mise en œuvre de mesures d'isolement sans appel systématique des psychiatres a également été rapportée aux contrôleurs, malgré leur passage quotidien dans les unités et la possibilité de les contacter par téléphone lorsqu'ils sont absents, afin de les prévenir pour qu'ils puissent se déplacer rapidement.

Les contrôleurs ont en outre observé au moins une situation où « l'équipe » soignante prenait la décision, avec l'accord du cadre de santé, de contrevenir aux directives médicales. Ainsi le 4 janvier 2022, un patient ayant bénéficié d'une levée médicale d'isolement à 17h30 a été de nouveau isolé à 18h30 sur décision de l'équipe, le registre informatisé étant renseigné par un soignant qui précisait que le patient souhaitait rencontrer le médecin. Il a été indiqué aux contrôleurs que « le médecin était déjà parti, il n'a pas été prévenu ». Le 7 janvier, l'isolement était levé par un médecin. Un second médecin indiquait le 11 janvier que le patient était calme. Les contrôleurs ont toutefois constaté que ce patient avait été isolé dans sa chambre la nuit du 12 au 13 janvier mais aussi les nuits précédentes, selon les dires des soignants, sans décision médicale ni renseignement du logiciel.

³⁸ Article L. 3222-5-1 II du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 18

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par un psychiatre exclusivement, à défaut confirmées ou infirmées dans l'heure par un psychiatre.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise en place des mesures d'isolement et de contention a été modifiée, les médecins psychiatres prescrivent les mesures d'isolement ou de contention uniquement dans les chambres destinées à cet effet. ».

Les contrôleurs rappellent qu'une mesure d'isolement est une décision et non une prescription.

6.3 L'EXAMEN SOMATIQUE DES PATIENTS CONTENUS N'EST PAS SYSTEMATIQUE

L'examen médical somatique des patients isolés n'est pas systématique, pas plus que celui des personnes contenues, pour l'évaluation notamment de la pertinence d'une prescription préventive de complications thrombo-emboliques.

Les contrôleurs ont pu constater qu'une personne avait été placée en isolement et contenue une après-midi, puis la nuit suivante, sans être examinée par le médecin généraliste.

RECOMMANDATION 12

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique et tout patient contenu d'une évaluation médicale et de l'analyse de la pertinence d'une prescription d'un traitement anticoagulant préventif d'un risque thrombo-embolique.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le recrutement médical d'un stagiaire associé pour les soins somatiques est en cours ; dans l'attente, il est fait appel à des médecins intérimaires. Un travail est en cours avec la DIRAM sur la permanence des soins somatiques en psychiatrie. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

6.4 LES DUREES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION DEPASSENT TRES FREQUEMMENT LES DELAIS LEGAUX ET LES PROCEDURES DE RENOUVELLEMENT NE SONT PAS RESPECTEES

6.4.1 La durée de l'isolement et de la contention

L'article L3222-5-1 du code de la santé publique, qui ne définissait pas initialement de critères de durée à respecter, a connu des évolutions depuis le début de l'année 2016. La première modification définissant une obligation en la matière, s'est appliquée entre le 16 décembre 2020, date d'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021³⁹ et le

³⁹ L'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a modifié l'article L 3222-5-1-II comme suit : « La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures. La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de

31 décembre 2021, date d'effet de la décision du conseil constitutionnel du 4 juin 2021⁴⁰, sans aucune modification des pratiques au sein du CSMJBP.

L'examen des registres de papier, toujours partiellement renseignés dans chaque unité, et celui des données communiquées aux contrôleurs par le DIM, montre que les mesures d'isolement et de contention ont été pratiquées pendant des durées dépassant très fréquemment les délais légaux actuels, parfois jusqu'à d'inexplicables excès.

Pour exemple, les données des registres de papier rapportent par unité :

- l'isolement d'une patiente, d'une durée de 128 jours, du 24 décembre 2019 au 29 avril 2020 ;
- l'isolement (de jour et de nuit ou de nuit) et la contention (de jour et/ou de nuit), d'une durée de 463 jours, du 3 mai 2019 au 30 août 2020 ;
- les isolements et les contentions d'un patient, en chambre hôtelière, d'une durée de 14 232h, soit 593 jours (soit 1,62 an), du 14 juin 2018 au 6 février 2020, puis de 176 jours, du 11 juin 2020 au 7 décembre 2020.

L'examen des données fournies par le DIM a révélé (cf. tableaux 1 et 2 du 6.6.2) :

- des durées totales d'isolement de 22 394h (soit 933 jours) en 2019 et de 13 750h (573 jours) en 2020, et de contention de 7 988h (soit 333 jours) en 2019 et de 5 479h (soit 228 jours) en 2020 ;
- des durées maximales d'isolement par patient de 8 196 (soit 342 jours) en 2019 ainsi que de 2099h (soit 87 jours) en 2020 et de contention de 2 720 (soit 113 jours) en 2019 et de 2 443h (soit 102 jours) en 2020 ;

santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures. A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures. Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1. Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

⁴⁰ Le conseil constitutionnel, saisi d'une QPC relative à la constitutionnalité des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, a jugé ce jour que ledit article devait être déclaré contraire à la Constitution, estimant que : « La liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. Or, si le législateur a prévu que le recours à isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution déclare l'article contraire ». Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021

- des durées moyennes d'isolement par patient de 669h (soit 28 jours) en 2019 et de 426h (soit 18 jours) en 2020 et de contention de 328h (soit 14 jours) en 2019 et de 274h (soit 11 jours) en 2020.

Un psychiatre sollicité au sujet de la durée des mesures a répondu aux contrôleurs : « *On n'a pas le temps d'évaluer les isolements toutes les douze heures et les contentions toutes les six heures, à quoi ça sert si c'est tous les jours la même chose, faut-il appliquer des lois kafkaïennes ?* »

RECO PRISE EN COMPTE 19

La durée des mesures d'isolement et de contention dont font l'objet les patients, qui ont pu atteindre plusieurs centaines de jours pendant la période étudiée de 2018 à 2020, doivent respecter les dispositions légales.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *Le service a connu un problème dans la liaison et l'information dans le PMSI et le DPI. Les relevés de mesures ne sont pas exacts, même s'il est vrai que certaines mesures isolement/contention de l'époque étaient particulièrement longues. Cette difficulté n'apparaîtra plus avec le nouveau dispositif, les nouveaux logiciels adéquats ainsi qu'un travail de réflexion institutionnel sur le sujet.* ».

6.4.2 La procédure de renouvellement

L'établissement n'a pas mis en œuvre les procédures de renouvellement des mesures d'isolement et de contention, telles que définies par les évolutions des dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique⁴¹. Ainsi, le placement en isolement ou sous contention peut résulter d'une décision médicale mise en œuvre en chambre d'isolement ou en chambre hospitalière et ne sera pas nécessairement réévaluée par le médecin, pas même dans les cas où il fait lui-même état de la nécessité de cette réévaluation.

Pour exemple, le logiciel *Millenium* indique le 5 janvier 2022 une validation par un médecin d'un isolement pour une journée « à évaluer », ce médecin ne revient pas le 6 janvier et un autre médecin lève l'isolement le 7 janvier lors d'une transmission.

RECO PRISE EN COMPTE 20

L'établissement doit mettre en œuvre immédiatement des procédures de renouvellement des mesures d'isolement et de contention conformes aux dispositions légales.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *La procédure est en cours de finalisation en lien avec la formation Droit des patients, le travail en collaboration avec l'EPSM de Saint Venant et l'appui de Madame la Juge des Libertés et de la Détention. Le renouvellement des mesures d'isolement et de contention est fait par un médecin psychiatre et est enregistré dans un document au sein du service afin de mettre en place la nouvelle législation et de faire un signalement au Juge des Libertés et de la Détention pour les durées d'isolement dépassant 48h et les durées de contention dépassant 24h*».

⁴¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, puis la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « Une réunion a eu lieu avec une représentante de la direction ainsi que 3 psychiatres et des cadres de santé, ceci en présence du magistrat du Parquet référent civil et du magistrat du siège délégué par le président du TJ, le juge des libertés et de la détention. Cette réunion a été fort utile et appréciée de tous les intervenants dans la mesure où elle a été l'occasion de faire le point notamment sur les pratiques à modifier sur les attentes de l'institution judiciaire (...) sur la simplification des circuits suivis par les documents à faire parvenir au greffe du JLD... ».

6.5 LES REGISTRES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT IMPARFAITEMENT TENUS

6.5.1 Les registres papier

Les quatre unités disposent d'un registre d'isolement papier, alors que le service ne dispose de CI que dans deux d'entre elles. Ces registres, rangés dans la salle de détention des IDE ou dans le bureau des cadres de santé, indiquent, avec une qualité variable, voire aléatoire :

- la date de la mesure ;
- le nom du patient, manuscrit ou par le moyen d'une étiquette d'identité collée qui permet seule de connaître l'âge du patient ;
- la chambre dans laquelle se déroule la mesure, CI ou chambre hôtelière ;
- le nom du psychiatre ;
- le nom des professionnels ayant effectué la surveillance : la seule mention renseignée est le vocable « équipe », ce qui ne permet jamais de connaître les professionnels responsables de la surveillance ;
- la mesure d'isolement, ses heures de début et de fin, sa durée ; pour exemple, dans un registre, ces données sont renseignées de février 2017 à novembre 2018, puis seule figure la mention de l'isolement à la journée et de nuit de novembre 2018 à janvier 2020, puis celle de l'isolement pour des périodes de 12 à 24h ensuite ;
- la mesure de contention, ses heures de début et de fin, sa durée ; pour exemple, dans un registre, ces données sont renseignées de février 2017 à novembre 2018, puis la mention de la localisation des points d'attache (P pour pied, 2P pour deux pieds, M pour main, 2M pour 2 mains, V pour ventrale) apparaît de novembre 2018 à janvier 2020, puis seule la décision de contention pour des périodes de 12 à 24h est ensuite renseignée ;
- la durée des mesures est indistinctement renseignée en heures ou en jours ;

La traçabilité quotidienne des mesures a commencé, pour celles qui l'ont été, à la fin de l'année 2018, soit trois années après la promulgation de la loi du 26 janvier 2016. Les registres papier, bien que montrant l'inadéquation des pratiques d'isolement et de contention, sans respect des dispositions législatives, sont statistiquement inexploitable.

6.5.2 Le registre informatique

Le logiciel Millénium, mis en place pendant l'année 2018, comprend une interface utilisée pour la traçabilité des mesures d'isolement et de contention, ainsi que leur surveillance.

Des différences significatives existent entre les données fournies par le DIM de l'établissement, qui n'en a reçu aucune du CSMJBP avant l'année 2019, et celles relevées dans les registres papier,

ce qui rend les données difficiles à exploiter. Elles ont toutefois été reprises dans les tableaux suivants :

Année 2019

Type de mesure	Nombre de mesures	Nombre de patients concernés	Durée minimum	Durée maximum	Durée moyenne par patient	Durée totale
Isolement CI	32	24	0h30	4 184h59	318h15	7 638h03
Isolement chambre	122	42	1h25	4 012h	351h20	14 756h19
Contention CI	25	16	0h30	679h	165h58	2 655h31
Contention chambre	108	33	1h00	2 041h	161h34	5 332h08

Année 2020

Type de mesure	Nombre de mesures	Nombre de patients concernés	Durée minimum	Durée maximum	Durée moyenne par patient	Durée totale
Isolement CI	13	11	10h00	550h38	200h26	2 204h51
Isolement chambre	282	51	2h	1 547h59	226h23	11 546h22
Contention CI	57	28	1h30	283h38	101h25	2 839h45
Contention chambre	46	21	16h	2 159h	173h16	3 638h56

L'exploitation de ces éléments montre des durées moyennes d'isolement par patient de 669h (soit 28 jours) en 2019 et de 426h (soit 18 jours) en 2020 et de contention de 328h (soit 14 jours) en 2019 et de 274h (soit 11 jours) en 2020.

Le registre informatique est mal renseigné et les informations contenues dans le registre papier ne recoupent pas toujours celles du logiciel. Les contrôleurs ont également constaté des isolements pratiqués sans être tracés dans aucun registre.

Le rapport annuel pour l'année 2020 constate : « *Le DPI actuel Millénium n'étant pas satisfaisant par rapport à l'aspect médico-légal de la psychiatrie, l'acquisition prochaine d'un logiciel spécifique « Isolement Contention » par le GHT de l'Artois permettra de remédier à l'ensemble des dysfonctionnements. Il facilitera l'extraction de l'ensemble des données utiles aux différents rapports d'activités demandés* ». Aucun nouveau logiciel n'était déployé dans l'établissement lors de la visite au mois de janvier 2022.

RECO PRISE EN COMPTE 21

L'établissement doit disposer d'un logiciel pertinent, renseigné rigoureusement par l'ensemble des médecins et des soignants concernés, pour le recueil des données relatives aux pratiques d'isolement et de contention, et permettant l'analyse statistique de ces pratiques en son sein comme en comparaison avec les autres établissements.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « L'établissement s'est doté d'un logiciel [logiciel Planipsy] pour le recueil et le suivi des mesures d'isolement et de contention. Ce logiciel est en cours de déploiement avec un démarrage d'utilisation début juin 2022. ».

6.6 MALGRÉ LES ALERTES REPETÉES DE LA CDSP, LES DYSFONCTIONNEMENTS SONT VALIDÉS PAR L'INSTITUTION

Malgré les recommandations adressées depuis des années par la CDSP, aucune décision n'est prise pour remédier à la situation. Dans le dernier compte rendu du 1^{er} juin 2021, les membres de la commission se disent « *scandalisés de voir que des patients en soins libres étaient placés en chambre d'isolement dès leur arrivée dans le service au prétexte qu'ils étaient agités. [...] De plus, des patients sont placés en isolement, et même parfois en contention dans des chambres non dédiées. Cette pratique n'est pas admissible. [...] Les dysfonctionnements relevés ne font l'objet d'aucune recherche d'amélioration des pratiques* ».

Non contente de ne prendre aucune mesure pour remédier aux dysfonctionnements multiples ainsi dénoncés, la direction les banalise et semble même les valider, puisque les documents remis aux contrôleurs et supposés clarifier les pratiques sont en parfaite contradiction avec diverses dispositions législatives et réglementaires.

- Le premier concerne un protocole individuel qui prévoit notamment la possibilité d'une contention de 24 heures.
- Le second intitulé « *mise en chambre d'isolement thérapeutique* », signé des deux chefs de secteur en 2018 et actualisé en 2020, comprend des informations illégales, ne mentionne pas l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique tel que l'avait créé la loi du 26 janvier 2016, et n'a par ailleurs aucunement été modifié depuis celle du 14 décembre 2020.

Le document émis par la direction des affaires juridiques du centre hospitalier concernant la réforme de l'isolement et de la contention, présenté le 8 mars 2021 aux cadres de santé et médecins, n'a induit aucune modification des pratiques.

Aucune évaluation systématique d'éventuelles conséquences post-traumatiques, survenues chez les patients isolés ou contenus, n'est par ailleurs mise en œuvre à l'issue de l'exercice de ces mesures, en dépit d'un risque objectif.

RECO PRISE EN COMPTE 22

Les recommandations et les alertes émises par la commission départementale des soins psychiatriques sans consentement, s'agissant des pratiques d'isolement et de contention doivent être considérées par l'établissement et donner lieu à la mise en œuvre de procédures spécifiques, visant à inscrire l'exercice de ces pratiques dans le cadre des dispositions prévues

par la loi, à respecter la dignité et les droits des patients en faisant l'objet, et à prévenir le risque de survenue des conséquences post-traumatiques.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Un travail de réponse à la commission départementale de soins psychiatriques avait été démarré la semaine précédant la visite CGLPL. Dorénavant les recommandations et demandes émises par la commission départementale de soins psychiatriques seront traitées sans délais. ».

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP, BIEN QU'ELLE NE COMPTE QUE DEUX MEMBRES ACTIFS, EXERCE SON CONTROLE ; LES REPRESENTANTS DES USAGERS NE SONT PAS ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

7.1.1 La CDSP

La CDSP est présidée par une représentante de l'association UNAFAM⁴². Des personnes ayant récemment quitté leurs fonctions, la commission n'est plus composée que de sa présidente et d'un psychiatre. Une démarche a été effectuée auprès des professionnels du CH de Saint Venant pour remplacer le médecin généraliste.

RECOMMANDATION 13

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

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « non concerné. ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Pour exercer sa mission, la CDSP se déplace chaque année dans les établissements du ressort. Un affichage annonce sa venue et des patients sont rencontrés. Les rapports remis aux contrôleurs sont étayés et relatent les entretiens, le contrôle des registres de la loi et les diverses préconisations effectuées. La CDSP rappelle les violations des droits des patients dans chacun de ses comptes-rendus⁴³(cf. § 6.7).

7.1.2 La place des usagers (dont la CDU)

Les usagers ne sont pas sollicités pour participer aux instances et à la vie de l'établissement, alors que certains sont hospitalisés depuis plusieurs années. Aucune réunion soignants-soignés ni aucun groupe d'entraide mutuelle ne permettent d'associer les patients à leur prise en charge.

Au sein des unités de psychiatrie, aucun affichage ou document remis n'expose le rôle de la CDU, ses coordonnées et celles d'associations d'usagers. Les rapports de la CDU n'abordent pas de

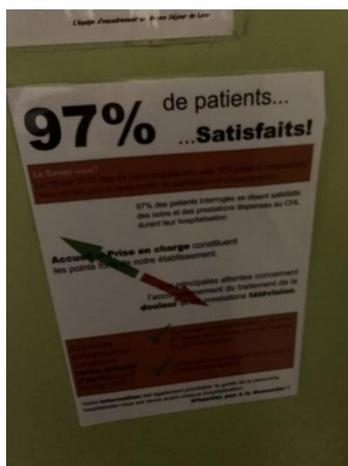
⁴² Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

⁴³ Et pour les derniers le 20 mars et 14 novembre 2019, le 14 février et le 8 décembre 2020.

questions spécifiquement liées à la psychiatrie, alors pourtant qu'un de ses membres travaille au CSMJBP.

7.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le livret d'accueil général du CHL comprend un questionnaire de satisfaction. Ni ce livret ni le questionnaire ne sont adaptés à la spécificité des services de psychiatrie. Ils ne sont d'ailleurs pas distribués, ce qui n'empêche pas le CSMJBP d'afficher sur une porte au sein d'une unité le résultat d'une enquête menée au sein de l'hôpital général.



Ancienne enquête ne concernant pas le CSMJBP affichée dans une unité

RECO PRISE EN COMPTE 23

La direction de l'établissement doit veiller à associer les usagers, leurs proches et les associations d'usagers à la vie des unités et s'assurer que les enquêtes de satisfaction affichées concernent la population qui les lira.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le président de la Commission des Usagers va prochainement participer à une rencontre du Club thérapeutique en vue d'une collaboration future et du recueil de l'avis de la CDU sur certains projets. La Chef de pôle de psychiatrie est invitée à la commission des Usagers du premier semestre 2022. ».

7.2 LES LACUNES DU REGISTRE DE LA LOI TRADUISENT L'ABSENCE DE PROCEDURE ET DE CONTROLE RELATIFS AUX HOSPITALISATIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

7.2.1 Organisation des services

Le registre de la loi est tenu par le bureau des admissions du CSMJBP. Deux agents administratifs y travaillent et ne gèrent pas les contacts avec le greffe du JLD, qui relèvent des secrétaires du bureau médical, situé en face des admissions.

Deux registres de la loi distincts sont tenus, d'une part pour les SDRE et d'autre part pour les SDDE.

La principale difficulté est structurelle et organisationnelle, puisque la tenue du registre de la loi, qui doit consigner dans les meilleurs délais possible l'ensemble de la procédure liée aux SSC, sur le plan médical, juridique et administratif, suppose des liens permanents avec :

- l'ARS pour le recueil et l'envoi des éléments relatifs aux patients en SDRE ;
- le bureau médical, qui centralise les certificats médicaux aux différentes étapes de la procédure, organise la saisine du JLD, réceptionne les avis à audiences et les ordonnances ;
- les unités, qui sont chargées d'informer les patients sur leurs droits, les décisions administratives qui en découlent, et les étapes du passage devant le JLD. A priori, le bureau des admissions n'a pas de contact avec les unités, mais affirme renseigner certains patients qui viennent pour obtenir des informations sur leur situation ;
- enfin, la direction du centre hospitalier, puisque ce sont les agents du bureau des admissions qui rédigent les décisions d'admission ou de maintien en SSC⁴⁴, à partir des certificats médicaux qui leur sont transmis, dans un grand nombre de cas avec retard (cf. § 3.3.2).

L'ensemble de ces relations, appelées à s'exercer dans des délais fortement contraints par les textes, ne sont formalisées ni précisées par aucune note interne. De ce fait, les délais sont approximatifs, les mesures d'anticipation et de sécurisation de la procédure sont inexistantes, et le détail des éléments notifiés au patient n'apparaît pas. Par voie de conséquence, la tenue du registre ne peut être optimale.

Malgré le constat de nombreux dysfonctionnements et de retards qui limitent la fiabilité des procédures, les agents en charge de la tenue du registre de la loi ne disposent pas de « pouvoir d'alerte ». Les agents affirment avoir fait remonter les difficultés à nombreuses reprises, sans avoir constaté d'amélioration.

RECO PRISE EN COMPTE 24

L'ensemble des formalités, médicales et administratives, relatives aux hospitalisations sans consentement, ainsi que les modalités de la tenue du registre de la loi, doivent être consignées dans une procédure précise, partagée par les médecins, les personnels administratifs et les soignants.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une nouvelle procédure a été mise en place au sein du service pour les formalités administratives des hospitalisations sans consentement. Le registre de la loi a été complété et mis à jour de manière conforme. Madame la Juge des Libertés et de la Détention et Monsieur le Procureur de la République sont venus sur le site et ont ainsi pu constater le bon report des informations et signer le registre. ».

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « Nous avons pu constater la résilience des différents personnels du service qui étaient désireux de sa saisir à la fois des observations formulées sur leurs pratiques par la Contrôleure générale pour y mettre un terme et aussi les

⁴⁴ A tous les stades de la procédure : admission, prolongation, poursuite mensuelle, reconduction à six mois.

conseils que les magistrats pouvaient leur apporter sur la façon la plus efficace de mettre en place de nouveaux circuits et de nouvelles pratiques. ».

7.2.2 La tenue du registre

Le registre de la loi concernant les SDDE, supposé permettre d'appréhender la situation juridique des patients, est mal renseigné. Les mesures de protection ne sont pas indiquées et les copies des décisions de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde n'y sont pas jointes. Aucune date ni heure de notification n'y est mentionnée ; les contrôleurs ont constaté l'existence de documents de notification comprenant la signature du patient mais ne mentionnant ni la date et l'heure de la notification, ni la qualité de la personne y ayant procédé. Les décisions du directeur n'y sont pas répertoriées.

Les contrôleurs ont observé une tenue du registre des patients en SDRE assez complète. Cela peut s'expliquer par d'une part un nombre bien moindre de patients, mais également par un pilotage accru par l'ARS. Ces services indiquent toutefois avoir dû parfois mobiliser les cadres d'astreinte, pour éditer dans les temps des décisions préfectorales de maintien, en raison de certificats médicaux produits tardivement.

RECO PRISE EN COMPTE 25

Les informations requises par l'article L 3212- 11 du code de la santé publique doivent être obligatoirement reportées dans le registre de la loi, quel que soit le mode d'admission retenu pour les soins sous contrainte. La mention de la date de notification des droits et les éventuels jugements de tutelle ou curatelle, doivent être répertoriés.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une nouvelle procédure a été mise en place au sein du service pour les formalités administratives des hospitalisations sans consentement. Le registre de la loi a été complété et mis à jour de manière conforme. Madame la Juge des Libertés et de la Détention et Monsieur le Procureur de la République sont venus sur le site et ont ainsi pu constater le bon report des informations et signer le registre. ».

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « En application de l'article L.3223-4 du Code de la santé publique, le magistrat du parquet en charge du service civil au TJ de Béthune a procédé chaque année à la visite de ces quatre établissements dont celui de Lens et a dressé un rapport transmis au parquet général ; en ce qui concerne le siège (...) le magistrat est venu les 15 et 29 mars 2022 (...) ce qui a été l'occasion de contrôler les registres de la loi... ».

7.2.3 Les contrôles du registre de la loi.

L'examen du registre fait apparaître deux contrôles par an par le procureur de la République et la CDSP, mais leurs conclusions (écrites ou verbales) ne sont pas portées à la connaissance ou explicitées aux agents concernés par la direction du CH ; les autres instances institutionnelles ne se déplacent pas pour vérifier la régularité des opérations.

Eu égard aux enjeux de ces procédures pour les droits du patient, il est impératif que des vérifications périodiques soient effectuées par la direction du CHL.

RECO PRISE EN COMPTE 26

Conformément aux dispositions de l'article L 3222-4 du code de la santé publique, le préfet du Pas-de-Calais, le président du tribunal judiciaire de Béthune, et le maire de Lens, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter au registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations. Un contrôle hiérarchique interne régulier doit également être mis en œuvre pour vérifier la tenue du registre.

Dans ses observations du 28 février 2022 faisant suite aux recommandations en urgence, le garde des Sceaux, ministre de la Justice indique : « Les chefs de cour territorialement compétents seront en conséquence invités à procéder à un rappel des dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique posant l'obligation d'un contrôle annuel du registre « de la loi » par les personnes qui visitent l'établissement, et plus spécifiquement en ce qui concerne les services judiciaires, par le président du tribunal judiciaire ou son délégué ainsi que le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement. ».

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une nouvelle procédure a été mise en place au sein du service pour les formalités administratives des hospitalisations sans consentement. Le registre de la loi a été complété et mis à jour de manière conforme. Madame la Juge des Libertés et de la Détention et Monsieur le Procureur de la République sont venus sur le site et ont ainsi pu constater le bon report des informations et signer le registre. ».

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « En application de l'article L.3223-4 du Code de la santé publique, le magistrat du parquet en charge du service civil au TJ de Béthune a procédé chaque année à la visite de ces quatre établissements dont celui de Lens et a dressé un rapport transmis au parquet général ; en ce qui concerne le siège (...) le magistrat est venu les 15 et 29 mars 2022 ».

7.3 LE CONTROLE DU JLD N'EST PAS EFFECTIF

Lorsque les échéances devant le JLD sont respectées, encore faut-il que le patient accède à son juge, que celui-ci dispose des documents indispensables et suffisamment circonstanciés pour rendre justice et que la décision rendue soit appliquée. Ces conditions ne sont pas remplies au CSMJBP.

7.3.1 L'accès au juge

Avant même d'avoir reçu l'avis d'audience devant le JLD, le patient reçoit un document indiquant qu'il lui est possible de le « rencontrer » et lui proposant, sans plus de précision, d'y renoncer. Ainsi rédigé, ce document est non seulement erroné dans ses termes – il ne s'agit pas de rencontrer un juge mais de comparaître à une audience – mais constitue une entrave au contrôle du juge puisqu'il ne peut avoir pour effet que de dissuader les patients de déférer à une convocation dont, la plupart du temps, ils ignorent le motif et le sens.

Ensuite, si la personne refuse de se rendre devant le juge, ce dernier n'en demande pas le motif et ne reçoit aucun document susceptible de l'éclairer sur la défaillance du patient.

Les contrôleurs ont par ailleurs constaté l'existence de certificats médicaux attestant de l'incompatibilité de l'état de certains patients avec une comparution devant le JLD, en raison d'un risque de fugue. Un tel motif ne saurait être regardé comme un motif médical⁴⁵. Selon les informations transmises par le TJ de Béthune, pour les six derniers mois de l'année 2021, pour les quatre établissements de santé mentale du ressort de la juridiction, le taux de présentation des patients devant le JLD est de 37 %. Malgré ce taux particulièrement faible, aucune analyse particulière des certificats médicaux d'incompatibilité ne semble être réalisée, pas plus que celle des motifs pouvant conduire un patient à ne pas souhaiter se rendre à l'audience.

RECO PRISE EN COMPTE 27

L'effectivité de l'accès au JLD des patients en soins sans consentement doit être garantie. Aucun document de l'hôpital ne doit risquer de les dissuader de se rendre à une audience dont l'objet est de protéger leurs droits.

Les certificats médicaux concluant à l'impossibilité pour le patient de comparaître devant le JLD ne peuvent être fondés que sur des motifs strictement médicaux, auquel ne répond pas le risque de fugue.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le document pour la comparution devant le Juge des Libertés et de la Détention n'existe plus, une information est faite aux patients. En cas d'impossibilité de comparution, l'information a été faite aux médecins du service d'étayer les certificats le justifiant. Les liens sont renforcés entre la Chef de pôle et Madame la Juge des Libertés et de la Détention sur ce sujet. ».

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « sur les nouvelles rédactions de formulaire sur la notification des droits, notre aide a été proposée. ».

7.3.2 La publicité de l'audience et le respect du contradictoire

En application d'une convention signée le 8 novembre 2018⁴⁶, les audiences du JLD se tiennent, non pas au CSMJBP mais au sein de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Val-de-Lys Artois à Saint-Venant. Pourtant, cette convention n'est pas toujours respectée. En effet, si aucun patient de l'EPSM de Saint-Venant n'est convoqué à l'audience, le JLD la tient au TJ de Béthune. Cette situation n'est pas rare puisque selon les statistiques remises par la juridiction, en 2021, 40 % des audiences environ se sont tenues au TJ de Béthune. En pratique, le lieu d'audience est fixé le matin même à 9h, le greffe du JLD informant les établissements et la permanence des avocats par téléphone. Les curateurs et tuteurs sont prévenus par téléphone si leurs

⁴⁵ « Devant le risque important de fugue, la patiente ne pourra se présenter devant le JLD », contrairement à la jurisprudence de la Cour de cassation (chambre civile 1, 17 mars 2021, 19-23.567).

⁴⁶ Convention du 8 novembre 2018 organisant le contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques entre le TJ de Béthune, l'ARS des Hauts-de-France, l'EPSM Val de Lys Artois situé à Saint Venant, les centres hospitaliers de Hénin-Beaumont et de Lens, et le centre de psychothérapie Les Marronniers de Bully-les-Mines : « l'EPSM met à disposition une salle aménagée affectée à la tenue des audiences du JLD » ; « en cas de force majeure rendant impossible l'utilisation de la salle d'audience [...] les audiences [...] se dérouleront au siège du tribunal de grande instance ».

coordonnées sont connues. Quant aux familles et proches, ils risquent de se présenter au mauvais endroit. Cette organisation, contraire aux termes du code de la santé publique⁴⁷ et à la convention signée, ne garantit ni la publicité des débats, ni l'accès des proches à l'audience, ni les droits de la défense et l'information du patient, qui est supposé pouvoir préparer l'audience. Enfin, du fait de la totale désorganisation de la gestion des dossiers administratifs au sein du CSMJBP (cf. § 3.3.2), le JLD ne dispose pas systématiquement d'un dossier complet le jour de l'audience. Il accepte alors la production de pièces en cours de délibéré, soit le jour même de l'audience, jusqu'à 15h.

RECOMMANDATION 14

Le juge des libertés et de la détention doit statuer dans une salle spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil, dans des conditions assurant la publicité des débats et l'accès de tous à l'audience, et dans le respect du principe du contradictoire.

Dans ses observations du 28 février 2022 faisant suite aux recommandations en urgence, le garde des Sceaux, ministre de la Justice indique : « Au regard de la configuration géographique du territoire, il a donc été fait le choix de tenir les audiences au sein d'une salle d'audience unique implantée à l'EPSM Val de Lys-Artois à Saint-Venant au profit de tous les patients de l'ensemble des établissements de santé mentale de l'arrondissement judiciaire de Béthune, via une convention signée le 8 novembre 2018 entre la juridiction et les quatre établissements de soins de son ressort, avec l'approbation de l'agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, signataire du document (...) L'organisation du service du juge des libertés et de la détention de Béthune ne me semble donc pas contraire aux dispositions du code de la santé publique. ».

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « L'établissement n'est pas concerné par cette décision qui relève de la compétence du TGI. ».

Dans leurs observations du 24 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le président et procureur de la République du TJ de Béthune indiquent : « il convient de rappeler que le ressort judiciaire de Béthune compte quatre établissements de soins psychiatriques de taille différente (...) Ces établissements sont distants les uns des autres de plusieurs dizaines de kilomètres et dispersés sur toute l'étendue du ressort judiciaire. Cet élément a pour conséquence de rendre difficile la mise en place d'audiences pérennes au sein de chaque établissement. Toutefois, il est nécessaire de rappeler qu'une salle dédiée aux audiences JLD a été aménagée dans l'enceinte de l'EPSM de Saint-Venant, suite à une convention Justice-Santé de 2018 et qu'elle est toujours utilisée plusieurs fois par semaine. ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

⁴⁷ Article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

7.3.3 Les contrôles opérés

a) L'audience des douze jours

Pour l'année 2021, le JLD a été destinataire de 571 saisines pour les quatre établissements de son ressort, dont 21 sans objet à raison d'une mainlevée intervenue avant la tenue de l'audience. Les chiffres pour le seul CSMJBP n'ont pas été fournis.

Pour l'ensemble des décisions rendues, deux décisions de mainlevées ont été prises et aucune n'a concerné le CSMJBP. Toutefois, selon les propos recueillis, elles auraient été demandées à plusieurs reprises dans le courant du premier semestre de l'année 2021 par les avocats intervenant au dossier, au motif de certificats médicaux jugés trop peu circonstanciés pour justifier d'une privation de liberté et de l'hospitalisation complète.

De la même façon, les décisions préfectorales d'admission en SDRE ont parfois été mises en attente d'éléments médicaux complémentaires.

Cette situation a été jugée suffisamment préoccupante pour réunir, dans le courant du premier semestre de l'année 2021, l'ensemble des directeurs et chefs de pôle des établissements, en présence de la JLD et de l'ARS des Hauts-de-France, afin d'insister sur la nécessité et l'importance d'apporter des éléments médicaux incontestables, pour fonder la décision de placement en SSC. Le compte rendu de cette réunion n'a pas été remis aux contrôleurs.

b) Les saisines postérieures et les requêtes

Les patients, n'étant pas informés de leurs droits, ne sont pas placés en position de pouvoir saisir le juge d'une demande de levée de la mesure de contrainte hors les audiences obligatoires des douze jours et six mois. En outre, la saisine du JLD au terme des six mois d'hospitalisation en SSC est parfois oubliée (cf. § 3.3.2).

c) Le contrôle de l'isolement et de la contention

L'obligation d'informer le JLD des mesures d'isolement excédant 48h et de celles de contention excédant 24h n'est pas respectée⁴⁸. Si des réunions se sont tenues, essentiellement avec l'EPSM de Saint-venant et le CSMJBP, le JLD et l'établissement n'ont pas mis en œuvre de circuit de communication permettant l'information du JLD, s'agissant de ces mesures d'isolement et de contention prolongées.

Depuis le 24 janvier 2022⁴⁹, l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique prévoit, outre l'obligation d'informer le JLD, celle de le saisir pour des mesures d'isolement excédant 72h et pour des mesures de contention excédant 48h.

⁴⁸ Cette obligation s'imposait entre le 16 décembre 2020 et le 31 décembre 2021, date d'effet de la décision du conseil constitutionnel du 4 juin 2021.

⁴⁹ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

RECOMMANDATION 15

L'information, et désormais la saisine, du juge des libertés et de la détention, s'agissant des mesures d'isolement et de contention prolongées, doit être réalisée selon les dispositions légales et le magistrat doit opérer son contrôle.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une procédure est en cours de finalisation en lien avec la formation Droit des patients et un travail de collaboration avec l'EPSM de Saint Venant et l'appui de Madame la Juge des Libertés et de la Détention. Une information est également faite aux Directeurs de garde et des éléments transmis avant la prise de garde du week-end. Dans l'attente du déploiement du logiciel dédié, le suivi est fait dans chaque service sous la responsabilité du cadre du service en lien avec le médecin responsable du service. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

7.3.4 Les effets des décisions de justice

L'éloignement géographique du juge, l'absence fréquente des patients, la tenue approximative des dossiers sont autant d'éléments qui entraînent un désintérêt préoccupant pour les décisions rendues, au point que les contrôleurs ont pu constater qu'une décision de mainlevée de la cour d'appel (CA) était restée inexécutée.

En effet, la CA de Douai, pourtant rarement saisie, rencontre les mêmes difficultés que le JLD pour obtenir un dossier complet. Elle en fait état dans une décision du 19 juillet 2021⁵⁰ et en tire les conséquences en ordonnant la mainlevée de l'hospitalisation sans consentement, avec effet différé à 24 heures, afin de laisser à l'établissement la possibilité d'organiser avec le patient la mise en œuvre d'un programme de soins.

L'examen du dossier administratif du patient concerné démontre cependant que cette décision n'a pas été exécutée et que le patient a été maintenu en hospitalisation complète en soins sans consentement, bien que la décision semble lui avoir été notifiée⁵¹. Le registre de la loi comporte la copie d'un certificat médical « de levée de mesure » indiquant le 19 juillet 2021 à 17h que « la CA a levé la mesure de soins sous contrainte », et la mention manuscrite suivante : « mainlevée le 20 juillet suite décision de la CA du 19 juillet 2021 ». Figure pourtant dans le même registre la copie d'un certificat médical du même médecin, daté du 29 juillet 2021 à 18h, et indiquant : « maintien des soins psychiatriques pour la durée d'un mois ». Le registre ne porte aucune trace d'un certificat susceptible de justifier une nouvelle mesure d'hospitalisation. Il faut enfin préciser

⁵⁰ Cour d'appel de Douai, soins psychiatriques, 19 juillet 2021, n° 21/00066 : « le Centre de santé mentale JB PUSSIN n'a pas fait parvenir à la cour le nouvel avis médical, établi dans les 48h précédant l'audience d'appel, qu'il lui appartenait de produire en application de l'article L.3212-1 du code de la santé publique. Cet avis a pourtant été sollicité par le greffe de la cour en même temps que la convocation à l'audience puis à plusieurs reprises avant et pendant l'audience. Le magistrat signataire l'a également réclamé, en vain, dans le cours de son délibéré. En l'absence d'un avis médical circonstancié permettant au juge d'appel de s'assurer qu'au jour où il statue, la mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète demeure le seul cadre approprié à la situation actuelle de santé de M. B A, le maintien de telle mesure de contrainte causerait à la personne hospitalisée un grief qui ne peut être évité que par une décision de mainlevée ».

⁵¹ La feuille de notification de la décision du premier président comprend le paraphe du patient mais ni l'heure, ni la date, ni la qualité de la personne assurant la notification.

que le certificat n'est aucunement circonstancié⁵². En tout état de cause, le patient n'a quitté les soins sous contrainte que le 11 août 2021, soit vingt-trois jours après la décision de la cour d'appel.

RECO PRISE EN COMPTE 28

Le non-respect d'une décision de mainlevée est susceptible d'entraîner un enfermement arbitraire. Les décisions de justice ordonnant la levée d'une mesure de soins sans consentement doivent être exécutées et, le cas échéant, les registres correctement renseignés sur les mesures ultérieures mises en place afin d'en permettre le contrôle.

Dans ses observations du 28 février 2022 faisant suite aux recommandations en urgence, le garde des Sceaux, ministre de la Justice indique : « Je partage vos constats et regrette profondément qu'une décision de justice, a fortiori de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation, n'ait pas été immédiatement mise en application. Un contrôle rigoureux du registre mentionné à l'article L.3213-1 IV du code de la santé publique est de nature à garantir la bonne exécution des décisions de justice. ».

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Une procédure de lecture des décisions judiciaires a été mise en place afin de sécuriser le bon suivi des décisions de justice ; les éléments de suivi sont les suivants : Les décisions judiciaires arrivent au secrétariat médical, elles sont transmises à l'équipe soignante du service du patient ; L'équipe soignante transmet sans délai l'information au patient, qui sera reprise dès rencontre avec le médecin ; Le secrétariat médical transmet copie au service Admission/Patient/ Facturation ; Le secrétariat médical transmet copie par mail au médecin référent du patient, au cadre supérieur du pôle et à la directrice d'appui du pôle. ».

⁵² Il relate les propos du patient qui indique tantôt que l'hospitalisation est « un plus », tantôt qu'elle « ne sert à rien » puis assure sans description de l'état mental que « du fait de la complexité de ce tableau clinique, l'hospitalisation est maintenue au moins jusqu'à un temps de concertation de son foyer de vie ».

8. LES SOINS

8.1 LES PATIENTS NE BENEFCIENT PAS D'ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES SUFFISANTES EN NOMBRE ET EN DIVERSITE

8.1.1 L'organisation des soins

Le projet de soin médical du projet d'établissement, remplacé par le projet médical partagé du GHT de l'Artois propose neuf thèmes⁵³, dont les fiches ont été transmises aux contrôleurs mais que les soignants des unités n'ont pas été en mesure de restituer, en raison d'une insuffisance d'information. Aucun projet d'unité n'a été présenté aux contrôleurs.

Chaque patient a un psychiatre référent, souvent le même qu'en ambulatoire s'il est déjà suivi. Un changement de psychiatre, élaboré et concerté, est possible. Les entretiens sont systématiquement réalisés en présence d'un IDE. Le projet de soins individualisé existe sans être formalisé *stricto sensu* mais il est régulièrement réévalué lors des réunions de transmission et de synthèse.

Aucun médiateur pair n'intervient dans l'établissement.

Différentes modalités de réunions institutionnelles sont mises en œuvre :

- les transmissions IDE, tri quotidiennes, lors des relèves d'équipe à 6h45, 14h (avec la participation de l'ASS) et 21h ;
- les réunions de synthèse, hebdomadaires, pluriprofessionnelles, en présence de l'équipe soignante du matin et de l'après-midi, du cadre de santé, des ASS, du psychologue et du psychiatre
- les réunions du cadre supérieur de santé avec les cadres de santé, irrégulières, en fonction des besoins ;
- les réunions intersectorielles instaurées pendant la pandémie, en présence des médecins et des cadres, pour la définition d'une organisation commune à toutes les unités.

Les contrôleurs ont assisté à une réunion de synthèse et ont constaté un faible investissement du médecin et des soignants, les ASS portant seules le dynamisme nécessaire à ce type d'événement présumé collaboratif. Aucune réunion soignants-soignés n'est mise en œuvre.

⁵³ Les neuf thèmes du projet médical partagé : le réajustement du capacitaire d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte des secteurs de Lens et d'Avion en vue d'un développement de l'ambulatoire, la création d'une structure d'hébergement à visée de réhabilitation psycho-sociale, le développement du partenariat avec le pôle addictologie du GHT dans le cadre de la prise en charge des TCA, la création d'un hôpital de jour petite enfance, la création d'un hôpital de jour adolescent, la limitation des risques de récurrence suicidaire, la création d'un dispositif d'accueil familial spécialisé thérapeutique, le renforcement de l'accueil du CMP de Lens, la création d'un CATT pour les adolescents et les jeunes adultes.

RECO PRISE EN COMPTE 29

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent la prise de parole des patients concernant des sujets institutionnels et contribuent à la qualité de leur alliance thérapeutique avec l'équipe doivent être organisées.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Ces réunions qui réunissent les soignants et les soignés sont effectives dans les unités de soins ».

La pharmacie centrale du CHL organise la dispensation nominative des médicaments, avec son antenne satellite du CSMJBP, pourvue d'un poste de préparateur à raison de 0,5 ETP.

La distribution des médicaments est effectuée dans les unités principalement dans ou devant le poste de soins infirmiers, les patients faisant la queue, plus rarement au réfectoire lors du repas, et devant la porte de la chambre des patients isolés, ce qui ne permet le respect de la confidentialité dans aucune des situations.

RECOMMANDATION 16

L'organisation de la distribution des médicaments doit permettre le respect de la confidentialité liée au secret professionnel médical.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Ces actions n'ont pas encore démarré mais une première rencontre sera rapidement sollicitée avec le service de la Pharmacie. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Le référencement des nouveaux médicaments de psychiatrie est traité par les psychiatres et le pharmacien référent des services de psychiatrie. Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est tenue tous les deux à trois mois mais n'a abordé aucun sujet concernant la psychiatrie, pendant la période des quatre années ayant précédé la visite. Le psychiatre qui en est membre n'y participe jamais.

Les situations cliniques difficiles, notamment celles de patients présentant une pharmacorésistance de leur pathologie aux médicaments antipsychotiques et neuroleptiques, ou une nécessité de traitements en association, ne sont jamais évoquées entre le pharmacien et les psychiatres, par manque de temps, a-t-il été rapporté aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 17

Le psychiatre qui en est un membre doit participer à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, qui doit comporter des points réguliers d'analyse des prescriptions au long cours de médicaments psychotropes, et des échanges réguliers doivent être tenus entre le pharmacien et les psychiatres, s'agissant des patients dont la pathologie présente une pharmacorésistance ou une nécessité d'association de traitements.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Ces actions n'ont pas encore démarré mais une première rencontre sera rapidement sollicitée avec le service de la Pharmacie. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les unités disposent d'espaces mais les salons de télévision sont peu fréquentés, les salles d'activités encore moins (en raison notamment d'une panne de chauffage dans celle d'une unité) et les rares jeux de société n'étaient pas utilisés par les patients lors de la visite. Une unité dispose d'un baby-foot que les contrôleurs n'ont jamais vu utilisé. La salle d'activités d'une unité est utilisée une fois par semaine par la psychologue qui organise un atelier de « médiation par le dessin » avec des patients volontaires. La cafétéria n'est ouverte que l'après-midi (cf. § 4.4). Des ateliers cuisine peuvent être organisés le week-end dans les unités, selon la disponibilité des soignants. Les unités disposent de très peu de livres, ce qui ne constitue pas une bibliothèque et d'aucun abonnement à des journaux ni à des magazines.

RECOMMANDATION 18

Les patients doivent bénéficier d'activités occupationnelles et d'un accès quotidien à une bibliothèque disposant d'ouvrages diversifiés, de journaux et de magazines de presse. La cafétéria, lieu d'autonomisation et de socialisation doit être plus largement ouverte.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Un travail est en cours autour de la mise en place effective du poste IDE de jour pour permettre de manière pérenne le développement des activités de jour au sein des unités. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et de la modification des horaires d'ouverture de la cafétéria.

Des activités nommées thérapeutiques sont accessibles aux patients au deuxième étage de l'établissement, selon un planning hebdomadaire prévisionnel affiché :

- cinq séances individuelles d'ergothérapie quotidiennes de 30 minutes du lundi au mercredi et deux le jeudi ;
- mandala-crétion-jeux par groupe de cinq le lundi matin et les après-midi du lundi au jeudi ;
- perles-puzzle, par groupe de cinq le mardi matin ;
- esthétique par groupe de trois le mercredi matin ;
- bois-mosaïque, par groupe de cinq le jeudi matin ;
- jeu du 31, par groupe de quatre le jeudi après-midi ;
- cuisine par groupe de quatre le vendredi matin et pâtisserie par groupe de deux le vendredi après-midi.

Le nombre de créneaux horaires d'activités mis en œuvre ne répond pas aux demandes des personnes hospitalisées, dont certaines patientent sur liste d'attente dans le désœuvrement. D'autres disent que les activités proposées ne les intéressent pas (esthétique, mandalas) et regrettent de ne pas avoir d'accès libre à la salle de sport.

Les patients, indépendamment de leur mode d'hospitalisation, bénéficient d'accompagnements pour des démarches ciblées (achats de vêtements) et pour des activités à l'extérieur (sortie culturelle, pique-nique, restaurant, bowling), selon une autorisation médicale, plus rares en

raison des contraintes liées aux mesures de prévention de la pandémie. L'accès à ce type d'activités est plus facile dans les unités accueillant moins de patients, en raison d'un nombre plus grand de soignants disponibles.

RECOMMANDATION 19

Les patients de chaque unité doivent bénéficier d'activités thérapeutiques diversifiées, dont le nombre répond à leur demande, d'un accès au sport et aux accompagnements thérapeutiques à l'extérieur.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Un travail est réalisé actuellement autour de la mise en place effective du poste IDE de jour pour mettre en place de manière pérenne des activités de jour au sein des unités. En plus de cela, une réflexion est menée avec le club thérapeutique et le plateau technique afin de créer un plateau socio-thérapeutique. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Des activités participatives sont proposées dans le cadre du club thérapeutique associatif « l'Autre-Toit », dont les statuts, adoptés en octobre 2021, ont été élaborés avec les patients intéressés. La trentaine de membres inscrits avant la pandémie (un peu moins lors de la visite) étaient des patients hospitalisés, des anciens patients et des professionnels de la structure ou des soignants retraités. Les activités incluent la réalisation d'un journal trimestriel « l'Antibrouillard » et un complément bimensuel « Le Phare ». Un atelier de création musicale et littéraire est animé par un psychologue du CSMJBP. Un groupe de musique (« *Les dreamers de l'Un possible* »), animé notamment par un infirmier du site a été créé. Dans le cadre de l'association, des patients peuvent aussi participer au fonctionnement de la cafétéria (gérée par l'association « Les 3 Airs » rencontres, resocialisation, réalisations) en assurant le service aux côtés d'une personne dédiée. D'autres événements sont parfois organisés, par exemple des concerts lors de la fête de la musique. Toutefois, l'accès restreint à la cafétéria limite la possibilité d'associer plus largement les patients à ce type d'activités et d'en proposer d'autres.

BONNE PRATIQUE 2

Le club thérapeutique associatif « L'autre toit », ses activités et la cafétéria gérée par « Les 3 Airs » permettent à des personnes hospitalisées de s'investir et de proposer des projets et à d'anciens patients de conserver un lien avec l'établissement.

8.2 LES PATIENTS N'ONT PAS L'ASSURANCE D'UN ACCES A DES SOINS SOMATIQUES CAR LE MEDECIN GENERALISTE N'EST PAS PRESENT DE MANIERE CONTINUE

L'effectif prévoit un ETP de médecin généraliste pour l'ensemble des quatre unités, pourvu par un médecin intérimaire, ayant pris ses fonctions le premier jour de la visite, pour une période de deux semaines, sans aucune certitude de pourvoi du poste au-delà.

RECOMMANDATION 20

Les patients doivent bénéficier en cas de besoin d'un accès à un médecin généraliste.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le recrutement d'un médecin somaticien est en cours sur la convention de stagiaire associé. Dans l'attente, nous avons mis en place des médecins vacataires. Un travail de réflexion est également en cours sur la permanence des soins en lien avec la DIRAM pour les soins somatiques Lens et Hénin. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Le médecin généraliste intervient auprès des patients lors de leur arrivée, passe dans les unités le matin et l'après-midi mais ne participe pas aux réunions de synthèse par manque de temps disponible. Aucun programme d'éducation thérapeutique n'est mis en œuvre pour la même raison.

RECOMMANDATION 21

Les patients doivent bénéficier de la mise en œuvre régulière de séances d'éducation thérapeutique concernant des thèmes diversifiés, en lien avec leurs pathologies et les processus de soins.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Ces actions n'ont pas encore démarré mais une première rencontre sera rapidement sollicitée avec les services concernés (addictologie, nutrition, endocrinologie...). ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Les patients sont orientés prioritairement au CHL pour l'accès aux soins des autres spécialités médicales et pour la réalisation d'examens complémentaires biologiques et d'imagerie. Le CSMJBP ne dispose pas de créneaux horaires spécifiques de rendez-vous ni d'une ligne téléphonique réservée, alors qu'il s'agit du même établissement. La difficulté principale pour la mise en œuvre des rendez-vous, pris par les soignants des unités, n'est pas l'attente excessive mais l'accompagnement du patient au CH, prioritairement effectué par l'IDE de journée, qui n'est pas toujours présente et disponible pour ce faire. Le personnel du service des urgences peut se déplacer vers le CSMJBP, en cas de besoin.

Les prises en charge odontologiques sont réalisées avec des praticiens libéraux. Les soins d'addictologie sont réalisés avec l'équipe mobile de liaison « Le square » qui peut se déplacer pour rencontrer au CSMJBP les patients hospitalisés qui le demandent.

8.3 LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DANS LES SOINS N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT EFFECTUEE ET AUCUNE PROCEDURE PERMETTANT DE LA TRACER N'EST MISE EN ŒUVRE

Le rapport de la HAS du mois de juin 2016 précise : « La traçabilité du consentement du patient est peu réalisée dans les dossiers. Bien que les résultats d'audit soient jugés insuffisants par l'établissement, le PAQSS institutionnel en cours ne prévoit pas d'actions d'amélioration de la traçabilité du consentement du patient ».

Des prescriptions « si besoin » sont effectuées, motivées en fonction du contexte clinique, de traitements administrés par voie orale (en cas d'anxiété, d'insomnie), que les patients peuvent

se voir proposer, solliciter comme refuser, ou par voie injectable intramusculaire (en cas d'agitation), auxquels ils ne peuvent se soustraire. La traçabilité du consentement des patients à la prise médicamenteuse n'est pas mise en œuvre.

Aucune procédure de recueil systématique du consentement des patients⁵⁴ n'a été élaborée, s'agissant de l'administration des traitements, au jour de la visite de contrôle.

RECOMMANDATION 22

Le consentement des patients hospitalisés en soins sans consentement doit être systématiquement recherché et tracé dans leur dossier, lors des différentes étapes de leur projet de soins individualisé, s'agissant notamment de l'administration des médicaments, après une information médicale concernant l'effet recherché et les effets secondaires éventuels.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise en place systématique de cette action est travaillée en interne et sera traduite dans le cadre de la mise en place du projet de soins individualisé. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie, qui permettent au patient de définir en collaboration avec l'équipe de soins, alors qu'il est cliniquement en mesure de les élaborer, les modalités de prise en charge à prévoir en cas de décompensation clinique, ne sont pas mises en œuvre dans l'établissement, comme dans les structures ambulatoires.

RECOMMANDATION 23

Les directives anticipées en psychiatrie, qui participent à l'investissement du patient dans son projet de soins individualisé, notamment s'agissant de l'exercice de son consentement, doivent être mises en œuvre dans les unités de soins ambulatoires et intra hospitalières.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise en place systématique de cette action est travaillée en interne et sera traduite dans le cadre de la mise en place du projet de soins individualisé. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Le sujet de la personne de confiance est compris et mis en œuvre de façon hétérogène dans les différentes unités. Une première unité a organisé, pour tous les patients, la désignation systématique de la personne de confiance, par le renseignement du document *ad hoc* dès l'admission, et sa sollicitation possible lors des différentes phases du projet de soins, par une

⁵⁴ Le consentement à tout traitement est encadré par l'article L1111-4 du CSP : « (...) Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...). Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (...). Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. (...). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.(...) ».

équipe plus ou moins informée de son rôle. Une deuxième unité n'a mis en place aucune procédure, son équipe ignore le rôle de la personne de confiance (« *c'est fait aux urgences ça* »). Les deux autres unités ne disposent pas de procédure systématique, une personne de confiance peut y être désignée, lors de l'entrée ou lorsque l'état clinique du patient s'est amélioré.

RECO PRISE EN COMPTE 30

Tout patient hospitalisé doit être invité à désigner une personne de confiance dès son admission, être informé de son rôle éventuel à ses côtés pendant son hospitalisation, et pouvoir demander sa sollicitation à chaque étape de son projet de soins.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *Cette formalité est réalisée de manière systématique lors du premier entretien. Une check liste a été mise en place pour l'entretien d'arrivée des patients.* ».

8.4 CERTAINS TRAITEMENTS SONT ADMINISTRES AVEC L'USAGE DE LA FORCE

Les contrôleurs ont constaté l'usage de la force, lors de l'administration de traitements médicamenteux buvables ou injectables à certains patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement, qui ne donnaient pas leur consentement pour une prise spontanée par voie orale.

Pour exemple, la situation d'une patiente de 19 ans, hospitalisée en SL, conduite par l'équipe pour être isolée et contenue dans sa chambre le matin du 11 janvier, en raison d'un état d'agitation avec des menaces envers elle-même et les autres. La patiente a reçu, maintenue par l'équipe en force, un traitement médicamenteux sédatif buvable, administré au moyen d'une seringue, pour éviter l'injection intramusculaire aux dires de l'équipe. Le matin du 13 janvier à 9h30, la même patiente s'étant agitée et ayant bousculé des patients et des soignants, a été de la même façon accompagnée par l'équipe dans sa chambre et s'est vue administrer un traitement sédatif au moyen d'une seringue et d'un maintien forcé. Lors de leur passage dans l'unité vers 9h45, les contrôleurs entendant la patiente isolée frappant très fort à la porte de sa chambre se sont adressés aux six soignants (dont le cadre de l'unité), réunis dans leur salle de repos, qui ont répondu « *ne pas avoir décidé d'aller la revoir (ce qu'ils n'ont pas fait avant 10h45), et attendre qu'elle se calme* ». La patiente, calmée, avait pu alors sortir dans le couloir de l'unité. Le médecin n'a pas été prévenu.

RECO PRISE EN COMPTE 31

L'administration d'un traitement refusé par un patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur, l'usage du dialogue et des techniques de désescalade.

La traçabilité dans le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration doit être réalisée.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « *Il y a changement de pratique au sein des unités ; quand un patient signale son refus pour un traitement, le médecin d'astreinte est systématiquement contacté.* ».

8.5 LES PROGRAMMES DE SOINS ECHAPPENT A L'EVALUATION DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE MAIS DES AUTORISATIONS DE SORTIE SONT DECIDEES ET DES PARTENARIATS SONT NOUES AVEC DES STRUCTURES D'AVAL

8.5.1 Les autorisations de sorties

Aussi rapidement que leur état clinique le permet, les patients admis en SSC peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée – accompagnées de moins de douze heures ou non accompagnées de moins de quarante-huit heures – telles que les prévoient les dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique. Ces autorisations de sortie peuvent être accordées rapidement après l'admission, sans différence selon le statut d'hospitalisation ; le représentant de l'Etat s'oppose très rarement à la demande faite par le médecin.

Les médecins et les équipes soignantes favorisent les sorties dans l'objectif de permettre aux patients de quitter l'enceinte de l'hôpital, de faire le lien avec la ville et de faciliter leur autonomie. Les patients sont fréquemment accompagnés dans leurs démarches par les soignants ou les ASS. La politique de l'établissement en la matière ne semble pas, au moment de la visite, freinée par la crise sanitaire mais plutôt parfois par l'absence de soignants disponibles (cf. § 2.3.1.a).

8.5.2 Les programmes de soins

Des programmes de soins (PDS) alternatifs à l'hospitalisation complète, peuvent également être mis en œuvre et constituent souvent une étape intermédiaire du processus de levée de la mesure de SDRE. Au moment du contrôle huit patients sont en programme de soins, quatre dans le secteur d'Avion et quatre dans le secteur de Lens ; tous les patients concernés sont en SDRE et pour six d'entre eux, le PDS est en place depuis plus d'un an. Ces PDS imposent essentiellement des soins ambulatoires pouvant parfois être assortis d'une hospitalisation complète séquentielle.

Aux termes de l'article L 3212-7 alinéa 3 du CSP, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un collège de professionnels de santé composé de deux psychiatres, dont un seulement participe à la prise en charge du patient, ainsi que d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins ; cette évaluation est renouvelée tous les ans. Cet avis est d'autant plus important pour les patients en PDS que la mesure de SSC dont ils font toujours l'objet échappe au contrôle de plein droit du JLD. Or, selon les informations fournies, l'avis du collège, sollicité pour les patients en hospitalisation complète, il ne l'est jamais pour les patients en PDS.

Les contrôleurs n'ayant pas été amenés à assister à l'une de ces réunions, durant leur visite, et les avis du collège qu'ils ont pu consulter ne comportant aucune mention utile à cet égard, n'ont pu objectiver les modalités du fonctionnement de ce collège des professionnels de santé ni vérifier, en particulier, qu'une réunion physique de ses membres était systématique. Tous les avis motivés consultés ne rapportent pas les observations du patient et ne précisent pas si elles ont été recueillies ni même si le patient a effectivement été rencontré par les membres du collège.

RECOMMANDATION 24

Le collège des professionnels de santé doit se réunir pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, quelle que soit la forme de prise en charge, afin de

procéder, après la rencontre du patient et le recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Des temps de synthèse sont organisés de manière régulière mais une réflexion plus engagée sera formalisée pour répondre à cette recommandation. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

8.5.3 Le départ du CSMJBP

Les orientations sont effectuées, selon l'état clinique des patients, leur niveau d'autonomie et leur éventuel projet de réinsertion vers le domicile personnel, un appartement communautaire, une famille d'accueil, une maison d'accueil spécialisée, ou parfois une solution originale répondant à la demande spécifique d'un patient⁵⁵.

Le secteur d'Avion dispose de dix-neuf places dans deux maisons communautaires et dans des appartements ; le secteur de Lens a deux places en appartement thérapeutique.

L'utilisation du logiciel Trajectoire permet d'une part d'avoir une visibilité sur les places disponibles dans les établissements médico-sociaux et sur le profil clinique des patients pouvant être accueillis, et d'autre part, après une visite de préadmission, de constituer le dossier d'admission de façon numérique et interactive.

Certains partenariats sont créés entre les soignants de l'unité, les soignants des structures d'accueil, les équipes mobiles du CMP, les travailleurs sociaux et/ou les mandataires judiciaires. D'autres le sont avec des structures d'accueil récentes (l'UGECAM⁵⁶ de Vendin le Vieil, l'extension de la structure d'accueil spécialisée) et des foyers lensois à caractère social. Des accueils séquentiels sont volontiers organisés, afin de vérifier l'adéquation du profil du patient avec la structure et permettre au patient d'évaluer son projet de vie.

L'EHPAD⁵⁷ dont dispose le centre hospitalier dispose facilite l'orientation lorsqu'une personne âgée ne peut retourner à son domicile. Tout transfert d'une personne âgée vers une structure pérenne est précédé d'une ou plusieurs visites de préadmission pour vérifier la faisabilité du projet. La personne est accompagnée par les équipes mobiles qui sont appelées à continuer le suivi sur le long terme.

BONNE PRATIQUE 3

L'orientation des personnes âgées vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est systématiquement précédée d'une visite de préadmission, avec les infirmiers du centre médico psychologique, afin de vérifier la compatibilité de la structure avec les souhaits et l'état clinique du patient.

⁵⁵ Pour exemple, une orientation vers un mobil-home dans un camping ouvert toute l'année.

⁵⁶ Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie.

⁵⁷ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES MINEURS SONT PRIS EN CHARGE DANS DES CONDITIONS INADAPTEES PORTANT ATTEINTE A LEUR DIGNITE ET LE ROLE DES REPRESENTANTS LEGAUX N'EST PAS RESPECTE

9.1.1 L'organisation générale

L'inter secteur de pédopsychiatrie comprend notamment deux CMP, deux CATTP⁵⁸ (pour enfants et pour adolescents), un CMPP, une équipe de liaison, un hôpital de jour. Les deux ETP de psychiatres sont considérés comme largement insuffisants et la responsable du service a demandé l'ouverture de trois postes d'internes.

Le nombre de mineurs hospitalisés est relativement conséquent, vingt et un en 2020, trente et un en 2021. Au jour du contrôle, quatre mineurs étaient hospitalisés, tous en soins libres, trois garçons et une fille (17 ans, 16 ans et deux de 15 ans). Les mineurs seraient quasi-exclusivement hospitalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale. Aucune donnée d'activité, s'agissant de l'âge, du statut d'hospitalisation, des durées d'hospitalisation n'a été communiquée aux contrôleurs.

Du fait de l'absence d'unité d'hospitalisation complète, les mineurs de plus de 15 ans et trois mois sont hospitalisés dans les unités adultes ; en deçà de cet âge ils sont hospitalisés en pédiatrie au CHL.

La problématique des mineurs a été identifiée par le PTSM du territoire de l'Artois et de l'Audomarois 2021-2016⁵⁹. Il indique, à ce sujet, que « *l'insuffisance des capacités d'accueil dans les différents champs engendre des accueils inadaptés, par défaut (exemple : l'hospitalisation en psychiatrie adulte ou certaines hospitalisations en pédiatrie)* » et précise que les résultats attendus sont : « *accueillir l'adolescent dans le lieu adapté à sa problématique plutôt que dans un lieu par défaut (...) et diminution (voire disparition) du nombre d'admission d'adolescent en hospitalisation psychiatrique adulte* » avec pour objectif de « *permettre aux adolescents d'être accueillis dans des lieux de soins et de vie adaptés à la spécificité de leur âge et à leur problématique* » qui comprend à terme la création de places nécessaires d'hospitalisation complète pour adolescents. Or, au jour du contrôle, aucune réflexion n'est menée quant aux besoins particuliers des mineurs et aucun projet de création d'une unité spécifique n'a été énoncé. Le CGLPL préconise que les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés en santé mentale avec des adultes et que leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

⁵⁸ Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

⁵⁹ PTSM Projet territorial de santé mentale 2016-2021 p.40.

RECOMMANDATION 25

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge. Un projet de création de places d'hospitalisation complète à destination exclusive des adolescents doit être élaboré et proposé très rapidement par l'établissement.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Le projet médical est en cours d'écriture pour formaliser un projet de pédopsychiatrie. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

9.1.2 La demande de soins et le recueil du consentement

Lors de l'arrivée, aucun document ne permet de recueillir et de formaliser la demande des titulaires de l'autorité parentale. Un dossier est ouvert sur la deuxième page duquel se trouve un encadré permettant de recueillir l'autorisation de soins, d'hospitaliser, d'anesthésier et d'opérer. L'examen des dossiers a montré que cette autorisation est accordée par un seul parent qui date et signe. Au jour du contrôle, ce dossier était inexistant pour une patiente mineure. Ainsi, rien n'est organisé par l'établissement permettant de s'assurer que les titulaires de l'autorité parentale ont, de façon éclairée, donné leur accord pour une hospitalisation de leur enfant en psychiatrie.

Les mineurs de plus de 15 ans doivent également être officiellement consultés et pouvoir exprimer leur accord ou leur refus.

RECOMMANDATION 26

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

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie sur demande parentale, l'autorisation de soins est signée par tous les titulaires de l'autorité parentale et cette hospitalisation se fait avec une attention particulière pour protéger au maximum le jeune patient (proximité avec le PC infirmier). ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui est partiellement prise en compte.

L'accord et l'avis des parents, pas plus que ceux du mineur, ne sont recueillis s'agissant des actes de la vie quotidienne (l'usage du téléphone, l'accès au tabac, les modalités de sortie par exemple). En pratique, les mêmes règles que celles imposées aux adultes s'appliquent : l'adolescent a accès à son téléphone, à son ordinateur, peut fumer. Or, l'hospitalisation d'un mineur ne prive pas les représentants légaux de l'exercice de l'autorité parentale et ils doivent être associés aux décisions concernant l'enfant. De même, il convient que les soignants soient informés des actes pour lesquels ils peuvent se dispenser d'obtenir le consentement des représentants de l'autorité parentale si le mineur s'oppose expressément à leur consultation.

RECO PRISE EN COMPTE 32

L'accord et l'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les actes de la vie quotidienne doivent être recueillis et formalisés. Le mineur doit également être associé aux décisions qui le concernent.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie sur demande parentale, l'autorisation de soins est signée par tous les titulaires de l'autorité parentale et cette hospitalisation se fait avec une attention particulière pour protéger au maximum le jeune patient (proximité avec le PC infirmier) ; L'accord concernant l'autorité parentale est fait. Le PSI (projet de soins individualisé) rend acteur la personne qui paraphe elle-même, le document qui est ensuite inséré dans son dossier. ».

L'établissement n'a pas élaboré de livret d'accueil spécifique expliquant les modalités de la prise en charge et dont le contenu serait adapté à la maturité et au discernement d'un public adolescent.

9.1.3 La prise en charge

Si les soignants paraissent attentifs quand un adolescent est hospitalisé, la promiscuité avec des patients adultes aux pathologies très diverses et l'absence de verrou de confort dans les chambres peuvent créer des situations de danger. Un mineur a ainsi fait part de plusieurs tentatives d'agressions sexuelles par une adulte dont une pendant la nuit : « elle est rentrée dans ma chambre la nuit et a essayé de m'embrasser, j'ai eu vraiment très peur ». Un autre a indiqué que cette prise en charge n'était pas adaptée, qu'il se sentait seul au milieu des adultes. Un soignant a précisé que « les mineurs ne se sentent pas bien et sont au milieu d'une population difficile à appréhender ».

Les enfants ne sont pas systématiquement hospitalisés en chambres individuelles, faute de place disponible, ce qui conduit à les placer en chambre double avec un adulte.

RECO PRISE EN COMPTE 33

Aucun mineur ne doit être hospitalisé en chambre double avec un patient adulte.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie il est hospitalisé en chambre seule ».

Les mineurs sont prioritairement hospitalisés dans les secteurs dit « fermables ». Or ces secteurs comprennent à l'étage la chambre d'isolement. Au jour du contrôle, un mineur, dont la chambre était située en face de la chambre d'isolement, souffrait d'entendre le patient isolé et attaché crier (cf. § 6.2).

Les mineurs hospitalisés sont suivis par les pédopsychiatres de l'inter secteur et l'équipe de liaison de pédopsychiatrie. Selon les témoignages recueillis, l'équipe de liaison ne viendrait pas assez régulièrement.

Aucune réflexion n'est menée quant aux besoins spécifiques des mineurs et aucune activité ne leur est spécifiquement proposée. La plupart ont indiqué que le contenu des activités ne les intéressait pas, qu'ils s'ennuyaient beaucoup et qu'ils souhaitaient bénéficier de sport.

Tous ont indiqué avoir faim le soir et ont déploré qu'aucun goûter ne soit proposé en semaine (cf. § 4.4).

RECOMMANDATION 27

Le CSMJBP doit urgemment modifier son organisation et proposer une prise en charge adaptée aux mineurs accueillis, prenant en considération leurs besoins de protection contre toute forme de violence, physique ou morale, d'activités spécifiques et d'alimentation adaptée à leur âge.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « La mise en place de Projet de soins permettra des suivis individuels et des prises en charge en groupe adapté à l'âge et à leur symptomatologie. Un travail en collaboration avec le CATTP adolescent de pédopsychiatrie est présent. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

9.1.4 Les pratiques d'isolement et de contention

Les mineurs sont isolés et contenus dans les mêmes conditions que les adultes sans que les titulaires de l'autorité parentale n'en soient avisés : les pratiques d'isolement et de contention s'effectuent dans les chambres d'isolement comme dans les chambres hôtelières, elles sont toujours considérées comme des prescriptions plutôt que comme des décisions médicales susceptibles de recours au mépris de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, elles ne font pas toujours l'objet de décision médicale initiale ou d'examen du patient au moment du renouvellement de la mesure et aucune alternative n'est recherchée ni tracée dans le dossier médical.

Les données informatiques sont peu fiables. En effet, le DIM ne dispose d'aucune donnée informatique pour les mineurs à compter de l'année 2021, alors qu'il a été constaté que des mineurs avaient été accueillis et que quatre étaient présents à l'arrivée des contrôleurs. Les données à disposition de l'année 2019 indiquent qu'ont été pratiquées pour trois patients mineurs, quatre mesures d'isolement d'une durée totale de 50h45 avec une durée maximale de 18h45 et minimale de 6h45.

Outre ces chiffres, les contrôleurs ont pris connaissance, notamment par le registre papier, de pratiques inadaptées. Pour exemples, une mineure isolée durant cinq heures de nuit sans validation médicale, le médecin ayant seulement été averti ; 115 jours de contention pour un mineur de 17 ans en 2018 ; vingt heures d'isolement et de contention pour un mineur de 17 ans en mai 2019 ; dix-huit heures d'isolement et de contention pour une mineure de 15 ans en décembre 2019 ; soixante-deux heures d'isolement et de contention pour un mineur de 15 ans du 30 novembre au 2 décembre 2021.

Les pratiques d'isolement, et de façon plus préoccupante, celles de contention sont appliquées régulièrement à des mineurs dans des proportions, tant en termes de fréquence que de durée, rarement constatées par le CGLPL dans le cadre de ses contrôles.

Le CGLPL considère que le mineur doit pouvoir saisir la CDSP ainsi que le JLD lorsqu'il conteste la nécessité de son hospitalisation. De la même manière que pour les majeurs, le JLD doit être informé et saisi des mesures d'isolement et de contention selon les modalités de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 28

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent doivent être évités par tout moyen. Les mesures d'isolement et de contention des mineurs doivent être tracées rigoureusement et faire l'objet d'un registre analysé par les soignants et présenté aux instances de l'établissement.

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de la mesure et de son maintien et le JLD mis en mesure d'exercer un contrôle.

Dans ses observations du 22 février 2022 faisant suite aux recommandations en urgence, le ministre des solidarités et de la santé indique : « Un programme de formation sur les droits des patients et la prise en charge des mineurs est organisé avec un organisme extérieur qui permettra la formation d'une centaine de professionnels au cours de l'année. Les premières journées sont en cours de planification pour un démarrage dès le premier trimestre. ».

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Lorsqu'il doit être fait recours en dernière intention à l'isolement ou la contention pour un mineur, les titulaires de l'autorité parentale en sont informés sans délai. ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

9.2 LES PATIENTS DETENUS SONT SYSTEMATIQUEMENT HOSPITALISES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Les personnes détenues orientées par les psychiatres des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt de Béthune, du centre pénitentiaire de Longuenesse et du centre de détention de Bapaume sont hospitalisées dans une des deux unités disposant d'une CI. Les personnes détenues du centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil ne sont jamais, pour des raisons sécuritaires, hospitalisés au CSMJBP⁶⁰.

Aucun détenu n'était hospitalisé au moment de la visite. Les hospitalisations de détenus sont rares et, selon les informations fournies, généralement de courte durée ; l'établissement n'a pas été en mesure de fournir aux contrôleurs les durées de séjour. En 2020, trois détenus ont été hospitalisés, cinq en 2019. Les chiffres pour l'année 2021 n'ont pas été communiqués ; de même le nombre de sorties vers l'UHSA n'a pu être transmis.

La prise en charge des patients détenus hospitalisés au CSMJBP ne fait l'objet d'aucun protocole avec les établissements pénitentiaires concernés et d'aucune procédure interne.

Selon les propos recueillis, une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'établissement, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants de l'unité concernée se déplace à l'établissement pénitentiaire dans une ambulance équipée pour un transport couché. Le médecin sollicitant l'admission prévoit le cas échéant une prescription de traitement sédatif et décide de la nécessité d'une contention. Aucune escorte de police ou de gendarmerie n'est jamais requise.

A leur arrivée au CSMJBP, les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement, quel que soit leur état clinique. Plusieurs interlocuteurs ont précisé qu'une réflexion était en cours sur l'hospitalisation de ce type de patient en chambre ordinaire ; réflexion qui manifestement n'avait pas abouti au moment du contrôle.

⁶⁰ Elles sont hébergées dans l'une des deux chambres sécurisées de l'hôpital général avant un éventuel transfert à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lille-Seclin.

RECO PRISE EN COMPTE 34

Le placement en chambre d'isolement est une décision de dernier recours, y compris pour les patients détenus.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Il n'existe plus d'isolement ou de contention en chambre hospitalière. De fait, toute mesure d'isolement et de contention est une mesure de dernier recours prise par le psychiatre. Parallèlement une réflexion est mise en place au sein de la structure pour les alternatives à l'isolement et à la contention. Pour les patients détenus, une réflexion est engagée avec le comité éthique et l'aide de Madame X psychologue à la prison centrale de Vendin le vieil. ».

Les repas sont pris dans la chambre. Les patients peuvent être autorisés à fumer une cigarette après chaque repas dans le patio inaccessible aux autres patients (cf. § 4.1.1).

Selon les informations fournies, les établissements pénitentiaires ne transmettent aucune fiche de liaison contenant notamment les documents relatifs aux permis de visite et aux numéros de téléphone autorisés. Interrogés sur la possibilité pour les patients détenus de recevoir des visites ou de téléphoner, les interlocuteurs rencontrés sont restés très évasifs.

RECO PRISE EN COMPTE 35

Les établissements pénitentiaires doivent transmettre à l'hôpital les informations relatives aux permis de visite et aux autorisations de téléphoner des personnes détenues hospitalisées.

Dans ses observations du 25 mai 2022 faisant suite au rapport provisoire, le centre hospitalier de Lens indique : « Dans la grande majorité des situations, les établissements pénitentiaires transmettent au service les informations relatives aux permis de visite et aux autorisations de téléphoner des personnes détenues hospitalisées. ».

La sortie s'effectue selon des critères exclusivement médicaux et s'organise en lien avec les USMP ou l'UHSA le cas échéant. Le retour du patient vers la prison incombe aux services pénitentiaires qui doivent, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement. Selon les informations fournies, les patients qui partent pour l'UHSA sont systématiquement menottés, avec ceinture ventrale, et entravés ; ceux qui repartent vers la prison seraient moins souvent entravés. Au moment où le détenu quitte l'unité, l'équipe soignante s'efforce d'inviter les patients à regagner leur chambre afin de ne pas assister au départ sous escorte.

10. CONCLUSION

Le centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin a fait l'objet d'un premier contrôle, réalisé par six contrôleurs du 10 au 14 janvier 2022. Le constat d'un nombre important de dysfonctionnements graves a conduit le CGLPL à formuler des recommandations en urgence publiées au *Journal officiel* le 1^{er} mars 2022, et adressées au ministre de la Justice et au ministre de la Santé et des solidarités.

Les dysfonctionnements, graves et anciens, résultaient d'une absence de pilotage global. Les intervenants reconnaissaient leur désorganisation et les privations de liberté irrégulières.

Le rapport provisoire recommandait que le centre de santé mentale fasse l'objet de mesures urgentes, étroitement accompagnées par les autorités de tutelle.

En fin de visite des contrôleurs, faisant suite à la restitution orale des difficultés, le centre hospitalier de Lens a mobilisé ses équipes et proposé un plan d'action complet. En coopération avec l'autorité judiciaire, le circuit des soins sans consentement a été revu pour être mis en conformité avec la loi. Des travaux ont débuté. Des améliorations concrètes ont été apportées à la prise en charge des patients.

La direction de l'établissement et la communauté médicale et soignante ont pris la mesure de la tâche à accomplir et ont répondu à de nombreuses recommandations par des actions déjà mises en œuvre. Ils se sont engagés à poursuivre cette dynamique dans la durée.

L'ampleur des travaux et des changements de pratiques à opérer amènera le Contrôleur général des lieux de privation de liberté à évaluer dans un délai de deux ans le chemin parcouru.

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