



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public  
de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui**

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2018 à 16h00  
au Pôle Formation  
**Par Florelle CHARLET**

---

## **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Docteur Laurent LAUWERIER**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Laurent LAUWERIER**

---

## **AVERTISSEMENT**

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

# Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Historique de la liberté d'aller et venir.....</b>	<b>9</b>
1.1. La liberté d'aller et venir avant le 20 <sup>ème</sup> siècle.....	9
1.2. Création des soins ambulatoires au cours du 20 <sup>ème</sup> siècle.....	12
1.3. La liberté d'aller et venir au 21 <sup>ème</sup> siècle.....	14
1.4. Contexte juridique de la liberté d'aller et venir appliquée au champ des soins psychiatriques.....	18
<b>2. Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-De-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui.....</b>	<b>29</b>
2.1. Présentation de l'Établissement Public de Santé Mentale Val de Lys Artois 29	
2.2. État des lieux de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en 2010.....	31
2.3. Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui.....	39
2.3.1. Création d'un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir.....	39
2.3.2. Visite de certification HAS V2010 à l'EPSM Val-de-Lys-Artois.....	46
2.3.3. Poursuite du groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir à la suite de la certification HAS.....	53
2.3.4. Restructuration de l'EPSM et établissement d'un nouveau projet médical d'établissement.....	56
2.3.5. Visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (janvier 2016).....	58
2.3.6. Reprise du groupe de travail au sein de l'EPSM.....	64
2.3.7. Évolutions à venir concernant la liberté d'aller et venir : Projet d'établissement 2018-2022.....	75
2.4. État des lieux des pratiques concernant la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en 2018.....	78
2.4.1. Mise en place des services ouverts.....	78
2.4.2. Mesures d'isolement et/ou de contention physique et mesures de maintien.....	79
2.4.3. Stratégie institutionnelle autour de la liberté d'aller et venir.....	82
2.5. A l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire, le respect de la liberté d'aller et venir au sein des Établissements Publics de Santé Mentale.....	84
2.5.1. EPSM de l'Agglomération Lilloise.....	85
2.5.2. EPSM Lille-Métropole.....	87
2.5.3. EPSM des Flandres.....	90
<b>3. Discussion.....</b>	<b>95</b>

<b>3.1. Les freins à l'évolution de la liberté d'aller et venir.....</b>	<b>96</b>
3.1.1. Les bénéfices en termes de soin des mesures d'isolement : un frein théorique à la liberté d'aller et venir .....	96
3.1.2. Les arguments de sûreté : le risque de majoration de sorties sans autorisation et de passages à l'acte.....	96
3.1.3. Le vécu des patients .....	102
3.1.4. L'impact de la loi .....	103
3.1.5. Le rôle des intervenants dans le changement .....	107
3.1.6. Services ouverts, fermés ou fermables : un risque de stigmatisation .....	109
<b>3.2. Les leviers permettant l'évolution des pratiques en faveur du respect de la liberté d'aller et venir .....</b>	<b>110</b>
3.2.1. Les bénéfices en termes de soin de la liberté d'aller et venir : un levier théorique .....	110
3.2.2. Le vécu du patient.....	112
3.2.3. L'impact de la loi .....	114
3.2.4. Le rôle et la légitimité des intervenants dans le changement.....	117
3.2.5. Le rôle des indicateurs.....	125
3.2.6. L'institutionnel : un collectif soignant, impliquant la responsabilisation et l'implication des soignants et des soignés, imprégné de la thérapie institutionnelle ; dépasser les hiérarchies et les clivages au service du projet du patient. ....	126
<b>3.3. Perspectives de maintien et d'évolution .....</b>	<b>128</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>132</b>
<b>Références .....</b>	<b>134</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>138</b>

## Résumé

La liberté d'aller et venir, droit constitutionnel, est souvent restreinte dans le cadre des soins psychiatriques. On observe des différences majeures entre les services dans les restrictions et le respect de cette liberté. Au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, on retrouve récemment des modifications importantes des pratiques autour du respect de la liberté d'aller et venir. En 2010, on relève un climat sécuritaire avec une majorité des services fermés, des patients en hospitalisation libre accueillis dans des services fermés et l'installation même de vidéo-surveillance. La création d'un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir n'amène initialement que peu de modifications dans les pratiques. Suite à la certification HAS de 2014, ce groupe de travail a juste permis la création d'une feuille de prescription restrictives en lieu et place d'autorisation de sortie, d'une information plus complète des patients et des soignants sur la vidéo-surveillance et l'ajout d'un item sur la liberté d'aller et venir dans le questionnaire de sortie des patients. En 2015, un changement de direction, de présidence de la CME et la nécessité d'un plan de retour à l'équilibre mènent à une restructuration significative de l'établissement avec la mise en place de services ouverts dans chaque pôle. On observe aussi une diminution drastique des mesures d'isolement et de contention, de la proportion de patients isolés alors qu'ils sont en soins libres et du recours aux dispositifs de maintien. Le nouveau projet d'établissement met particulièrement en avant le respect de la liberté d'aller et venir, renforcé par la venue des contrôleurs des lieux de privation de liberté. Notre analyse porte sur les freins et les leviers ayant permis cette évolution des pratiques en faveur du respect de la liberté d'aller et venir. Ceux-ci sont nombreux, nourris de théories, alliant les notions de respect, de droit et de protection, des réflexes de sûreté, une crainte du risque de majoration des sorties sans autorisation ou de passages à l'acte et du vécu des patients. L'impact des lois, sécuritaires ou en faveur du respect des libertés

fondamentales, est majeur, tout comme le positionnement et le soutien des acteurs responsables des changements.

Ces modifications de pratiques nécessitent un projet basé sur cet appui légal mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire dans une cohésion de toutes les catégories de corps professionnels et dans une remise en question permanente des pratiques.

## Introduction

Ce travail de thèse s'intéresse à la liberté d'aller et venir principalement au sein d'un Établissement Public de Santé Mentale.

La liberté d'aller et de venir se caractérise par le droit d'aller et de venir en société partout où cela plaît à l'être humain d'aller. La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire et médico-social ne doit pas être seulement considérée comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne.

Au sein d'un service d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, on peut noter plusieurs formes d'atteintes à la liberté d'aller et venir :

- Les cas d'obligation de soins hospitaliers ou contre-indication à une sortie de l'hôpital
- Au sein de l'hôpital, les cas de limitation de la liberté d'aller et venir par une contre-indication de sortie du service, un accès restreint à certains lieux comme le jardin, les chambres, ...
- Le cas particulier de la mesure de Mise en Chambre d'Isolement.

En pratique, on remarque des différences parfois importantes dans l'application de la liberté d'aller et venir d'un hôpital à l'autre, et parfois même d'un service à un autre. Ces observations peuvent être retrouvées par le biais des certifications par la Haute Autorité de Santé qui évalue entre autres critères, les droits des patients de chaque établissement de santé, ou par le biais des visites par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

En tant qu'interne, j'ai pu observer des disparités entre les différents services dans le respect de la liberté d'aller et venir. Ces variations ne semblent pas tant être expliquées par des différences en termes de pathologies ou de population, que par des habitudes de service et des cultures différentes de prise en charge. Ces habitudes et cultures de service sont sujettes à l'évolution constante des pratiques en santé mentale.

Nous avons trouvé intéressant de proposer ce travail de thèse concernant les pratiques autour de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois sur la période de 2010 à aujourd'hui. En effet, on observe au sein de cet établissement des modifications importantes dans les protocoles de soins, les règlements de service et les pratiques sur le plan de la liberté d'aller et venir.

Dans un premier temps, nous exposerons un bref historique de la notion de liberté d'aller et venir appliquée au champ de la santé mentale, puis nous étudierons cette évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé mentale Val-de-Lys-Artois depuis 2010, avec, en parallèle, un état des lieux du respect de la liberté d'aller et venir au sein des quatre établissements du récent Groupement Hospitalier de Territoire psychiatrique réunissant 4 établissements publics de santé mentale .

L'objet de la discussion sera d'appréhender ce qui a pu sous-tendre cette évolution significative, les multiples freins rencontrés et les leviers pour assurer ce changement. Nous tenterons aussi de trouver des pistes pour maintenir cette évolution estimée positive, tendre vers plus de respect de cette liberté d'aller et venir, dans l'intérêt d'un soin éthique mais aussi de préserver la dignité et la responsabilisation de la personne atteinte de troubles mentaux, déjà parfois privée de cette liberté.



# 1. Historique de la liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir a évolué au cours de l'histoire de la psychiatrie, dans le même temps que l'évolution des pratiques psychiatriques. Cette évolution explique les questionnements et les perspectives actuels.

## 1.1. La liberté d'aller et venir avant le 20<sup>ème</sup> siècle

Au moyen-âge, du V<sup>ème</sup> au XV<sup>ème</sup> siècle, on voit se mettre en place, à l'initiative de l'Eglise, les premiers établissements de soins hospitaliers destinés à accueillir les voyageurs, vagabonds, pauvres, malades, fous, lépreux, orphelins, femmes isolées. Le fou bénéficie de représentations sociales diverses et pas forcément négatives. Dans le cadre artistique, il est une fenêtre ouverte sur l'âme et ses images sans limitations et il est le héros des fêtes populaires.

Au cours des XV<sup>ème</sup> et XVI<sup>ème</sup> siècle, se dégage peu à peu une spécialisation des établissements et apparaissent les premières maisons destinées aux « insensés ». On n'y retrouve pas de notion d'enfermement. On entre à l'hôpital et on en sort de son gré et les familles sont autorisées à visiter leurs malades.

A la fin du XV<sup>ème</sup> siècle, l'hôpital étant maintenant régi par le pouvoir royal, se dessine de plus en plus nettement la volonté d'enfermer tout individu représentant une menace pour l'ordre social. Pour autant, le fou n'est pas systématiquement enfermé car la folie reste perçue en tant que forme d'illusion, de chimère, d'erreur, et ne nécessite l'isolement asilaire que pour ses formes les plus dangereuses. A partir du début du XVII<sup>ème</sup> siècle se succèdent les mentions, dans les récits historiques, d'enfermement de fous, enfermement autorisé par l'administration municipale et dont les frais d'entretien restent à la charge des familles. Ce n'est d'ailleurs qu'en dernier recours et devant un proche vécu comme particulièrement

dangereux ou perturbateur que les familles se résoudront à cette dépense ainsi qu'au scandale de l'enfermement de l'un des siens. Ainsi, on peut citer cette Tour aux fous de Caen dans laquelle folles et fous sont parqués et isolés dans des conditions décrites comme barbares par les rapports de l'époque, l'aliéné faisant parfois l'objet d'une curiosité morbide et ses divagations données en pâture, moyennant finance, à un public amateur.(1)

L'enfermement stricto sensu dans des institutions spécialisées des personnes souffrant de maladies mentales, prendrait son origine en France au XVII<sup>ème</sup> siècle, avec l'Édit de 1656, dit du Grand Renfermement.

La loi du 30 juin 1838, ou loi Esquirol, institue l'asile et, selon l'article premier, oblige chaque département à faire construire un asile. Cette loi définit les modalités d'internement et permet aux médecins de priver les aliénés de liberté, qui relevait auparavant du pouvoir judiciaire ou royal. (2)

L'asile qui se construit dans chaque département va, de ce fait, comprendre un « quartier des agités », placé à l'extrémité de chacun des quartiers généraux d'hommes et de femmes. Par exemple, dans le bâtiment des agités de l'asile d'aliénés de Bron, dans le Rhône, chaque cellule a une porte donnant sur une galerie et, sur la face opposée, une porte ouvrant sur un petit préau découvert ou jardin commun à deux cellules. Chacune d'elles est éclairée par le plafond, dans lequel est aménagé un châssis vitré, s'ouvrant à la volonté du gardien et pouvant aussi se fermer, afin de plonger, si besoin, l'agité dans l'obscurité. (3)

La loi du 30 juin 1838 était une loi d'assistance destinée au soin, mais aussi à la préservation de l'ordre public, avec l'objectif de soustraire l'aliéné du reste de la société.

Les mesures d'isolement sont abordées en 1838 dans l'ouvrage d'Esquirol *Des maladies mentales*. L'isolement est présenté comme un des concepts du **traitement moral**, un soin, clairement énoncé comme une privation mobilisatrice pour restaurer la conscience. Selon

Esquirol, la rupture avec les proches, l'ennui, le repli, la frustration, ouvrent sur la bonne voie de la restauration de la conscience. L'isolement est, présenté comme un choc pour provoquer un soubresaut de l'âme, pour secouer la conscience et l'éclairer. Les bienfaits thérapeutiques de l'isolement sont décrits à 3 niveaux :

- La soustraction à l'environnement habituel du malade jugé pathogène et générateur des troubles,
- Des stratégies psychodramatiques destinées à faire peur au malade pour soumettre le délire à l'emprise de la raison et désarçonner l'erreur,
- Un environnement entièrement structuré par l'autorité médicale permettant de mettre de l'ordre dans les pensées.

Esquirol disait « L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. [...] L'isolement est une vérité pratique, dont la nécessité et l'utilité sont mieux senties surtout si l'on est persuadé que l'aliéné n'est privé ni de sensibilité, ni d'intelligence. »(4,5)

Des contestations se sont fait entendre en Europe sous le vocable de « no restraint », critiquant le pouvoir absolu des aliénistes, contestant leur savoir, et interrogeant leur « barbarie »(6). En Angleterre, William Tuke (1732-1822) élabore un code de déontologie où il bannit les contentions à moins d'une agitation extrême. Il y inscrit qu'il ne doit pas y avoir plus de deux patients sous contention dans la même unité. Robert Gardiner Hill (1811-1878), fait interdire la contention à l'asile de Lincoln. John Conolly (1794-1866), père du *no restraint*, préconise l'abolition des entraves et autres mesures coercitives en psychiatrie, et l'*open door*, placement familial alternative à l'asile. Une absence de contention a été expérimentée dans le petit établissement privé fondé par William Tuke, puis étendu vers 1840 par John Conolly à un grand asile public près de Londres.

## 1.2. Création des soins ambulatoires au cours du 20<sup>ème</sup> siècle

La première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle voit naître les premiers dispensaires d'hygiène mentale et les services d'observation et de traitement en milieu ouvert. On note par exemple la création d'un service « libre » et ouvert en 1922 à l'hôpital Sainte-Anne, sous l'impulsion d'Edouard Toulouse. Ces soins ouverts apparaissent secondairement à la création de la psychanalyse et à l'expérience des centres neuropsychiatriques de traitement des militaires aliénés, créés dans l'objectif d'éviter l'internement des militaires(7).

L'expérience de la seconde guerre mondiale bouleverse profondément l'Europe sur la notion d'enfermement avec l'apparition de camps de concentration et de camps d'extermination, la découverte des expériences médicales pratiquées par des médecins sur les déportés et du programme d'extermination des personnes handicapées allemandes et des malades jugées incurables. Ce programme d'extermination, nommé Aktion T4, est lancé en octobre 1939 jusque août 1941 et fait 70000 à 80000 victimes. Pour l'organisation de l'Aktion T4, le gouvernement du 3<sup>ème</sup> Reich s'appuie sur de nombreux médecins comme Herbert Linden, responsable des asiles psychiatriques publics au ministère de l'Intérieur et chargé des questions d'hérédité et de race au département de la Santé, les professeurs et psychiatres Werner Heide de Wurtzbourg, jeune psychiatre prometteur et Paul Nitsche, et les psychiatres Carl Schneider et Irmfried Eberl. Tregenza, dans son ouvrage sur l'Aktion T4, décrit « Au fur et à mesure que l'entreprise d'extermination se développait, les victimes ne furent plus seulement les malades mentaux ou les handicapés physiques gravement atteints, mais tous les patients « indésirables » internés dans les asiles ». (8) Si l'Aktion T4 est officiellement arrêtée le 24 août 1941, l'extermination de personnes considérées par les nazis comme des charges pour la société se poursuit jusqu'en 1945.

Par ailleurs, en France, on estime à 40000 environ le nombre de malades mentaux décédés de faim dans les hôpitaux psychiatriques entre 1940 et 1945. Ce nombre important de décès fait encore l'objet de débats actuellement sur la responsabilité des psychiatres.(9)

En revanche, à Saint-Alban, en Lozère, l'hôpital psychiatrique abrite lors de la 2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale un mouvement de résistance clandestin, animé par les docteurs Tosquelles et Lucien Bonnafé. On y retrouve les fondements de la psychothérapie institutionnelle, ayant pour vocation de redonner une place et une liberté au malade.

Dans les années 1950, la psychiatrie connaît une véritable révolution thérapeutique avec l'apparition des premiers traitements médicamenteux qui, associés à la psychothérapie, permettent d'envisager la sortie d'un certain nombre de malades des établissements spécialisés.

Durant la décennie 1960-1970, plusieurs psychiatres anglais et italiens remettent en cause la psychiatrie classique, décrite comme répressive, appuyés par les contributions du philosophe Michel Foucault. En 1967, Cooper invente le mot « antipsychiatrie » pour décrire cette remise en cause.(10)

C'est dans ce contexte de révolution thérapeutique, mouvement antipsychiatrique et sous l'influence du mouvement de psychiatrie institutionnelle, qu'une circulaire est publiée le 15 mars 1960. Cette circulaire a pour ambition de réinsérer dans la société la plupart des malades mentaux et, pour cela, de favoriser la résolution de leurs difficultés médico-sociales. Afin d'atteindre cet objectif, elle préconise le découpage du territoire en secteurs, avec la mise en place, dans chacun d'eux, d'une équipe médicale et paramédicale intervenant auprès des malades à tous les stades de la maladie, du dépistage à la réinsertion sociale, l'hospitalisation n'étant plus qu'une étape dans le traitement de la maladie mentale.(11) Toutefois, cette nouvelle organisation, conçue par une simple circulaire, va tarder à se

mettre en place, les bases juridiques du dispositif étant insuffisantes pour en garantir le développement. En 1970, avec la loi du 31 décembre portant réforme hospitalière, les hôpitaux psychiatriques sont intégrés dans la catégorie des centres hospitaliers et deviennent des centres hospitaliers spécialisés.(12)

La loi du 27 juin 1990 abroge la loi du 30 juin 1838. Son objectif principal est de protéger les libertés individuelles et de favoriser la réinsertion sociale. Elle définit l'hospitalisation libre et les deux modes d'hospitalisation sans consentement (sur demande d'un tiers et d'office) et précise les droits des patients, quel que soit le type d'hospitalisation. Elle énonce le principe que l'hospitalisation libre est la règle, l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office devant être l'exception. Cette loi institue des mesures de contrôles avec les rôles du préfet, du président du tribunal de grande instance, du juge d'instance, du directeur de l'établissement, de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et des psychiatres de l'établissement d'accueil. Des sanctions pénales sont prévues en cas de non-respect des dispositions. (13)

### 1.3. La liberté d'aller et venir au 21<sup>ème</sup> siècle

Au XXI<sup>ème</sup> siècle, on note une majoration des dispositifs favorisant le respect des droits des patients, notamment par le biais de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.(14)

Une conférence de consensus portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation de soins et de sécurité est organisée par la Haute Autorité de Santé en 2004. Elle affirme que la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine et que tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit (15). Elle définit la restriction de la liberté d'aller et venir par une limitation mettant en cause la qualité et les conditions de vie, la réalisation d'une activité souhaitée par la

personne et le maintien de ses relations familiales et sociales. Elle établit les raisons de limitation de la liberté d'aller et venir qui sont jugées acceptables et les règles de respect de cette liberté d'aller et venir au sein des établissements de santé.

Par la suite de cette conférence de consensus, applicable à tous les établissements de santé ou médico-sociaux, une loi est venue réformer les soins psychiatriques, et en particulier les soins psychiatriques sous contrainte. La loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge(16) est venue réformer la loi du 27 juin 1990. Elle a fait suite à un discours présidentiel (17) et un projet de loi dits « sécuritaires » (18), suivis de deux questions prioritaires de constitutionnalité (19,20) qui déclarent la loi du 27 juin 1990 contraire à la constitution.

Dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, les soins libres demeurent la règle et les dispositifs de soins en urgence sont maintenus.

Cette loi a :

- transformé les hospitalisations en « soins »:
  - o Soins à la demande d'un tiers (SDT) avec deux certificats médicaux et la demande d'un tiers
  - o Soins à la demande d'un tiers en cas d'urgence : un seul certificat médical et la demande d'un tiers
  - o Soins à la demande du représentant de l'État (SDRE)
- Introduit :
  - o les SDT en cas de péril imminent : un seul certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement et absence de tiers

- la période d'observation de 72 heures en hospitalisation complète sans consentement (c'est-à-dire hospitalisation continue interrompue seulement par des permissions de sortie d'au maximum 12h), avant de décider du type de prise en charge (suivi ambulatoire ou hospitalisation) avec obligation de réaliser un examen somatique complet par un médecin, dans les 24h suivant l'admission (aux urgences avant transfert ou dans le service de psychiatrie).
  - les soins ambulatoires sans consentement assortis du programme de soins (hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations ambulatoires, activités thérapeutiques), alternatifs à l'hospitalisation complète continue et remplaçant les sorties à l'essai ou séquentielles
  - que les sorties durant une hospitalisation complète ne doivent pas excéder une durée maximale de douze heures et doivent être systématiquement accompagnées.
  - l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) pour toute mesure d'hospitalisation sous contrainte. En plus des saisines facultatives, le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) exerce un contrôle systématique avant le quinzième jour et au sixième mois de toutes les hospitalisations complètes continues sans consentement. Le juge peut soit lever l'hospitalisation complète soit la maintenir. Le défaut de décision du juge avant la fin des délais entraîne la mainlevée de la mesure.
  - Que la levée de la contrainte peut intervenir à tout moment de la prise en charge ; la personne est alors en soins libres (suivi ambulatoire ou hospitalisation).
- Supprimé :
- les sorties contre avis médical : le tiers ou toute personne de l'entourage doit saisir le JLD en cas de désaccord avec le médecin.



À la suite de sa parution, cette loi a suscité, de la même manière que la loi de 1990 et la loi de 1838, de nombreuses controverses puisqu'elle devait répondre à un exercice d'équilibre difficile entre soins, respect des libertés individuelles (droits du patient) et sécurité de la personne malade, de sa famille mais aussi de la société (maintien de l'ordre public).

Il a été reproché au nouveau texte d'être peu précis, plutôt pro-sécuritaire que pro-thérapeutique, d'imposer de nouvelles exigences à effectif constant, de bafouer les droits du patient(21).

Sous la loi de 1990, il était difficile de légiférer sur la question des sorties d'essai puisque les sorties d'essai présentaient une discordance statutaire avec la définition-même des Hospitalisations à la Demande d'un Tiers et les Hospitalisations d'Office : le patient nécessitait des soins immédiats « assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ». Cependant, le texte a été modifié dans la loi de 2011 qui ajoute « ou d'une surveillance médicale régulière » afin d'introduire les Soins Ambulatoires Sous Contrainte.

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 8 février 2012 par le Conseil d'État, d'une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des dispositions de la loi du 05 juillet 2011(22) .

Le texte de loi du 5 juillet 2011 a alors été modifié en septembre 2013 avec :

- La réduction du délai d'intervention du JLD à 12 jours afin d'améliorer la protection des droits du patient.
- La diminution du nombre de certificats (suppression du certificat de huitaine) par cette intervention plus précoce du juge.
- La priorisation des audiences réalisées au sein des établissements d'accueil, les audiences au tribunal devenant l'exception, et en chambre du conseil.
- Le retour des sorties d'essai non accompagnées, d'une durée maximale de 48 heures.(23)

Actuellement, plusieurs lois régissent le respect et les conditions de restrictions de la liberté d'aller et venir dans le cadre des soins psychiatriques.

#### 1.4. Contexte juridique de la liberté d'aller et venir appliquée au champ des soins psychiatriques

Le droit d'aller et venir est un droit garanti par la Constitution(24), s'appuyant sur l'article 4 de la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 qui consacre le principe de liberté(25). La liberté d'aller et venir est définie comme un droit fondamental. Un droit fondamental est un droit essentiel pour l'individu, assuré dans un état de droit ou une démocratie.

Plusieurs textes de loi affirment l'importance de la liberté d'aller et venir dans le cadre de la santé. La circulaire dite Simone Veil N°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 précise que « les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clés, ni à fortiori dans les chambres verrouillées » et que « l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales »(26).

La loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles.(14)

Comme signalé auparavant, la conférence de consensus portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation de soins et de sécurité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2004 donne lieu à des recommandations de bonnes pratiques et fait de la liberté d'aller et venir une composante de la liberté individuelle, inhérente à la personne humaine. (27). Cette conférence de consensus affirme que la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine et que tout doit être mis en

œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit (15). Dans le cadre de cette conférence de consensus, la notion de liberté d'aller et venir pour une personne soignée ou accueillie dans un établissement sanitaire et médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements, mais aussi comme le droit de prendre ses décisions elle-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a choisi. La problématique est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité.

Lorsque la limitation met en cause la qualité et les conditions de vie, la réalisation d'une activité souhaitée par la personne et le maintien de ses relations familiales et sociales, elle représente une restriction à la liberté d'aller et venir.

Les limitations de la liberté d'aller et venir pour des raisons de protection de la personne contre elle-même ou autrui ne sont acceptables que si elles sont justifiées, précisées et connues (règlement intérieur et information de la personne). Selon la Haute Autorité de Santé, elles recouvrent :

- les contraintes de la réalisation des soins : traitements ou explorations prescrits;
- le contrôle de la thérapeutique et les raisons d'hygiène (sevrage, isolement septique, etc.) ;
- la protection de la personne quand ses comportements peuvent la mettre en danger (désorientation, idées de suicide, automutilations, etc.) ;
- la protection des tiers quand la personne peut les mettre en danger ;
- la protection de la vie collective, quand des interdictions portent notamment sur l'utilisation et le trafic de drogues ou d'alcool par exemple ;
- la sécurité des lieux telle qu'elle est établie par les commissions de sécurité départementales.

La conférence de consensus décrit que les limitations d'aller et venir pour raisons médicales sont avant tout liées, quel que soit l'établissement, aux contraintes de la réalisation des

soins et/ou des examens, aussi bien en cas de séjours de courte durée que de longue durée. Les difficultés motrices, sensorielles, cognitives ou mentales de la personne ne doivent pas conduire à une restriction systématique de sa liberté d'aller et venir, mais elles ont une influence sur son exercice.

Toute restriction de liberté, à l'admission ou pendant le séjour, doit être expliquée et le consentement ou la participation de la personne à la décision doit être recherché par tout moyen le plus en amont possible, sauf situation d'urgence ou impossibilité pour elle de consentir. Lorsque la personne n'est pas en mesure de faire elle-même la demande et de donner son consentement à l'admission, les procédures suivies pour aboutir à l'approbation de la personne et de sa famille doivent être explicites. Les motifs médicaux de restriction à la liberté d'aller et venir sont rares et doivent être des exceptions.

Dans tous les cas, la HAS écrit qu'aucune restriction à la liberté d'aller et venir, dans et hors l'établissement, ne peut être appliquée, tant à l'admission, à la période d'adaptation que durant le séjour, sauf celles justifiées par les nécessités de la prise en charge médicale et paramédicale et les règles de la vie collective acceptées à l'entrée dans l'établissement. **La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution générale.** L'exercice de la liberté d'aller et venir ne peut être considéré comme effectif que si certaines conditions d'accessibilité et de circulation dans l'établissement sont assurées. Les entraves à la libre circulation liées à l'architecture et à l'aménagement des bâtiments doivent être supprimées. L'ouverture sur l'extérieur, la circulation intérieure et l'aménagement des espaces individuels et collectifs doivent être des critères à prendre en compte.

Le jury n'est pas favorable aux lieux fermés, il préconise leur ouverture sur l'extérieur. Les dispositifs et les contrôles d'accès électroniques doivent être considérés comme un pis-aller. La liberté de sortie doit pouvoir s'exercer sans autre contrôle que d'avoir à signaler son départ et son heure prévue de retour, en dehors du respect du règlement intérieur.

La contention physique est, pour le jury, une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et de venir. Le jury indique que la contention systématique doit être interdite. La contention doit être exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis : recherche préalable systématique d'alternatives ; prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ; déclaration dans un registre consultable dans l'établissement ; surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ; information de la personne et de ses proches ; vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité ; réévaluation toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

Toute restriction d'aller et venir n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté. Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrit sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage.

Au moment de l'admission, au-delà des outils existants (livret d'accueil précisant les droits et les devoirs de la personne accueillie, charte des droits et libertés, etc.), plusieurs mesures doivent être mises en œuvre pour préserver la liberté d'aller et venir :

- informer la personne sur les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir et les restrictions liées à la sécurité et aux contraintes de la vie collective. L'information délivrée est adaptée au niveau de compréhension de la personne et l'équipe s'assure de la bonne compréhension des informations ;
- donner des conseils adaptés à son état, à ses besoins et à ses souhaits pour exercer sa liberté d'aller et venir dans les meilleures conditions ;

- définir un projet d'établissement qui précise les actions concrètes de promotion menées pour assurer la liberté d'aller et venir des personnes ;
- définir dans le projet individuel l'adaptation des conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir aux besoins et attentes de la personne, à ses capacités et aux possibilités de compensation de ses déficits notamment par un programme d'actions de soutien individuel et collectif par les professionnels, la famille, l'entourage et les bénévoles ;
- proposer la possibilité de réaliser des essais pour s'assurer que l'exercice de la liberté d'aller et venir est possible sans risque inacceptable ;
- réévaluer systématiquement la situation de la personne lors de tout changement de l'état de santé ou de souhait de changement exprimé par celle-ci, cette réévaluation pouvant conduire à une redéfinition de son projet individuel et des modalités d'exercice de la liberté d'aller et venir ;
- tenter systématiquement d'obtenir le consentement de la personne, même s'il est parfois difficile d'évaluer ses capacités préservées, recueillir son adhésion, y compris si elle manifeste une forme d'assentiment ou de refus de façon non verbale. À défaut d'obtenir le consentement de la personne, l'équipe recherche une personne de l'entourage en s'assurant que son statut lui permet de répondre en son lieu et place. La personne doit toujours être l'interlocutrice première, même si elle présente des altérations de ses capacités cognitives et/ou psychiques.

Il est indispensable que les pratiques professionnelles soient fondées sur un travail d'équipe qui s'appuie sur la conduite suivante :

- définir des procédures rigoureuses d'analyse clinique, qui ont notamment comme finalité la préservation de la dignité de la personne accueillie et qui permettent une prise de décision selon un schéma validé au préalable ;
- garder pour toute procédure une trace écrite dans le dossier de la personne ;

- assurer une collégialité dans la prise de décision, en recherchant un consensus de l'équipe à travers des réunions de synthèse pluriprofessionnelles régulières. Si le consensus n'est pas obtenu, la prise de décision incombe à un médiateur extérieur au service ;
- réévaluer périodiquement les modalités d'exercice de la liberté d'aller et venir. En cas de restriction motivée, la réévaluation est systématique et à périodicité la plus brève possible ;
- désigner un référent, qui doit veiller à ce que la mise en œuvre de la liberté d'aller et venir soit effective, individualisée et non uniformisée. Il a en outre un rôle de lien entre la personne et sa famille et/ou son entourage d'une part, l'équipe d'autre part, en particulier en cas de désaccord. Il peut faire partie de l'équipe, être intégré dans l'établissement ou être issu d'une association d'usagers.

Le jury recommande :

- l'étude de la mise en place d'une commission externe incluant les comités d'usagers qui aurait pour mission d'évaluer les questions relatives aux restrictions à la liberté d'aller et venir ;
- l'augmentation sensible de la part de personnel qualifié dans les établissements, jusqu'à devenir majoritaire auprès des personnes vulnérables. En plus des infirmiers et des aides-soignants, une diversification des métiers doit être recherchée pour favoriser l'exercice de la liberté d'aller et venir en termes de compensation des déficits, d'acquisition de nouvelles compétences avec un accompagnement et des aides techniques adaptées, de maintien du contact avec la personne, de compréhension du sens donné à son déplacement, de participation et d'intégration à la vie sociale.

Pour chaque personne accueillie, le développement ou la préservation de sa liberté d'aller et venir et de ses corollaires (dignité, intimité) doivent être précisés dans le projet individuel.

Toute restriction individuelle de cette liberté qui serait supérieure aux restrictions collectives doit être déclarée, motivée, expliquée et révisée régulièrement.

Dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement, la loi permet, lorsque l'état de santé d'un patient le nécessite, une atteinte à la liberté d'aller et venir du patient dans l'objectif d'apporter les soins jugés nécessaires à celui-ci. **En justice, on ne peut porter atteinte à un droit fondamental que pour sauvegarder un autre droit fondamental légitimement jugé primordial à ce moment-là.** Dans le cadre des soins contraints, le droit fondamental qui prime est le droit à la protection de la santé et la prévention des atteintes à l'ordre public. La personne atteinte d'une pathologie, du fait même de ses troubles psychiques, peut ne pas être consciente de sa pathologie, notamment en cas d'anosognosie, et ne pas être en capacité de demander des soins. Seul l'État peut exercer cette contrainte, qu'il délègue aux directeurs d'hôpitaux habilités et aux préfets. L'État doit alors justifier que la santé des patients est en cause et que leurs troubles les empêchent de consentir librement aux soins : c'est le rôle des certificats médicaux. Le droit à la protection de la santé et la prévention des atteintes à l'ordre public sont des principes à valeur constitutionnelle. Au nom de ces principes à valeur constitutionnelle, le législateur permet donc une atteinte exceptionnelle à une liberté et à un droit de même nature constitutionnelle : la liberté d'aller et venir et le droit de consentir librement aux soins. (28) Le conseil constitutionnel indique alors que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** aux objectifs poursuivis. (22)

L'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé apporte un cadre légal à la mesure privative de liberté l'aller et venir qu'est la mesure d'isolement et/ou de contention. « *Art. 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. »(29)*

De plus, l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement précise les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi dans chaque établissement ainsi que l'utilisation des données au sein de chaque établissement, aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques. (30)

Des recommandations de Bonnes pratiques de la HAS concernant isolement et contention en psychiatrie générale sont ainsi parues en février 2017. (31)

Les points principaux de ces recommandations sont les suivants :

- L'isolement est indiqué en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation du patient. La contention est indiquée exceptionnellement en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement et seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.
- L'isolement ou la mise sous contention mécanique est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement ou de la mise sous contention mécanique.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- A l'initiation de la mesure d'isolement, l'indication est limitée à 12H. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- A l'initiation de la mesure de mise sous contention mécanique, l'indication est limitée à 6H. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24H.

- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement ou de mise sous contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure d'isolement ou de mise sous contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La mesure d'isolement ou de mise sous contention mécanique est faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.
- L'isolement ou la mise sous contention mécanique doit être levé, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la sortie d'isolement ou la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- A l'issue d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluri-professionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure d'isolement ou de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. 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 ayant surveillé le patient.
- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins, lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.

La HAS précise les indications des mesures d'isolement et contention :

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

Les contre-indications de ces mesures d'isolement et contention sont :

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisation, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas un isolement ou une contention.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

En dépit de ce socle historique et juridique commun, on retrouve des différences parfois importantes entre les établissements dans l'application de la liberté d'aller et venir dans le cadre des soins psychiatriques. L'évolution récente sur le plan légal a contribué à amener des changements dans les pratiques quotidiennes dans les établissements de soins. Nous allons étudier l'évolution de cette liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui.

## 2. Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-De-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui

### 2.1. Présentation de l'Établissement Public de Santé Mentale Val de Lys Artois

L'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Val-de-Lys-Artois se situe sur la commune de Saint Venant dans le département du Pas-de-Calais. Il couvre trois territoires de santé : l'Audomarois, le Ternois et l'Artois-Lys romane.

Créé en 1880 à Saint-Venant, l'EPSM Val-de-Lys-Artois a longtemps constitué l' « asile départemental des aliénés » du Pas-de-Calais, responsable exclusif de la prise en charge des « malades mentaux » du département, conformément à la loi du 30 juin 1838, qui, dans l'article premier, définit que « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département* » (2). D'abord destiné aux soins dispensés aux femmes, il a accueilli les hommes après la Seconde Guerre Mondiale.

La création des secteurs de psychiatrie et le développement d'une prise en charge partagée avec les centres hospitaliers généraux a amené l'EPSM Val-de-Lys-Artois à prendre en charge 7 secteurs de psychiatrie adulte sur les 20 pris en charge dans le passé, et à créer 2 inter-secteurs de pédopsychiatrie sur les 8 du Pas-de-Calais.

L'accent a été mis sur les soins extra-hospitaliers avec la création de quelques hôpitaux de jour, de Centres Médico-Psychologiques, de Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, de Placements Familiaux et d'Appartements Thérapeutiques.

Des prises en charges spécifiques en addictologie ont été développées ainsi que des partenariats (unité sanitaire à la maison d'arrêt de Béthune et au centre pénitentiaire de Longuenesse, prise en charge des soins psychiatriques dans les services d'urgence des hôpitaux généraux).

Récemment, l'EPSM Val-de-Lys-Artois a connu une période de restructuration visant à diminuer les capacités d'hospitalisation complète en engageant l'établissement vers une mutualisation des ressources à l'intérieur des pôles en intra-hospitalier pour développer d'avantage l'activité extrahospitalière.

L'EPSM Val-de-Lys-Artois prend actuellement en charge sept secteurs de psychiatrie adulte, organisés en 3 pôles de psychiatrie générale (477 075 habitants) et deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile organisés en 1 pôle.

Les dispositifs de soin comportent :

- Plusieurs services d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie adulte
- Un service de réhabilitation psycho-sociale et une équipe mobile de réhabilitation psycho-sociale
- Un service d'addictologie (sevrage et maintien de l'abstinence), un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et un dispositif d'Équipe de Liaison et Soins en Addictologie
- Un service d'hospitalisation à temps complet pour adolescent
- 9 hôpitaux de jour
- 13 CMP et CATTP
- 16 places d'accueil familial thérapeutique (13 accueillants familiaux)
- Trois maisons vertes (maisons des petits lutins)

Les dispositifs médico-sociaux comportent un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) à Saint-Venant et une maison d'accueil spécialisée (MAS) à Béthune.

## 2.2. État des lieux de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en 2010

En 2010, on note la visite en France du Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT). Le rapport établi à la suite de cette visite fut publié officiellement en 2011, mais ne fut découvert, de manière fortuite, par certains professionnels de l'EPSM qu'en 2017, à la lecture du livre *Lieu d'asile* de Thierry Najman (32), dans le cadre de la recherche bibliographique du groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM.

Ce rapport nous permet, dans le cadre de ce travail de thèse, de contextualiser un état des lieux de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en 2010 comme point de départ, même si ce rapport n'est représentatif que de quelques cas et non généralisable à tout ce qui se faisait au sein de l'établissement.

Conformément à l'article 7 de la Convention Européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitement inhumains ou dégradants (33), une délégation du CPT a effectué une visite en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. La délégation a visité des établissements relevant du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration (un service d'accueil, recherche et investigation judiciaire, plusieurs hôtels de police sur le territoire, une brigade territoriale de proximité chef-lieu de la gendarmerie nationale et deux centres de rétention administrative), des établissements relevant du ministère de la Justice et des libertés (un centre pénitentiaire et une maison centrale) et des établissements relevant du ministère du travail, de l'emploi et de la santé : le Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, y compris l'Unité pour Malades Difficiles,

**l'EPSM Val-de-Lys-Artois de Saint Venant** et le Centre Hospitalier spécialisé le Vinatier à Bron, en particulier l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) pour l'accueil de personnes détenues nécessitant des soins psychiques et l'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP).

La délégation signale avoir bénéficié d'une excellente coopération tout au long de la visite, avec un accès rapide aux lieux de privation de liberté et à l'ensemble des documents nécessaires, et avoir pu s'entretenir sans témoin avec les personnes privées de liberté. La coopération a été qualifiée d'exemplaire à l'EPSM Val-de-Lys-Artois de Saint-venant, d'autant plus que la direction n'avait reçu aucune information au préalable sur le mandat et les compétences du CPT de la part des autorités centrales ou régionales de santé.

Lors de la visite à l'EPSM Val-de-Lys-Artois, on notait 343 patients en hospitalisation complète, dont 287 en service de psychiatrie générale. La durée moyenne de séjour était de 29,9 jours en 2009 ; certains patients y étaient hospitalisés depuis plusieurs années. 69 patients adultes (soit 25%) faisaient l'objet d'une hospitalisation complète sans consentement, dont 48 patients à la demande d'un tiers et 21 sur décision du représentant de l'Etat, dont 10 sur la base des dispositions en matière d'irresponsabilité pénale. L'EPSM Val-de-Lys-Artois était également amené à prendre en charge des « patients D 398 » en provenance de la maison d'arrêt de Béthune ou du centre pénitentiaire de Longuenesse.

Le rapport du CPT décrit que « l'immense majorité des patients avec lesquels la délégation s'est entretenue dans les établissements et services visités ont parlé en des termes élogieux de l'attitude des personnels hospitaliers à leur égards. La délégation a elle-même rencontré des membres du personnel motivés, avec le souci d'apporter les meilleurs soins possibles, en dépit d'un certain nombre de contraintes auxquelles ils devaient faire face au quotidien.



Toutefois, la délégation a recueilli quelques allégations de mauvais traitements récents de patients par certains membres du personnel soignant (infirmier / aide-soignant) [...] de l'EPSM Val-De-Lys-Artois. [...]

A l'EPSM Val-de-Lys-Artois, les deux allégations recueillies auprès des patients concernés corroborées par certains témoignages, visaient exclusivement [une] unité de soins [...]. Dans le premier cas, un membre du personnel soignant aurait fait preuve de brutalité afin d'empêcher un patient en hospitalisation dite « libre » de sortir de l'unité sans autorisation médicale préalable et aurait effectué une clé d'étranglement. Dans le second cas, un membre du personnel soignant aurait procédé par voie d'étranglement [...] afin de maîtriser un patient ayant fait preuve d'un comportement hétéro-agressif. »

On note une allégation de mauvais traitements récents dans un autre établissement hospitalier visité.

Le CPT recommande « qu'il soit clairement et régulièrement rappelé à l'ensemble des personnels soignants de [...] l'EPSM Val-de-Lys-Artois qu'aucune forme de violence (qu'elle soit de nature physique ou verbale) à l'encontre de patients ne sera tolérée. Tout membre du personnel qui a connaissance de ce type d'agissement doit le signaler par les voies appropriées.

En outre, le dispositif de formation ayant trait à la prévention et à la gestion des situations à risque et aux techniques appropriées de contrôle manuel des patients hétéro-agressifs et/ou agités doit être renforcé [...] »

Les recommandations ci-dessus concernent tous les établissements hospitaliers visités.

Concernant la prise en charge des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier, le CPT rapporte que « *la prise en charge de ces personnes dans les services de psychiatrie générale visités étaient source de graves préoccupations. Ces patients étaient presque systématiquement mis en chambre*

*d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation, généralement sous contention complète pendant les premières 48 heures, voire pendant tout leur séjour. Cette mesure était dictée par des considérations de sécurité et non par leur état clinique. La délégation a ainsi rencontré un jeune patient qui avait été transféré de la maison d'arrêt de Béthune à l'EPSM Val-de-Lys Artois et placé dès son arrivée en chambre d'isolement sous contention complète. Il était en grande détresse lors de l'entretien avec le psychiatre de la délégation et se comparait à « un corps dans un cercueil ». Il souhaitait être ramené en milieu carcéral ou de maintien le plus rapidement possible. Aucune prescription de mise en chambre d'isolement ou de maintien sous contention n'avait accompagné son transfert. La mesure trouvait sa seule origine dans la décision préfectorale d'admission en soins sans consentement, laquelle comportait une note manuscrite se référant aux conditions de sécurité de l'Administration pénitentiaire (« risque d'évasion : isolement et contention indispensables »).*

*Le personnel avec lequel la délégation s'est entretenue au cours de la visite était mal à l'aise vis-à-vis de ce qu'il percevait comme une instrumentalisation de la mise en chambre d'isolement et de la mesure de contention à des fins exclusivement sécuritaires. Selon lui, ce type de mesure limitait considérablement le choix des options thérapeutiques et avait souvent pour conséquence un retour anticipé en milieu carcéral. [...] »*

*Le CPT « tient à souligner qu'il n'appartient ni aux autorités pénitentiaires ni aux autorités préfectorales de solliciter des mesures d'isolement et/ou de contention ou de décider d'imposer ces mesures vis-à-vis de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques sans l'avis d'un médecin allant dans ce sens. Dans le cas contraire, l'imposition de telles mesures risque de soumettre des patients vulnérables à des traitements inhumains et dégradants. »*

Concernant la prise en charge des patients en service de psychiatrie générale, le CPT rapporte que « *les services étaient composés de deux ou trois unités (dont la majorité fonctionnait [...] en régime fermé)* ». De même, la délégation rapporte un fonctionnement majoritairement en services fermés au groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif. Le CPT décrit que « *les conditions de séjour [...] étaient globalement satisfaisantes* ». Outre la description des locaux, de l'individualisation de l'habillement et des programmes thérapeutiques proposés, on note que « *Les patients hospitalisés dans les services visités pouvaient avoir accès quotidiennement à un espace de promenade relativement spacieux. Cela étant, les espaces de promenade rattachés à certaines unités d'hospitalisation fermées de l'EPSM Val-de-Lys-Artois ne disposaient pas d'abris* ».

Concernant la mise en chambre d'isolement et mise sous contention, « *le personnel des services de psychiatrie visités pouvait avoir recours à la mise en chambre d'isolement (MCI) d'un patient, éventuellement combinée à l'utilisation de moyens de contention mécanique [...] sur la base d'un éventail d'indications assez large : prévention d'un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif alors que les autres moyens de contrôle n'étaient ni efficaces ni appropriés ; prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé imposait les soins ; intégration de l'isolement dans un programme thérapeutique ; isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues ; utilisation à la demande du patient. La MCI était en revanche contre-indiquée, du point de vue de la prise en charge psychiatrique, si elle avait un caractère punitif, si l'état clinique du patient ne le requérait pas, si l'utilisation avait pour seul objectif le confort de l'équipe soignante et la réduction de son anxiété ou si son utilisation était uniquement liée au sous-effectif. [...]*

*La délégation a observé que, hormis [des] cas spécifiques [patients « difficiles » en attente de placement en Unités pour Malades Difficiles (UMD) ou patients « D. 398 » accueillis en secteur de psychiatrie générale pour lesquels la MCI et la mise sous contention pouvaient*

s'étendre sur des périodes prolongées sans aucune interruption], *les pratiques relatives à la MCI et la contention mécanique variaient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre. Ainsi, l'examen comparé des dossiers des patients de quelques services de psychiatrie de l'EPSM Val-de-Lys-Artois et du groupe hospitalier Paul Guiraud [accueillant une proportion similaire de patients hospitalisés sans leur consentement au moment de la visite], tendait à montrer que les recours la chambre d'isolement et à la contention mécanique, ainsi que la durée d'utilisation de ces moyens, étaient en général bien supérieurs dans les services du groupe hospitalier Paul Guiraud, où les patients étaient très souvent placés en chambre d'isolement à l'admission et pouvaient même y passer près de la moitié de leur séjour.*

*Il semblait par ailleurs évident au cours de la visite que certains services, à l'EPSM Val-de-Lys-Artois en particulier, cherchaient à éviter plus que d'autres d'avoir recours à la MCI et à la contention, en investissant davantage d'efforts dans la construction et la préservation d'une alliance thérapeutique avec le patient. [...]*

*La procédure de MCI en vigueur au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois imposait d'emblée au personnel médical, lors de la prescription d'une telle mesure, de vérifier l'adéquation entre la mesure et le mode de prise en charge (libre ou sans consentement). Dans les faits, le placement, en chambre d'isolement, d'un patient admis en soins « libres » était peu fréquent. Toutefois, il est apparu dans certains cas isolés que des patients admis en soins « libres » avaient été maintenus en chambre d'isolement, sous contention complète, jusqu'à près de 5 jours avant que les modalités de prise en charge ne soient modifiées. Dans les services visités du groupe hospitalier Paul Guiraud, de tels cas n'étaient pas rares. [...]* »

Concernant les patients en hospitalisation « libre », le CPT « *tient à souligner d'emblée qu'une grande partie des patients faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques « libres » lors de la visite étaient, de fait, privés de leur liberté, et plus précisément maintenus*

*dans des unités d'hospitalisation temps plein fermées à clef, sans libre accès à d'autres parties de l'établissement et encore moins à l'extérieur de l'établissement, même pour quelques heures. La sortie de ces unités était en principe soumise à une prescription/autorisation médicale. Dans le cas contraire, les patients pouvaient être physiquement empêchés de sortir par le personnel soignant, voire faire l'objet d'une mise en chambre d'isolement. Naturellement cette privation de fait de liberté, non assortie des garanties appropriées pouvait susciter certaines incompréhensions chez les patients concernés et, à terme, être à l'origine de situations difficiles à gérer pour le personnel. [...] Par conséquent, le CPT recommande de veiller à ce que le mode de prise en charge des patients admis en soins psychiatriques « libres » corresponde à leur situation réelle dans les unités d'hospitalisation fermées. A cet égard, lorsqu'un patient faisant l'objet de ce type de soins est retenu contre son gré dans l'établissement, son mode de prise en charge doit être revu afin qu'il puisse bénéficier des garanties offertes par la loi. »(34)*

A la suite de ce rapport du CPT, le gouvernement français a répondu au CPT, notamment sur la question des patients hospitalisés en soins « libres » : « *La situation des patients en soins « libres » pris en charge dans des unités fermées ne va pas sans poser de sérieuses difficultés pratiques quant au respect de la liberté d'aller et de venir de ces patients. L'hospitalisation au sein d'une même unité, de patients en hospitalisation libre et de patients hospitalisés sans leur consentement, peut en effet conduire les soignants à fermer les unités afin de limiter les allers et venues, et donc les risques de fugues. La circulaire du 22 janvier 2009 relative à la sécurisation et à l'aménagement des établissements autorisés en psychiatrie, a alloué des financements à hauteur de 30M€ dans le cadre du plan de relance gouvernemental. Plus de 300 établissements ont bénéficié de financements et les investissements ont permis la création d'unités fermées ou pouvant être fermées en partie. Ce dispositif devrait permettre, à terme, d'accueillir les patients en soins sans consentement*

*dans des zones fermées distinctes du reste de l'unité d'hospitalisation. Par ailleurs, une réflexion est en cours dans les établissements autorisés en psychiatrie en vue de concevoir de nouvelles organisations propres à faciliter les déplacements des patients admis avec leur consentement (ouverture des portes à tout patient souhaitant sortir momentanément de l'unité, accueil des HO/HDT dans des parties fermées...). En tout état de cause, la loi du 5 juillet 2011 sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, prévoit la constitution de documents d'information sur les droits des patients en soins libres ».(35)*

Paradoxalement, la réponse du gouvernement au CPT qui se positionne dans le rôle de protection des droits, apparaît être une réponse encore davantage sécuritaire et stigmatisante (lieux dédiés, vidéo-surveillance, etc.).

L'EPSM Val-de-Lys-Artois a notamment bénéficié de financements dans le cadre de la circulaire du 22 janvier 2009 relative à la sécurisation et à l'aménagement des établissements autorisés en psychiatrie. La direction et la CME ont décidé avec ce budget l'installation de caméras de vidéo-surveillance. Les quelques voix qui s'y opposaient étaient à la marge. Une première installation des caméras de vidéo-surveillance a été effectuée en 2009 avec un budget de 84 236.15 Euros HT et une option de 1 308.20 Euro HT. La seconde réalisation a été en 2010 pour 149 900 Euro HT.

Dans ce contexte, a émergé aussi un projet d'une Unité des Intensifs Psychiatriques (USIP), devenu le projet prioritaire à tous ceux préexistants (notamment celui de développer l'extrahospitalier pour les secteurs ne possédant pas encore d'hôpital de jour). Ce choix a été sous-tendu par une forte demande de la part des équipes. Le climat sécuritaire était à son maximum à l'époque avec une demande de lieux de soins hyper-sécurisés.

Ce projet d'USIP était mis dans l'axe qualité sur la bientraitance, estimant pouvoir respecter les lieux de vie et mettre à l'écart les "perturbateurs". Ce paradoxe a été relevé par Najman dans son livre (32).

Ce rapport permet donc approximativement un état des lieux de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en 2010. On note ainsi un climat sécuritaire au sein de l'EPSM en 2010 avec notamment une majorité des services fermés, des patients en hospitalisation « libre » hospitalisés dans des services fermés et l'installation de vidéo-surveillance.

### 2.3. Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui

On observe des modifications importantes concernant le respect de la liberté d'aller et venir depuis 2010 au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois. Cette période a été marquée par plusieurs rapports des autorités, les changements institutionnels majeurs et l'instauration d'un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir.

#### 2.3.1. *Création d'un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir*

##### 2.3.1.1. Contexte de la création du groupe de travail

La Haute Autorité de Santé a diffusé en 2009 les critères concernant la certification V2010. Pour traiter les axes d'amélioration définis par le cadre de la certification de la Haute Autorité de Santé V2010, 13 groupes de travail ont été activés ou réactivés au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois dont celui des droits des patients. Le 20/01/2011, le groupe Droit des patients s'est réuni et a mis 3 sous-groupes en place dont celui de la liberté d'aller et venir.

L'objectif de ce groupe de travail était d'étudier l'aspect législatif concernant la liberté d'aller et venir en psychiatrie, d'effectuer un état des lieux en interviewant à la fois les

professionnels et notamment les chefs des services et d'aller recueillir les impressions des patients hospitalisés. L'objectif était de proposer des axes d'amélioration. Paradoxalement, le groupe n'avait pas été mis au courant du rapport du CPT et ne l'a découvert qu'en 2017 à la lecture fortuite du livre de Thierry Najman (32).

#### 2.3.1.2. Intervenants

Le groupe de travail « Liberté d'aller et venir » a donc été mis en place en février 2011 dans le cadre d'un sous-groupe du groupe de travail « droits des patients ».

Initialement, il était composé d'un praticien hospitalier pédopsychiatre et d'un cadre de santé, respectivement animateur et co-animateur, d'une infirmière, d'un représentant des usagers et d'une juriste. Le pédopsychiatre n'était finalement pas le plus concerné par ces privations de liberté d'aller et venir, ni forcément le mieux placé pour animer ce groupe, car le service de psychiatrie infanto-juvénile n'était pas fermé et l'hospitalisation complète rare, représentant moins de 2% de son activité.

En 2012, lors de la reprise du groupe de travail, les participants sont les animateur et co-animateur et deux infirmières.

Le 8 février 2013, on note la présence d'une représentante des usagers, qui sera absente excusée ou non-excusee aux réunions suivantes, étant trop impliquée dans de nombreuses autres réunions.

A partir du 30 mai 2013, on note la présence d'une cadre de santé supplémentaire dans le groupe de travail, puis, en décembre 2013 d'une cadre supérieur de santé et d'une secrétaire.

Lors de la réunion du 15 avril 2015 ont été invités des membres du services Qualité et Gestion des Risques, le responsable Sécurité et une juriste. Puis, les membres du service Qualité et Gestion des Risques ont été de nouveau invités lors des réunions des 27 mai 2015 et 12 juin 2015.



La reprise du groupe de travail en décembre 2017 a vu l'ajout d'un co-animateur cadre de santé et de plusieurs membres cadres de santé et infirmiers des différents services de l'EPSM, notamment sous l'impulsion de la nouvelle équipe de direction des soins infirmiers qui a structuré tous les groupes de travail.

#### 2.3.1.3. Déroulement du groupe du travail

La première réunion a eu lieu le 7 février 2011 avec une révision des différents textes afférant au droit d'aller et venir (circulaire du 19 juillet 1993 par Simone WEIL, la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la charte de la personne hospitalisée, en particulier la section 7 sur le droit d'aller et venir), sans trouver jurisprudence sur ce thème. Il a été proposé de réaliser un questionnaire interne pour établir un état des lieux sur la question de la liberté d'aller et venir au sein des différents services. Ce questionnaire visait aussi à sensibiliser chacun sur ses pratiques.

La deuxième réunion a eu lieu le 7 mars 2011 avec l'élaboration de ce questionnaire interne. Par la suite, le sous-groupe ne s'est pas réuni pendant un an et demi à la suite du départ de deux de ses membres et d'une réorganisation des sous-groupes.

Les questionnaires ont été envoyés en septembre 2012 aux chefs de service et aux cadres supérieurs de chaque service.

La troisième réunion a eu lieu le 18 octobre 2012 avec un début d'analyse des questionnaires mais le retour n'était pas complet.

Une quatrième réunion, le 3 décembre 2012, a permis l'analyse des questionnaires concernant la liberté d'aller et venir pour les patients en hospitalisation libre, dont les résultats sont ci-après.

- Concernant les patients en hospitalisation libre :
  - Une unité leur est réservée dans 30 % des services.
  - 100 % des patients n'ont pas la possibilité d'aller et venir librement car cela dépend du contrat de soin.
  - Les portes du service sont fermées dans 80 % des services.
  - Les sorties se font exclusivement la journée, sur autorisation médicale (pour 70%) et en fonction du règlement intérieur et des règles de vie (pour 20%)
  - La traçabilité de ces sorties se fait à l'aide du planning mural (40%), par signalement oral d'un membre du personnel (30%), dans le dossier patient (30%), sur papier libre (10%) ou sur un support spécifique (20%)
  - Dans 100 % des services, il existe un contrat de soins pour les patients en hospitalisation libre.
  - Dans 80 % des services, il existe un contrat de soins limitant les sorties de la personne hospitalisée librement (sur prescription médicale et en fonction de l'état clinique du patient). Le contrat de soins ne semble cependant pas organiser précisément l'emploi du temps du patient.
  
- Concernant les patients hospitalisés sans leur consentement.
  - Pour les services concernés, seul 1 service dispose d'unités séparées entre les patients en hospitalisation libre et sans consentement.
  - Aucun service ne dispose d'heures d'ouvertures spécifiques.
  - Les sorties des patients sous contraintes sont notées sur le planning mural pour 3 services, oralement pour 4, dans le dossier patient pour 2, avec un document particulier pour 1.
  - Dans 30 % des services, certains patients hospitalisés sans consentement peuvent sortir librement.
  - Dans tous les services, il existe un règlement interne avec des horaires de visite.

- Dans 40 % des services, il existe des horaires d'appel.
- Dans 70 % des services il existe des horaires de sortie.

Dans le cadre de cette réunion, la réflexion sur la liberté d'aller et venir est relancée grâce aux différents documents relus à la suite de la soirée éthique de la Fédération de Recherche en Santé Mentale le 20 juin 2012, de l'intervention de Mme Dujardin, Juriste spécialisée en Droit de la Santé à l'EPSM Lille-Métropole et d'une enquête menée auprès des usagers à l'EPSM Lille Métropole d'avril à mai 2010. Le constat était le suivant : il est important qu'il existe un équilibre entre la protection de la santé, la protection de l'ordre publique et la liberté personnelle. Les limitations de cette liberté personnelle dans un cadre exceptionnel comme l'hospitalisation en psychiatrie doivent être légitimes et proportionnées (Question Prioritaire de Constitutionnalité du 26 octobre 2012) qui rappelle que « l'hospitalisation sous contrainte est une atteinte portée à l'exercice des libertés individuelles et pour rester légitime, elle doit être adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs de la prise en charge ».(22)

La cinquième réunion du groupe de travail eut lieu le 8 février 2013. Le projet était de réaliser un questionnaire adressé aux patients, à soumettre auparavant à la Commission Médicale d'Établissement (CME). Les différents règlements internes aux services ont été recueillis. Le projet à l'issue de la réunion était de réaliser un croisement entre les fonctionnements de chaque service et les attentes du patient pour finaliser une contractualisation entre patients et service sur la question de la liberté d'aller et venir, qui serait dans le dossier de soins infirmiers. La traçabilité des entrées et sorties était à définir.

La sixième réunion eut lieu le 30 mai 2013 et porta sur la réalisation du questionnaire destiné aux usagers, avec un projet de présenter à la CME de juin 2013 l'état d'avancée du groupe de travail et le questionnaire adressé aux patients.

La septième réunion eut lieu le 24 juin 2013 et porta sur la présentation du questionnaire adressé aux patients concernant la liberté d'aller et venir dans l'établissement, sur la validation du document de présentation du projet à la réunion cadres supérieurs du 24 septembre 2013 et sur la préparation de l'organisation de la passation du questionnaire adressé aux patients.

La 8ème réunion eut lieu le 11 décembre 2013. Les questionnaires ont été analysés puis retranscrits sous forme de graphiques circulaires, puis présentés au groupe. L'objectif de ce questionnaire était de permettre un ressenti global du patient. (Annexe 1)

On retrouve 199 questionnaires retournés et exploitables sur 322 (61,8 % de retour exploitable).

Les conclusions apportées par le groupe de travail à cette enquête étaient les suivantes :

- « La majorité des patients ne peuvent pas accéder à leur chambre (85 %) et n'en souffrent pas ». Par ailleurs, on note que 85% des patients (soit 169 patients) exprimaient une insatisfaction quant à l'accessibilité de leur chambre. 39 % (51 patients) de patients n'expriment « pas de sentiment de gêne » par rapport à l'accès aux chambres. L'hypothèse du groupe de travail était qu'il soit probable que certains patients se plaignent de l'accessibilité et s'en accommoderaient et comprendraient l'intérêt de ces fermetures (sécurité, caractère rassurant, ...), ce qui serait souligné dans les commentaires et dans les questions 10 et 12 où 36 % des patients trouvaient rassurant que les portes soient fermées. Cependant, on note que 21% des patients trouvent « gênant » que les portes soient fermées, et 10% trouvent cela « inquiétant ».
- Les locaux à usage collectif étaient jugés accessibles, ce qui ne gênait pas les patients.
- En question 6, 40% des patients avaient un sentiment de liberté non altérée, 26 % un sentiment d'absence de liberté (le groupe de travail se posait alors la question du croisement avec les patients sous contrainte, mais n'a pas poursuivi cette réflexion).

- La question 8 montre que 52% des patients ne se sent pas libre de sortir de l'unité en dehors des temps de soin. Le groupe de travail indique, ici aussi, qu'il serait intéressant de croiser ces résultats selon le mode d'hospitalisation de ces patients et selon le règlement intérieur du service dans lequel ils sont hospitalisés.
- Le groupe indique que les résultats montraient que les patients concernés par l'étude connaissaient l'organisation de l'hôpital (question 17 : 60 % sont hospitalisés depuis plus de 3 semaines), et que le vécu global des patients n'était donc pas lié à la première hospitalisation.
- La majorité des patients ne pouvaient pas accéder à leur chambre et disaient ne pas en être gênés. 32 % éprouvaient un sentiment de gêne important (question 3) par rapport à cela et souhaiteraient notamment (commentaires associés) pouvoir accéder à leur chambre pour une sieste, un temps de retrait ou un temps de lecture ; ce temps leur permettrait de se « re-sécuriser ».

Le groupe a présenté ces résultats à la CME du 20 décembre 2013, toujours dans une démarche de sensibilisation et de faire évoluer les représentations.

La neuvième réunion eut lieu le 06 février 2014, avec la proposition d'affiner certains résultats obtenus.

Les axes d'amélioration pressentis étaient de mettre en place :

- des temps de sieste repérés, ce qui dégagerait du temps pour les transmissions soignantes
- des horaires de sorties pour chaque service repérés par les professionnels et les patients,
- une planification murale qui permettrait visuellement et rapidement de repérer les patients qui ne peuvent pas sortir du service, ceux qui ont l'autorisation de sortie dans l'enceinte de l'établissement (parc, cafétéria, ... ) et ceux qui peuvent sortir de

l'enceinte de l'établissement. Ces renseignements devaient être renseignés dans le dossier patient afin d'établir une traçabilité des allées et venues du patient.

La réunion porta par ailleurs sur une contractualisation entre patients et service sur la question des libertés d'aller et venir (qui serait dans le dossier de soins infirmiers), la nécessité de redéfinir la notion de contrat de soins entre le patient et le soignant. Ces axes d'amélioration ont été proposés au directoire puis pour validation lors de la CME du 18 avril 2014.

Le groupe est conscient d'un plan d'action peu ambitieux mais reste circonspect tant l'accueil de leurs réflexions est difficile au sein des instances, réticentes dans leur majorité à faire évoluer les pratiques et parlant même parfois, au sein du corps médical, du corps paramédical et de la direction "d'angélisme".

La dixième réunion du groupe de travail a eu lieu le 11 septembre 2014, à la suite de la certification HAS de l'établissement.

### *2.3.2. Visite de certification HAS V2010 à l'EPSM Val-de-Lys-Artois*

#### 2.3.2.1. La certification HAS V2010

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients. Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer des recommandations d'amélioration, des obligations d'amélioration ou des réserves, qui peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes, non maîtrisée par l'établissement.

Finalement, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- Certification (A)
- Certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- Certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- Non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) sont introduites dans le manuel de certification. Ces PEP sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences est systématique et bénéficie d'une approche standardisée. La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets. La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduit systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non-certification.

Les PEP concernent plusieurs critères, dont le **critère 10e** qui nous intéresse : « **Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction et de liberté** ».

La cotation de chaque critère permet de mesurer le niveau de qualité atteint au regard des critères du manuel, selon une échelle à 4 niveaux A, B, C ou D. Pour chaque élément d'appréciation, les experts-visiteurs sélectionnent le niveau de satisfaction qu'ils estiment être atteint : « OUI », « EN GRANDE PARTIE », « PARTIELLEMENT », « NON ». Un nombre défini de points est attribué à chaque élément d'appréciation en fonction de son degré de satisfaction. Ce nombre de points pour chaque élément d'appréciation est pondéré en fonction de l'étape (E1 Prévoir, E2 Mettre en œuvre, E3 évaluer et améliorer) à laquelle il appartient, les éléments d'appréciation de l'étape 2 étant multipliés par deux. La somme des points obtenue est ensuite comparée au score maximal atteignable.

Pour les critères non PEP, le pourcentage obtenu pour le critère permet de déterminer la cotation A, B, C ou D. Pour les critères PEP, le dispositif de calcul est identique mais, le niveau d'exigence étant supérieur, il est nécessaire de disposer d'un score plus élevé pour chaque cotation établie.

#### 2.3.2.2. Résultats de la Certifications HAS V2010 à l'EPSM Val-de-Lys-Artois

La visite de certification s'est déroulée du 24 au 28 février 2014. À la suite de la visite des experts visiteurs, la Haute Autorité de Santé prononce pour l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois une certification avec réserves. 3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points. (36)

Le critère 10e Santé mentale « Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté » fait l'objet d'une recommandation avec une cotation **C** (44,50 à 74,49% du score maximal).



Concernant l'étape E1 « Prévoir » :

- **La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement : OUI**

Le projet médical, le projet de soins et le projet qualité intègrent la promotion du respect des libertés individuelles. La promotion du respect des libertés individuelles par l'affichage de la Charte de la bientraitance, la Charte de la personne hospitalisée et la présentation des droits de la personne hospitalisée dans le livret d'accueil.

- **Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect : EN GRANDE PARTIE**

Les communautés médicales et soignantes de l'établissement ont mis en place une réflexion formalisée, concertée, incluant un représentant des usagers, sous forme de fiche action et intitulée « Engager une réflexion sur la liberté d'aller et venir ». Son objectif est, par une série de consultations et de réunions, d'identifier les conditions de préservations des libertés individuelles par un état des lieux sur l'ensemble des services de soins de psychiatrie générale. De manière transversale, une EPP [Evaluation des pratiques professionnelles] concernant les conditions et modalités de « Mise en chambre d'isolement thérapeutique » a été menée. Cette démarche pluriprofessionnelle a permis l'élaboration d'une procédure « Mise en chambre d'isolement thérapeutique », validée et appliquée à ce jour. La réflexion sur la préservation des libertés individuelles et les risques de leur non-respect n'est pas formalisée dans les projets médicaux des services de soins et des pôles.

- **Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.) : OUI**

Les communautés médicales et soignantes de chaque service de psychiatrie

générale de l'établissement ont mis en place une réflexion concertée. Elle permet d'identifier les situations nécessitant une restriction de liberté. Ainsi, a été élaboré par chaque service un document définissant les règles et modalités des restrictions de liberté appelé « Règlement intérieur » applicable lors de la prise en charge. Celui-ci est affiché dans le service de soins, et présenté à la personne en soins pour acceptation lors de la signature du contrat de soins. Ce dernier engage la personne en soins à respecter des règles de vie comprenant les modalités de circulation au sein de l'établissement et dans les unités de soins.

Concernant l'étape E2 « Mettre en Œuvre » :

- **Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles : OUI**

Des formations, relatives aux droits des patients, sont organisées au sein de l'établissement. Trente professionnels ont, ainsi, pu en bénéficier. Au cours de la formation dédiée à la prise en charge des détenus, proposée aux professionnels de l'établissement, la thématique du respect des libertés a été, également abordée. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, l'établissement a participé à des journées d'information, ouvertes à l'ensemble des professionnels. Enfin, lors de la CME du 28 juin 2013, la présentation de la réflexion du groupe de travail sur la liberté d'aller et venir a permis de sensibiliser l'ensemble de la communauté médicale à cette problématique.

- **La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée : PARTIELLEMENT**

Afin d'assurer la sécurité des personnes hospitalisées et des professionnels, l'établissement a décidé, en 2009, d'installer, après autorisation préfectorale, des caméras vidéo-surveillance au sein des unités de soins, notamment dans les circulations et les chambres d'isolement. Le dispositif initial prévoyait l'utilisation de ces équipements uniquement la nuit. Or, lors de la visite, les experts-visiteurs ont pu

constater que les caméras fonctionnaient également de jour. Malgré la présence d'une signalétique située à l'entrée de chaque unité, l'information des patients et/ou des visiteurs et le recueil du consentement ne sont pas organisés. L'établissement a défini, par ailleurs, une organisation pour le respect des libertés individuelles qui permet l'identification de situations mettant en jeu le respect des libertés individuelles, telles que la mise en sécurité des biens personnels et la mise en chambre d'isolement. Pour ces deux situations, des procédures ont été élaborées, validées et diffusées. Le règlement intérieur des services énonce l'organisation des restrictions de liberté qui s'impose, par défaut, à toute personne en soins.

- **La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés : EN GRANDE PARTIE**

Les différentes réunions pluriprofessionnelles au sein des unités de soins de synthèses cliniques permettent de discuter de chaque patient faisant l'objet de restrictions de liberté. Les décisions sont expliquées par le médecin et le soignant au patient auprès duquel est recherché le consentement. Les éléments de la concertation ne sont pas systématiquement tracés dans le dossier du patient malgré une fiche dédiée.

- **Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie : EN GRANDE PARTIE :**

Les situations de restriction de liberté font l'objet d'une prescription tracée dans le dossier du patient sous forme d'autorisations. La concertation en équipe pluriprofessionnelle permet la réévaluation de ces décisions, mais la périodicité des évaluations n'est pas définie dans le projet de soins.

Concernant l'étape E3 « Evaluer et améliorer » :

- **Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, Commission des Relations avec les Usagers, Commission Médicale d'Établissement, etc.) : PARTIELLEMENT**

Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté n'est pas évalué à périodicité définie. La démarche n'est pas structurée. Les enquêtes de satisfaction du patient, conduites chaque année, recueillent l'avis de l'intéressé sur cette question. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont transmis auprès des bureaux de pôles et ces derniers produisent, si nécessaire, un plan d'actions correctives. Un état des lieux, effectué par le groupe chargé de la réflexion sur la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement, a été présenté à la CME et au Directoire. Cette communication n'a pas été suivie d'un plan d'actions.

- **Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place : NON**

En l'absence d'une évaluation structurée et régulière, les actions nécessaires à l'amélioration de la gestion de restriction de liberté ne sont pas mises en œuvre.(36)

Un rapport de suivi concernant le critère 10e est alors établi par l'EPSM afin de montrer les améliorations des pratiques ayant trait à ce critère.

### *2.3.3. Poursuite du groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir à la suite de la certification HAS*

La dixième réunion du groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir eut lieu le 11 septembre 2014. Elle porta sur les remarques des certificateurs qui soulignent que parler d'« autorisation de sortie » est contraire au respect de la liberté d'aller et venir et qu'il faut plutôt formuler les limitations de liberté sous la forme de « restrictions ». Ils insistent aussi sur l'intérêt d'une contractualisation des restrictions. Cela conduit à la construction d'un document permettant de contractualiser les différents niveaux de restriction. Un courrier a, par ailleurs, été envoyé aux chefs de services et chefs de pôles afin de connaître les différents règlements intérieurs et les attitudes des services vis-à-vis du tabac, de la cigarette électronique et du téléphone portable.

La onzième réunion eut lieu le 15 avril 2015, en présence de membres du service Qualité et Gestion des Risques, du responsable de la sécurité et d'une juriste.

La feuille de prescriptions restrictives a été discutée et l'ajout d'un paragraphe expliquant les restrictions et leur complémentarité au règlement intérieur du service a été décidé.

La question de la vidéo-surveillance y a été abordée. Il existe 180 caméras de vidéo-surveillance au sein de l'EPSM. Des caméras ont été installées dans le lieu de circulation.

Un enregistrement est effectué 24h/24 et les données sont conservées durant 30 jours. Des caméras ont été installées dans les chambres d'isolement. Elles sont allumées 24h/24 et aucun enregistrement n'est conservé. Les écrans de visualisation doivent être dans des lieux non visibles par les autres patients ou visiteurs. Il a été observé qu'il manquait les règles internes de fonctionnement de ces écrans de surveillance. Une autorisation préfectorale concernant les caméras dans les lieux de circulation est nécessaire. Le consentement du patient en ce qui concerne la vidéo-surveillance a été questionné (consentement obligatoire ou information seule).

Il a été proposé de :

- Mettre en service les caméras de vidéo-surveillance uniquement de 21h à 6h (horaires de nuit) et 24h/24 dans les chambres d'isolement du fait de l'éloignement géographique du poste de soins.
- Ajouter l'affichage de cette vidéo-surveillance en chambre d'isolement et un item sur la fiche médicale psychiatrique et somatique de prescription de Mise en Contention ou en Isolement Thérapeutique
- Ajouter dans la fiche « Contrat de soins » la notion de vidéo-surveillance
- Informer les agents, patients et représentants des usagers des actions menées par la présentation dans les instances (CME, CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge),...) et dans la lettre qualité de septembre 2015 avec un paragraphe sur la notion de la liberté d'aller et venir et la nouvelle signalétique.

Un audit a été programmé concernant les modes d'information (logos, affiches) de l'existence de la vidéo-surveillance au sein de l'EPSM

L'évaluation de la réception de l'information par le patient se fait par la signature du règlement intérieur par le patient et par l'enquête de satisfaction annuelle des patients, prévue en novembre 2015.

La douzième réunion du groupe de travail s'est déroulée le 27 mai 2015. L'audit concernant les affichages d'information par rapport à la vidéo-surveillance a constaté l'absence ou retrait de certaines affiches de signalisation, qui ont été remises en place. Une signalétique sur le portillon d'accès du personnel au parking sera installée prochainement. Lors de la CME du 24 avril 2015, une remarque a été faite concernant certains moniteurs de surveillance des chambres d'isolement qui seraient accessibles aux patients dans certains services.

Une demande a été faite pour le paramétrage des moniteurs de vidéo-surveillance sur le temps de nuit (21h-6h) et 24h/24 pour les chambres d'isolement, puis il a été décidé d'informer les membres de rédaction du règlement intérieur de l'intérêt d'ajouter les heures de fonctionnement sur celui-ci.

L'imprimé « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » a été présenté en CME. Des modifications sont à apporter et la réalisation d'un guide des restrictions de liberté sera présenté à la CME du 26 juin 2015 pour validation (Annexe 2). Un mode d'emploi concernant cette fiche de prescriptions restrictives a été rédigé (Annexe 3.)

Sur la fiche « Contrat de Soins » a été décidé l'ajout de la phrase « *je sais qu'il y a de la vidéo-surveillance dans les lieux de circulation et dans la chambre d'isolement* » ainsi que sur le guide d'utilisation de la fiche. Concernant la fiche médicale de MCIT (Mise en Chambre d'Isolement Thérapeutique), il a été convenu de l'ajout de l'item « *Information donnée au patient sur la vidéo-surveillance OUI/NON par....* ».

Un courrier a été envoyé à l'attention des membres du comité de suivi des fiches DPA (Dossier du Patient) pour demande de validation concernant ces ajouts.

Concernant le questionnaire de sortie, l'ajout d'un item « Est-ce que la vidéo-surveillance a été gênante OUI/NON et si oui préciser » a été décidé et sera mis en place par la cellule qualité.

Une enquête au niveau des professionnels par le biais d'un questionnaire sera organisée pour recueillir leur ressenti par rapport à la vidéo-surveillance.

La treizième réunion du groupe de travail s'est déroulée le 12 juin 2015. Concernant la demande de paramétrage des moniteurs de vidéo-surveillance sur le temps de nuit (21h-6H) et 24h/24 pour les chambres d'isolement, la réponse reçue explique que le matériel actuel ne permet pas une programmation de mise en service automatique (écrans ou caméras). Le groupe propose alors de mettre en place une étiquette sur le bas de l'écran

avec les horaires de mise en service exclusive de 21h à 6h et de demander à la direction de rédiger une note d'information pour les consignes de mise en service de la vidéo-surveillance.

Concernant l'enquête de satisfaction et le questionnaire de sortie, un item sur la liberté d'aller et venir a été ajouté.

Un plan d'action général a été proposé concernant l'amélioration de la prise en compte de la liberté d'aller et venir du patient. Les constats des experts de la HAS ont été relus et les dysfonctionnements identifiés. Une feuille de suivi a été établie avec, pour chaque dysfonctionnement identifié, une action à mener avec une échéance. Cette feuille de suivi a été transmise pour présentation en CME avant envoi à l'HAS.

Au total, la poursuite de ce groupe de travail suite à la certification HAS a permis la création d'une feuille de prescription restrictives en lieu et place d'« autorisation de sortie », d'une information plus complète des patients et des professionnels sur l'existence de la vidéo-surveillance et l'ajout d'un item sur la liberté d'aller et venir dans le questionnaire de sortie des patients.

#### *2.3.4. Restructuration de l'EPSM et établissement d'un nouveau projet médical d'établissement*

En avril 2015, le directeur d'établissement quittait la direction de l'Établissement public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois, et un nouveau directeur arrivait en septembre 2015, après une période d'intérim assurée par le directeur général adjoint de l'établissement.

La Commission Médicale d'Établissement (CME) a élu un nouveau président en décembre 2015 et le conseil de surveillance est présidé depuis le 15 décembre 2015 par le maire de Saint-Venant.



Cette nouvelle direction a mené une restructuration globale de l'établissement, dans un contexte de déficit financier structurel important et dans un objectif de retour à l'équilibre budgétaire.

Durant le dernier trimestre 2015, un plan de retour à l'équilibre a été mis en place dans un objectif de réduction des dépenses, avec des objectifs clairement et rapidement fixés et énoncés :

- Réduction des capacités d'accueil en hospitalisation complète et recentrage de l'activité des secteurs de psychiatrie générale sur la psychiatrie dite « active »
- Augmentation de l'activité extrahospitalière et des hospitalisations à temps partiel afin de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ; ce virage ambulatoire doit permettre à l'établissement de s'ouvrir davantage sur son environnement et sur l'extérieur ;
- La mise en place d'activités transversales avec des services identifiés dédiés à la prise en charge en addictologie pour développer une filière de soins coordonnée et identifiée (ouverture d'une clinique d'addictologie et d'un service de réhabilitation psychosociale). »

Un projet de restructuration sur trois ans a été mis en place, visant à diminuer les capacités d'hospitalisation complète en engageant l'établissement vers une mutualisation des ressources à l'intérieur des pôles, pôles préexistants mais ayant gardé leur mode de fonctionnement par service en intra- et en extra-hospitalier. Il se donne également l'ambition de développer l'activité extrahospitalière.

L'EPSM entame donc une restructuration de l'intra-hospitalier en pôles :

- Pôle de psychiatrie générale Ouest (2 secteurs de psychiatrie adulte)
- Pôle de psychiatrie générale Centre (2 secteurs de psychiatrie adulte)
- Pôle de psychiatrie générale Est (3 secteurs de psychiatrie adulte)
- Pôle de psychiatrie infanto-juvénile (2 inter-secteurs de pédopsychiatrie)

- Pôle des activités transversales (le service intersectoriel d'addictologie, le service de réhabilitation psychosociale, la pharmacie, le centre de tri des analyses médicales, l'équipe opérationnelle d'hygiène et les vigilances, les consultations spécialisées et le Département d'Information Médicale).

Présenté en décembre 2015 au conseil de surveillance et à la CME, il a commencé à être déployé en décembre en pédopsychiatrie, puis sur le pôle Ouest en février 2016.

Les prémices du futur projet d'établissement 2018-2022 sont aussi présentées en décembre 2015 et vont dans le même sens que cette restructuration. On y retrouve le projet :

- d'un renforcement de l'activité extrahospitalière, dans l'objectif d'une prise en charge précoce et d'une continuité du soin
- d'une prise en charge intra-hospitalière regroupée par pôle, dans l'objectif de lieux de soins plus adaptés en fonction du profil et de l'état du patient et de permettre une prise en charge spécialisée.

Dans le cadre de cette prise en charge intra-hospitalière, est affirmée la volonté de « respecter les droits fondamentaux des patients avec la liberté d'aller et venir en rappelant que l'hospitalisation libre reste la priorité ».

### *2.3.5. Visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (janvier 2016)*

#### 2.3.5.1. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Suite à la ratification du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée générale des Nations-Unies le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007, un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante. Le Contrôleur général peut

visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté.

La mission du Contrôleur général des lieux de privation de liberté est de veiller au respect des droits fondamentaux. Le Contrôleur général veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Il veille au respect des droits fondamentaux.

La mission du Contrôleur général est triple :

- s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine (droit à la vie, droit à ne pas être soumis à la torture ou à un traitement dégradant ou inhumain, la protection de l'intégrité physique et psychique) sont respectés,
- s'assurer qu'un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi, certains droits fondamentaux pouvant être limités pour des raisons tenant à l'ordre public : droit au respect de la vie privée et familiale, droit au travail et à la formation, liberté d'expression, liberté de conscience et de pensée, droit de vote...
- mais aussi et surtout prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux.

Le Contrôleur général adresse au(x) ministre(s) concerné(s) un rapport de visite puis des recommandations qu'il peut rendre publiques.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté porte à la connaissance du procureur de la République tout fait laissant présumer l'existence d'une infraction pénale. Il porte à la connaissance des autorités disciplinaires les faits de nature à entraîner des poursuites disciplinaires. (37)

### 2.3.5.2. La visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté à l'EPSM

#### Val-de-Lys-Artois en janvier 2016

Le contrôleur Général des lieux de privation de liberté et huit contrôleurs ont effectué une visite annoncée à l'EPSM Val-de-Lys-Artois du 18 au 22 janvier 2016. (38)

Le rapport fait état de bonnes pratiques, notamment :

- Un groupe de travail sur la violence tenu en 2012-2013 a conduit à une formation efficace et bien suivie sur la prévention et la prise en charge de la violence,
- Les sorties à but thérapeutique ne font pas l'objet de restrictions de la part du représentant de l'État,
- Les familles qui se présentent en dehors des créneaux limités prévus par les unités sont généralement admises à rencontrer le patient qu'elles visitent,

Les contrôleurs rapportent, par ailleurs, des recommandations, auxquelles a répondu par la suite l'établissement, notamment :

- Il est souhaitable de mettre en place un comité d'éthique.

*Réponse de l'établissement : L'EPSM Val de Lys-Artois étudie la possibilité de s'inscrire dans les travaux du comité d'éthique de l'EPSM des Flandres de Bailleul et/ou de l'espace éthique de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale. Un travail est engagé actuellement avec cet espace éthique sur la sexualité et la vie amoureuse des usagers.*

- Le livret d'accueil doit être actualisé et précisé, en particulier en ce qui concerne l'information sur la loi du 5 juillet 2011, révisée le 27 septembre 2013. Il doit être systématiquement remis avec la présentation de l'unité qui accueille le patient.

*Réponse de l'établissement : le livret d'accueil doit être refait dans son intégralité notamment en raison de la restructuration de l'établissement. Un groupe de travail va être mis en place pour réfléchir sur le nouveau livret d'accueil. Celui-ci sera*

*constitué pour la fin novembre. Il est prévu que le nouveau livret soit rédigé pour la fin du premier trimestre 2017.*

- La procédure de notification des droits doit faire l'objet d'un protocole et donner lieu à une formation systématique du personnel.

*Réponse de l'établissement : Il existe au sein de l'établissement une procédure de notification de la décision. Un courrier type est remis dès l'entrée du patient lui notifiant ses droits et voies de recours. Pendant les heures ouvrables, ce courrier est remis par l'accueil. En dehors des heures ouvrables (jours fériés, dimanche, ...), il est remis par la conciergerie. Un groupe de travail va réfléchir à la mise à jour de la procédure de rappel des droits et des voies de recours aux patients.*

- Il convient de mettre en place des audiences foraines conformément à la loi et de prendre les mesures nécessaires pour garantir les droits de la défense.

*Réponse de l'établissement : Un projet est en cours sur la mise en place d'une salle d'audience au sein de l'établissement. Une rencontre avec les magistrats aura lieu le lundi 7 novembre à l'EPSM.*

- Une réflexion devrait être menée sur la sexualité des personnes hospitalisées (conduite à tenir par les soignants, prévention, contraception, etc.).

*Réponse de l'établissement : Un groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) sur « les relations amoureuses et la sexualité dans les services de psychiatrie » a été mis en place au sein de l'EPSM afin d'émettre d'ici fin décembre des recommandations de bonne pratique. Ce GAPP a permis également de préparer l'intervention de deux cadres de santé de l'EPSM à la vingtième soirée de l'espace régional de réflexion éthique en psychiatrie et en santé mentale des Hauts de France, portant sur ce même thème. Lors de cette soirée, deux cas cliniques ont été exposés par les cadres de santé de l'établissement. Cette soirée a fait l'objet d'une vidéo (39). Concernant l'information sur la contraception, celle-ci est donnée dès l'entretien*

*médical d'entrée. Il existe également de la documentation sous forme de brochure dans les services.*

Ce groupe d'analyse des pratiques professionnelles a continué par la suite à travailler avec un éthicien de la Fédération de Recherche en Santé Mentale. Une sensibilisation des professionnels sera faite en octobre 2018 par le biais d'une pièce de théâtre sur cette thématique (scénette suivie de débat) et d'une demi-journée d'information et de sensibilisation en avril 2019 en lien avec la Fédération de Recherche en Santé Mentale.

- Le fonctionnement des postes téléphoniques doit être garanti et leur confidentialité améliorée afin de permettre le maintien des liens familiaux de tous les patients.

*Réponse de l'établissement : Une solution technique est à l'étude. L'établissement étudie également la possibilité de mettre à disposition des téléphones portables jetables ou des cartes prépayées.*

- Il conviendrait d'installer des boîtes aux lettres dans les unités de vie des patients afin de garantir la confidentialité des échanges épistolaires.

*Réponse de l'établissement : Une réflexion est en cours pour le déploiement de boîtes aux lettres dans les unités de vie des patients.*

- Il serait opportun de réfléchir à un accès des patients à internet.

*Réponse de l'établissement : Il sera mis en place dès la fin 2017 du Wifi sur tout l'EPSM avec un accès sécurisé pour les patients.*

- La nouvelle organisation des pôles devrait être mise à profit pour améliorer les locaux d'accueils des familles dans les services où c'est nécessaire.

*Réponse de l'établissement : Dans le bâtiment 7, l'EPSM va déposer une autorisation de travaux pour mettre en place une salle d'accueil pour les familles. Le bâtiment 8 (réhabilitation sociale) et le bâtiment 15 (clinique d'addictologie) disposent d'une salle d'accueil. Concernant les bâtiments 3 (CPB), 12 (Clinique de la Lys) et 14 (4bis*

*service B), une réflexion est en cours avec les cadres supérieurs de santé pour la mise en place de salles d'accueils pour les familles des patients.*

NB : Depuis, ces bâtiments ont eu d'autres fonctions car de nouveaux déménagements ont eu lieu par la suite.

- La nouvelle organisation des pôles devrait être mise à profit pour faciliter et harmoniser l'accès des patients aux lieux collectifs.

*Réponse de l'établissement : La réorganisation des pôles a permis l'ouverture d'unités permettant de renforcer l'accès libre aux lieux collectifs aux patients avec une unité ouverte pôle Ouest (Soins de suite : 32 lits), une unité ouverte pôle Centre (Unité A CPT : 20 lits et D3 : 14 lits) et une unité ouverte pôle Est (Bâtiment 1:15 lits long séjour psychiatrique et Bâtiment 2 : 35 lits soins de suite).*

- Un patient en chambre d'isolement doit avoir un accès permanent à des WC et à un système d'appel.

*Réponse de l'établissement : Un groupe de travail sur la question de « l'humanisation des chambres d'isolement » est lancé.*

- Il convient de clarifier les responsabilités des équipes médicales et celles des forces de l'ordre et de l'administration pénitentiaire en matière de sécurité lors des transferts entre la prison et l'hôpital, et d'en tirer les conséquences en termes d'escortes.

*Réponse de l'établissement : Les interventions de Monsieur Burgi, directeur de l'EPSM, lors des réunions avec le chargé de mission de l'ARS des Hauts-De-France sur les unités pénitentiaires sont sans réponse.*

- L'EPSM doit recevoir systématiquement une fiche de liaison de l'établissement pénitentiaire lui permettant de connaître le comportement du patient détenu en particulier en termes de dangerosité vis-à-vis de lui-même, des autres patients et du personnel soignant.

*Réponse de l'établissement : L'EPSM cherche à obtenir la communication de ces fiches de liaison auprès des maisons d'arrêt de Béthune et Longuenesse.*

- Il conviendrait de permettre aux patients de disposer librement de l'accès à leur chambre, toute restriction à ce droit devant être individualisée.

*Réponse de l'établissement : Concernant les unités fermées, l'accès libre aux chambres par les patients est possible dans un nombre limité de cas. Les unités se trouvent parfois confrontées à des difficultés architecturales en raison de la localisation des chambres qui se trouvent à l'étage. Concernant les unités ouvertes, une évolution de la doctrine va être soumise aux échanges de la commission médicale d'établissement.*

- Toute personne hospitalisée, dès lors qu'elle se trouve privée de liberté, doit bénéficier d'un statut garantissant un contrôle extérieur régulier de sa situation.

*Réponse de l'établissement : L'EPSM réfléchit à améliorer la formalisation du statut des personnes présentant une chronicisation de leur maladie.*

### *2.3.6. Reprise du groupe de travail au sein de l'EPSM*

À la suite de la restructuration de l'établissement avec une mutualisation des services en pôles qui entraîne de nombreux réaménagements des pratiques de soins, de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté en février 2016 et dans l'objectif de la certification HAS V2014 prévue en septembre 2018, le groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir s'est de nouveau constitué en décembre 2017.

La quatorzième séance s'est déroulée le 4 décembre 2017.



Les objectifs et des actions futures à mener ont été présentées :

- Concernant la vidéo surveillance : les écrans des moniteurs de vidéo surveillance peuvent-ils être bloqués de 6h15 à 21h30 ? La réponse est, en effet, à nouveau posée car cela semble désormais possible.
- Concernant les contrats de soins : le pôle ouest a un contrat de soins spécifique différent des autres services, pour quelle raison et peut-il être uniformisé à l'EPSM ? Les contrats de soins ne sont pas signés par les patients sous contrainte, pourquoi ? Les membres du groupe de travail évoquent que cela pourrait être un levier dans la prise en charge et pourrait responsabiliser les patients.
  - Concernant le livret d'accueil, plusieurs propositions ont été émises : Mettre systématiquement un livret d'accueil dans les tables de chevet ou donner le livret à l'accueil en même temps que la vérification de l'identité dans le cadre de l'identito-vigilance, ce qui permettrait une traçabilité.
- Concernant les règles de vie, un autre groupe de travail est en cours concernant la mise à jour de la liste des affichages dans les services de soins.
- Le questionnaire de satisfaction qui comprend une question relative à la liberté d'aller et venir va être informatisé.
- Concernant les unités ouvertes, depuis le dernier audit réalisé par le groupe de travail, des restructurations ont encore eu lieu (le pôle Artois a notamment été regroupé en 4 services pour prévenir l'effondrement médical d'un service), les unités ouvertes des pôles et leur nombre de lits ont changé. Chaque cadre présent à la réunion est chargé de recueillir le nombre de lits en unité ouverte de son pôle.
- Concernant l'admission des patients, plusieurs questions sont posées :
  - Y a-t-il des admissions directes en unités ouverte ?
  - Combien de temps les patients en hospitalisation libre restent-ils en unités d'admission (fermée) après leur admission ?

- Comment au-delà de tout ce qui est mis en place, la liberté d'aller et venir peut-être respectée ?

Le calendrier des réunions suivantes a ensuite été établi, puis une bibliographie a été proposée avec, à nouveau, plusieurs articles à lire concernant la liberté d'aller et venir.

La quinzième réunion eut lieu le 22 janvier 2018.

- Concernant la vidéo-surveillance, des échanges informels avec un membre de l'équipe du patrimoine et de l'électricité ont laissé entrevoir la possibilité d'obtenir la fermeture des moniteurs reliés aux caméras des couloirs de circulation de 6h à 21h, comme il est indiqué dans le règlement intérieur. Les certificateurs de la HAS avaient identifié le fonctionnement de ces caméras en journée durant leur visite. Le point est indiqué comme étant à soulever auprès des services du patrimoine avant d'envisager, le cas échéant, un audit sur les modalités de fonctionnement dans les services de soins. La question est posée du renouvellement d'accord préfectoral d'utilisation de ces caméras, qui était accordé pour 5 ans et un membre du groupe de travail se charge de se renseigner à ce sujet.
- Concernant la participation au groupe de travail d'un représentant des usagers, une invitation sera de nouveau envoyée à une représentante des usagers.
- Concernant les contrats de soins, les contrats de soins des patients hospitalisés sous contrainte ne sont pas signés par ces derniers. La fiche de contrat de soins est retravaillée pour présentation au comité DPA (Dossier du Patient) et pour le DPI (Dossier Patient Informatisé).
- Concernant le questionnaire de satisfaction, celui-ci doit évoluer vers une version informatique. Un test a été réalisé fin 2017. Les résultats pour les recensements 2017 ne sont pas encore connus. Une présentation des résultats de 2016 a eu lieu, jugés satisfaisants par les membres du groupe. La responsable du service qualité indique

qu'il n'y a pas de remontées spécifiques à la CDU (Commission des Usagers) sur le thème de la liberté d'aller et venir.

- Concernant les fiches de prescriptions restrictives, lors des derniers IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins), les fiches de prescriptions restrictives n'avaient pu être auditées du fait d'une mise à disposition récente de celles-ci dans les services de soins. Les IPAQSS constituent des indicateurs permettant d'évaluer la prise en charge et le suivi des dossiers des patients au cours de leur hospitalisation. Organisé par la Haute Autorité de Santé, le recueil annuel de ces IPAQSS est obligatoirement établi par les établissements de soins situés sur le territoire français, qu'ils soient publics ou privés. Les IPAQSS concernent trois procédures de qualité mesurées par 11 indicateurs. Un membre du service qualité a contacté les membres du groupe de travail afin de proposer une rencontre et ainsi de définir les modalités d'audit et l'échantillon à évaluer. La proposition retenue fut d'associer le service qualité à la réunion suivante du groupe de travail afin de travailler conjointement sur la création de la grille d'audit et les modalités de recueil. Il a été proposé que l'on réitère l'information, en réunion d'encadrement sur les principes de renseignement de cette fiche.
- La fiche de contrat de soins a été retravaillée avec un élargissement à l'ensemble des patients et non uniquement aux patients en hospitalisation libre. Certaines phrases ont été par ailleurs reformulées.

Une projection au 15 avril 2018 a été faite sur l'organisation des lits à l'EPSM Val de l'Ys-  
Artois et sur le nombre de lits en unité ouverte :

- Pôle audomarois
  - 32 lits en unité ouverte : Unité « De Clérambault »
  - 31 lits en unité fermée : Unités « Admissions » et « Rodin »

- Pôle Artois-lys romane
  - 41 lits en unités ouvertes : Soins de Suite Ouvert Béthune-Bruay et Soins de Suite Ouvert Lillers-Noeux
  - 29 lits ouvrables en service de long et moyen séjour
  - 70 lits en unités fermées : Admissions Béthune/Bruay, Admissions Lillers/Noeux, Soins de Suite Fermé Béthune/Bruay, Soins de suite fermé Lillers/Noeux, Long séjour fermé
- Pôle des activités transversales :
  - 10 lits en unité ouverte : bâtiment 7
  - 33 lits en unités fermées : Ravel, CPT
- Service d'addictologie :
  - 18 lits en unité ouverte
- Pôle de psychiatrie infanto-juvénile :
  - 10 lits, unité ouverte.

Les admissions directes dans les unités ouvertes existent actuellement au pôle ouest uniquement après accord d'un psychiatre du pôle. En addictologie, les admissions sont programmées ou les patients sont transférés des autres services de l'établissement.

Concernant la problématique de la remise du livret d'accueil, un membre du service qualité évoque les difficultés à remettre un livret d'accueil à chaque patient admis et à avoir une traçabilité quant à la bonne remise de celui-ci. Un groupe de travail dans lequel il participe cherche un moyen de répondre au mieux à cette problématique et les réflexions actuelles portent sur la mise à disposition du livret d'accueil au patient dans la table de chevet. Cela ne permet cependant pas une traçabilité de lecture ni d'information éclairée des droits. Le groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir propose la remise au patient par l'infirmier qui réalise l'entretien d'entrée. La traçabilité pourrait être matérialisée par la coche

d'une case insérée dans la feuille d'identification du patient et renseignée par l'infirmier qui réalise l'admission.

Cette proposition sera transmise au groupe de travail concerné.

La seizième réunion du groupe de travail eut lieu le 19 février 2018.

- Concernant la vidéo-surveillance, un responsable informatique, par retour par mail, a indiqué qu'il n'y a pas de difficultés quant à la l'interruption à distance des caméras des couloirs de circulation afin de respecter les horaires autorisés indiqués dans le règlement intérieur de l'établissement.
- Concernant la participation au groupe de travail d'un représentant des usagers, un accord a été reçu, mais la représentante des usagers n'a pu se rendre disponible pour la réunion.
- Un rappel des indications de bon usage des fiches de prescriptions restrictives a été réalisé lors de la réunion d'encadrement du 24 janvier 2018. Des interrogations ont émergé quant à l'usage de la fiche de prescriptions restrictives :
  - Pas de nécessité de faire signer la fiche par le patient, en cas d'absence de restriction.
  - Nécessité de repositionner la fiche dans le dossier du patient (DPA). En effet, l'évolution de la fiche dans sa 2ème version amène à son renseignement même en cas d'absence de restriction. Ainsi, elle ne devrait plus être dans l'onglet « fiches ponctuelles » mais insérée systématiquement dans le DPA. L'onglet « ordonnances » serait plus approprié et cela permettrait de centraliser les fiches portées à l'attention des médecins.
  - La case signature du patient pourrait évoluer et être remplacée par une case information donnée au patient. Cette proposition reste à envisager dans les axes d'amélioration en fonction des résultats de l'audit prévu.

- Dans le cadre du projet de soins individualisés des patients aux prises en charge complexes (5 patients actuellement dans l'établissement font l'objet d'isolement conformément aux mesures d'exception), les membres du groupe proposent que le médecin soit exempt de renouveler de manière hebdomadaire la décision de restriction.
- Réflexions de l'audit sur l'utilisation des fiches de prescriptions restrictives.
  - Éléments à auditer : Présence de la fiche, signature du médecin, indication de la date, respect des dates de renouvellement, signature du patient.
  - Modalités de réalisation de l'audit : 5 dossiers par service de soins par 3 professionnels (un soignant du service de soins, un membre de l'équipe qualité, un membre du groupe de travail). L'équipe qualité proposera une grille d'audit à la prochaine réunion du groupe de travail.
- Concernant la fiche de contrat de soins, la proposition de fiche retravaillée lors de la réunion du 22 janvier est retenue par le groupe de travail. Cette fiche sera proposée au comité DPA pour mise en utilisation.

La dix-septième réunion du groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir eut lieu le 16 avril 2018.

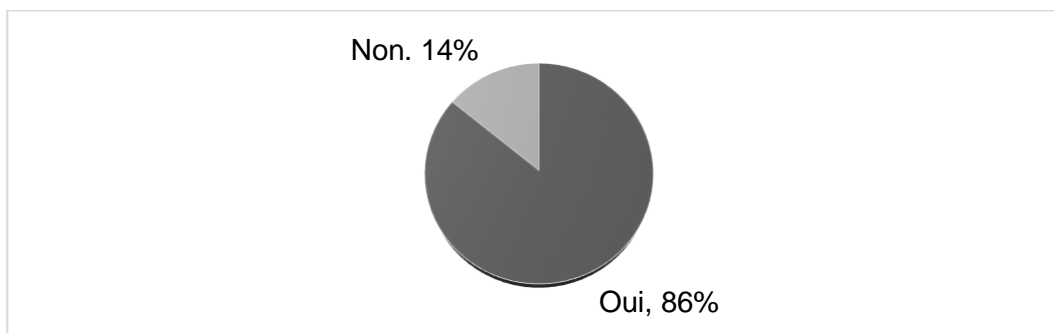
Il a été décidé d'envoyer un mail concernant la possibilité de programmer les moniteurs de vidéo-surveillance. Concernant les patients détenus, suite à une EPP, ces patients ont les mêmes droits que les patients non détenus.

Concernant la communication autour de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM, le groupe de travail propose une recommandation de lecture dans le journal de l'établissement, une communication au sein des conseils locaux en santé mentale et la parution d'articles dans les journaux locaux.

La grille d'audit concernant la fiche de prescriptions restrictives a été présentée, modifiée et validée et le protocole d'audit a été présenté, modifié et validé.

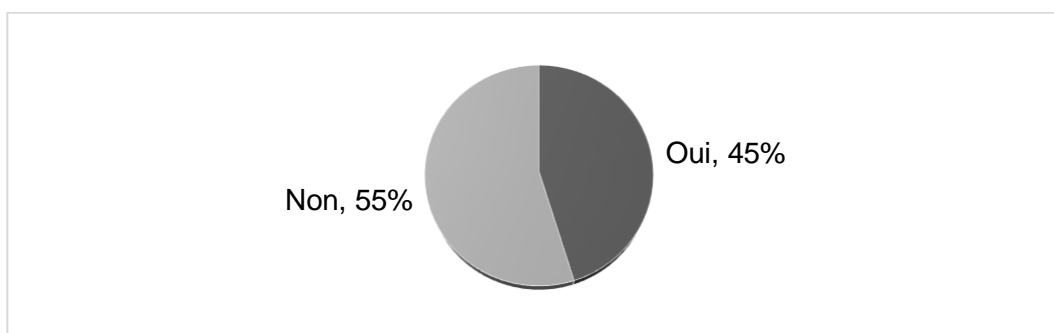
L'audit s'est déroulé au cours du mois de mai 2018 et les résultats sont présentés dans le graphique 1 ci-dessous. 85 dossiers ont été audités au sein de l'EPSM.

- *Question 1 : La fiche Prescriptions restrictives est-elle présente dans le dossier ?*



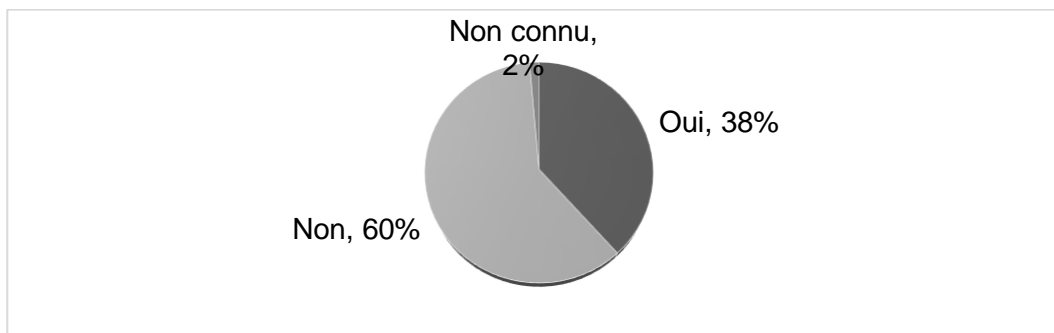
*NB : La fiche n'est pas remplie dans 16% des cas où elle est présente dans le dossier.*

- *Question 2 : Parmi les fiches présentes dans le dossier, sont-elles au bon emplacement ?*



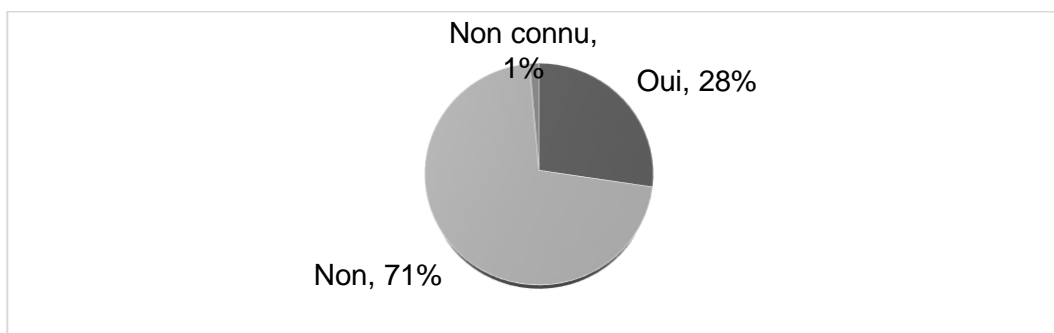
*Parmi les fiches situées au mauvais emplacement, on retrouve 45% dans l'onglet « Notes psychiatriques », 17,5% dans l'onglet « Ordonnances », 12,5% au début du dossier et 5% dans le diagramme de soins.*

- Question 3 : Parmi les fiches présentes dans le dossier, y a-t-il eu des restrictions décidées pour le patient ?



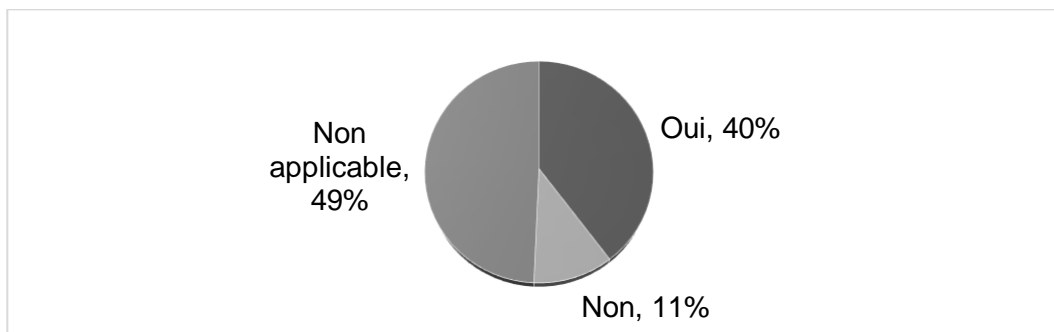
Un dossier consulté lors de l'audit était archivé dans un autre bâtiment, ce qui a rendu difficile l'accès aux données.

- Question 4 : Parmi les fiches présentes dans le dossier, la première prescription a-t-elle eu lieu dans les premières 24H ?



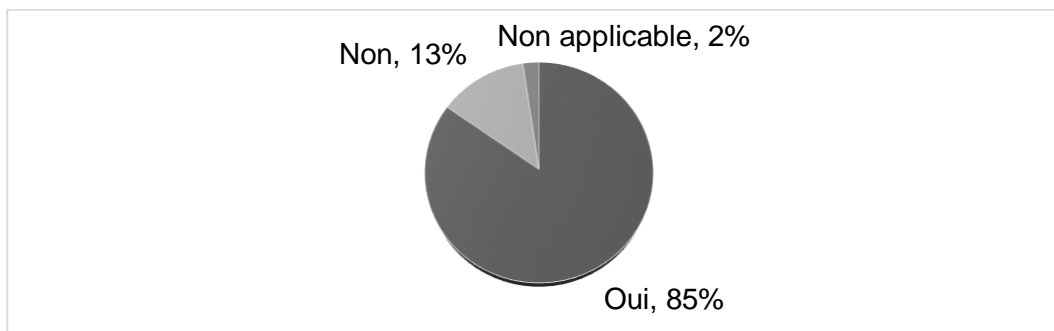
Un dossier consulté lors de l'audit était archivé dans un autre bâtiment, ce qui a rendu difficile l'accès aux données.

- Question 5 : Parmi les fiches présentes dans le dossier, la dernière réévaluation date-t-elle de 7 jours maximum ?



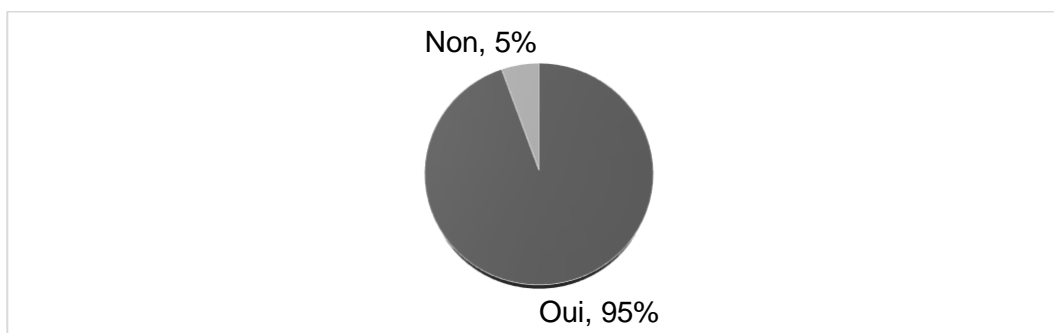


- *Question 6 : Les indications de la fiche de prescriptions restrictives correspondent-elle à ce qui est appliqué dans l'unité pour le patient ?*

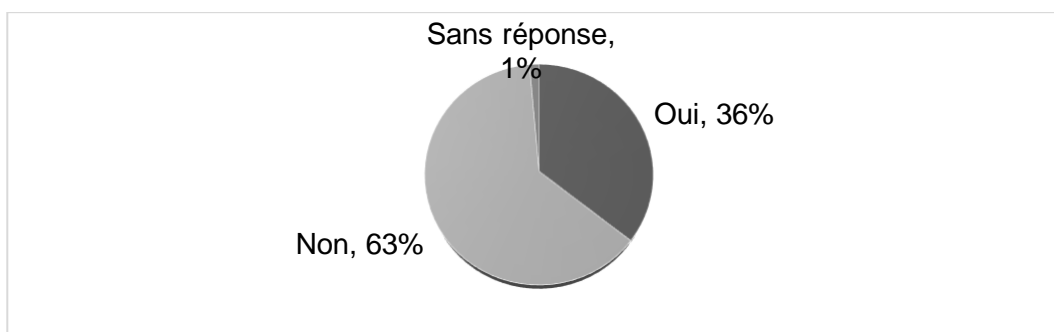


*Deux dossiers concernent des patients hospitalisés dans un service dans lequel les règles de vie n'avaient pas encore été définies dans le cadre de la restructuration.*

- *Question 7 : Parmi les fiches présentes dans les dossiers, retrouve-t-on l'étiquette du patient ?*

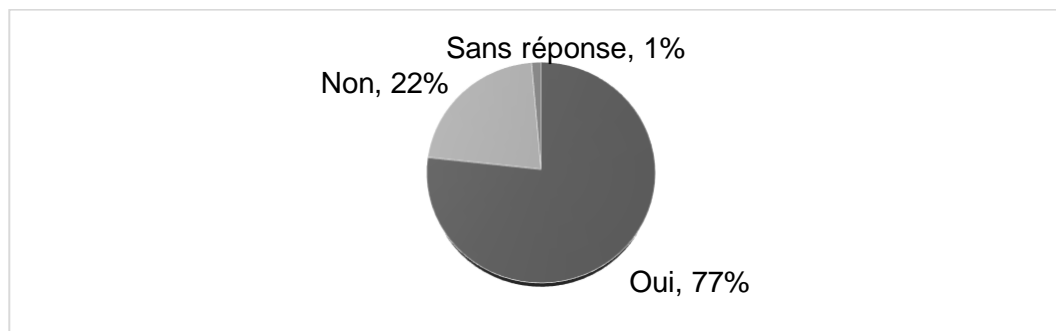


- *Question 8 : La fiche est-elle signée par le patient à chaque évaluation ?*

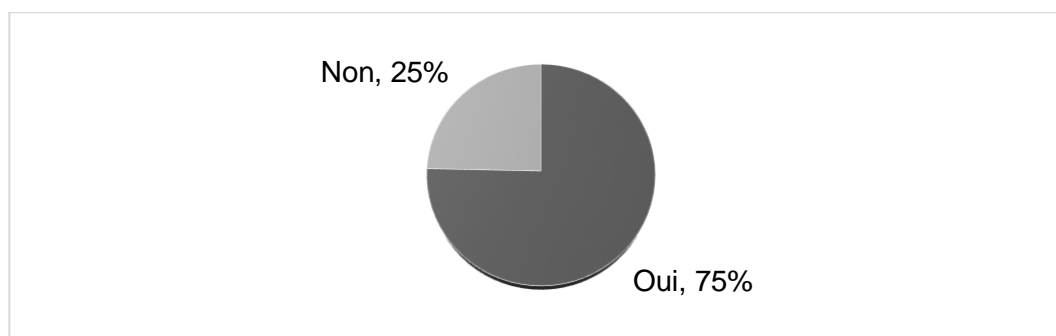


*Certaines fiches n'ont été signées par le patient que partiellement. D'autres ne l'ont pas été par refus du patient de signer la fiche, une autre justifiée par l'analphabétisme du patient.*

- *Question 9 : Parmi les fiches présentes dans les dossiers, la fiche est-elle signée par le médecin à chaque évaluation ?*



- *Question 10 : Parmi les fiches présentes dans les dossiers, chaque évaluation est-elle datée ?*



*Graphique 1 : Résultats de l'audit interne concernant les fiches de prescriptions restrictives au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois*

Une réunion suivante est prévue le 21 septembre 2018 et des axes d'amélioration de la fiche de prescriptions restrictives seront proposés.

Les différentes actions mises en œuvre par le groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir et leurs dates d'effet sont reprises dans le document en Annexe 4, mis à jour en septembre 2017.

### *2.3.7. Évolutions à venir concernant la liberté d'aller et venir : Projet d'établissement 2018-2022*

Un nouveau projet d'établissement a été rédigé pour la période 2018-2022. Il fut l'objet d'une présentation plénière en avril 2017 à l'issue de plusieurs groupes de travail, puis présenté en CME en octobre 2017.

Le projet d'établissement a nécessité la mise en place de 11 ateliers correspondant chacun à une partie du projet d'établissement : principes stratégiques ; projet médical ; projet de soins ; projet médico-social ; projet management des activités et des partenariats ; projet social ; politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ; schéma directeur du patrimoine ; projet hôtelier, achats, logistique et développement durable ; schéma directeur informatique ; et projet de formation.

Dans le cadre du projet médical, celui-ci a pour objectif d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes malades et leur accueil. L'axe 2 de ce projet médical s'intitule « Maintenir un socle intra-hospitalier avec une dynamique transversale respectant les droits et les devoirs des usagers ».

Le projet médical 2018-2022 a pour objectifs :

- D'assurer aux usagers que tous les services respectent au mieux la liberté d'aller et venir ;
- De respecter les recommandations de bonne pratique notamment pour la contention, par la limitation « de manière drastique », de quelque forme de contention que ce soit (obligation de la loi de modernisation du système de santé, mise en place d'EPP, d'audits, du registre unique) ;
- De mettre en œuvre les recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté et conforter celles-ci ;

- De renforcer les droits des usagers ;
- De limiter les hospitalisations inadéquates.

Deux pans du projet sont dégagés : « Maintenir l'approche polaire (niveau zone de proximité) » et « Priorisation à la dynamique transversale à l'échelle de l'établissement pour les populations spécifiques et/ou territoriale voire départementale, ou en lien avec les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) pour l'attractivité et la lisibilité ».

Au sein du premier point « maintenir l'approche polaire », il est décrit que « l'approche polaire permet de maintenir le travail sur l'esprit de secteur (prise en charge intégrée favorisation l'inclusion sociale), mais selon le secteur rénové en décloisonnant et favorisant l'ouverture, les liens entre les services et des mises en commun en intra-hospitalier quand cela se justifie. », puis que « cette activité polaire (zone de proximité) permet également de dédier des lieux respectant la liberté d'aller et venir ».

Dans le cadre du projet de soins, l'axe 2 s'intitule « Maintenir un socle intra-hospitalier fort pour une dynamique polaire engagée auprès des unités dédiées dans une dynamique qualitative et transversale garante du respect de la liberté d'aller et venir et du respect des droits des usagers ».

Cet axe 2 comporte plusieurs objectifs, dont les quatre premiers sont :

- Garantir le respect des droits des patients dans toutes les situations de restriction de libertés.
- Améliorer l'accueil et le respect des droits des patients adressés en soins sans consentement avec un statut de détenus ((mise en œuvre des préconisations de l'EPP et des capacités d'accueil en sécurité – intensifier la collaboration avec l'UHSA).
- Contribuer à définir une politique visant à diminuer le recours à l'isolement et à la contention (EPP – état des lieux des équipements et humanisation – mise en place

des registres – ajustement des modes de placement, ...) dans le cadre d'une action portée par l'ensemble des professionnels.

- Améliorer la prévention et la prise en charge de la violence (s'appuyer sur le guide HAS pour élargir les actions et les intégrer dans les 15 programmes d'amélioration des pratiques).

Dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité de la gestion des risques, l'axe 1 s'intitule « assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ». Le premier pan développé « Garantir les droits des patients » décrit en préambule « La loi du 5 juillet 2011, concernant les droits et la protection des personnes dans les établissements de santé, les recommandations de bonnes pratiques HAS de février 2017 avec notamment la limitation drastique des isolements, les constats réalisés lors de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté en 2016 et les résultats de la certification V2010 amènent à réinterroger nos pratiques ».

Plusieurs objectifs sont ensuite développés :

- Respecter la liberté d'aller et venir :
  - Réviser les pratiques concernant les mesures de restriction de liberté ;
  - Limiter l'hospitalisation complète pour favoriser le développement de l'extrahospitalier ;
  - Tendre vers l'ouverture de toutes les unités.
- Respecter les bonnes pratiques dans l'utilisation des mesures de contention :
  - Mettre en place une politique de prévention des mesures de contention et d'isolement ;
  - Uniformiser les pratiques en matière d'isolement et de contention (formaliser et former les professionnels) ;

- Eviter la systématisation de la mise en chambre d'isolement, notamment pour les détenus ;
- Humaniser les chambres d'isolement.
- Prendre en compte les questions d'ordre éthique :
  - Mettre en place un comité d'éthique en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale ;
  - Identifier les sujets de réflexion tels que la sexualité et les relations amoureuses, etc.

Par ailleurs, depuis avril 2018, ayant stabilisé sa situation financière, maintenant excédentaire, l'établissement a clôturé le Plan de Retour à l'Équilibre. L'EPSM est maintenant en mesure de financer le renouvellement de ses structures extrahospitalières et un programme de recrutement et de dé-précarisation du personnel. (40)

## 2.4. État des lieux des pratiques concernant la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en 2018

### 2.4.1. *Mise en place des services ouverts*

Dans le cadre de la restructuration des services en pôles, les services ont mutualisé leurs moyens pour créer un service ouvert par pôle. Ainsi, la proportion de lits en service ouvert est passée de 16% en janvier 2016 à 55% en juillet 2018 (Tableau 1 et Tableau 2).

Janvier 2016	Nombre de lits	Service fermé	Service ouvert	Service ouvrable	Ratio ouvert/total
Est	144	144	0	0	0%
Ouest	94	94	0	0	0%
Centre	85	65	20	0	31%
Activités transversales	45	12	15	18	73%
Pédopsychiatrie	8	0	8	0	100%
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>315</b>	<b>43</b>	<b>18</b>	<b>16%</b>

Tableau 1 : Proportion de lits en services ouverts au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en janvier 2016

Juillet 2018	Nombre de lits	Service fermé	Service ouvert	Service ouvrable	Ratio ouvert/total
Artois Lys Romane	140	70	41	29	50%
Audomarois	62	30	32	0	52%
Ternois	30	15	15	0	50%
Activités transversales	41	13	28	0	68%
Pédopsychiatrie	10	0	10	0	100%
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>128</b>	<b>126</b>	<b>29</b>	<b>55%</b>

Tableau 2 : Nombre de lits en services ouverts au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois en juillet 2018

#### 2.4.2. Mesures d'isolement et/ou de contention physique et mesures de maintien

Un registre numérique du nombre de mesure d'isolement thérapeutique et/ou de mesure de contention a été mis en place au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017. Les résultats de ce registre sont présentés dans le tableau 3.

On note une diminution du nombre de mesures d'isolement et/ou de contention avec 155 mesures au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2018, pour 212 au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017. Le nombre de mesures d'isolement et/ou de contention avait déjà diminué avant la mise en place de ce registre du fait de la sensibilisation des équipes et des restructurations, notamment concernant les mesures d'isolement qui avaient lieu hors chambre d'isolement. Certains patients (6 au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2018) font l'objet d'une mesure d'isolement conformément aux mesures d'exceptions (dans un but de préservation de l'intégrité

physique du patient dans le cas de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées).

<b>NOTIONS GENERALES</b>	<b>2017</b> <i>trimestre 3</i>	<b>2017</b> <i>trimestre 4</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 1</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 2</i>
<b>Nb mesures d'isolement</b>	212	122	133	155
<b>Nb mesures d'isolement en CI</b>	184	94	120	135
<b>Nb mesures d'isolement hors CI</b>	28	19	13	20
<b>Nb mesures d'isolement par patient (en + hors CI)</b>	2,52	1,95	1,75	2,01
<b>Nb patients en situation de mesure d'exception</b>	4	5	6	6
<b>Proportion du nombre de mesures en CI/ hors CI</b>	86,79% / 13,21%	83,18% / 16,82%	90, 22% / 9,78%	87,10% / 12,90%
<b>EN CHAMBRE D'ISOLEMENT</b>	<b>2017</b> <i>trimestre 3</i>	<b>2017</b> <i>trimestre 4</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 1</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 2</i>
<b>Nb de patients</b>	73	56	75	75
<b>Nombre de mesures de contentions</b>	103	41	52	44
<b>% de mesures de contention / mesures d'isolement</b>	55,97%	43,62%	43%	32,60%
<b>durée moyenne isolement</b>	42h70	73h71	54h13	44h17
<b>durée moyenne contentions</b>	35h53	47h29	45h11	40h20
<b>% de patients en soins libres par total patients en isolement</b>	58,22%	44,64%	52,00%	52%
<b>HORS CHAMBRE D'ISOLEMENT</b>	<b>2017</b> <i>trimestre 3</i>	<b>2017</b> <i>trimestre 4</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 1</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 2</i>
<b>Nb de patients</b>	6	6	3	2
<b>Nombre de mesures de contentions</b>	16	19	1	1
<b>% de mesures de contention / mesures d'isolement</b>	57,14%	100,00%	7,60%	10%
<b>durée moyenne isolement</b>	19h81	92h02	2h94	4h89
<b>durée moyenne contentions</b>	10h33	16h30	23h05	10h17
<b>% de patients en soins libres par total patients en isolement</b>	83,33%	83,33%	100%	50%
<b>TAUX D'OCCUPATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT</b>	<b>2017</b> <i>trimestre 3</i>	<b>2017</b> <i>trimestre 4</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 1</i>	<b>2018</b> <i>trimestre 2</i>
<b>Pôle Artois Lys Romane bâtiment 14 (2 chambres)</b>	64,00%	58,16%	56,77%	60,16%
<b>Pôle Artois Lys Romane bâtiment 8 (2 chambres)</b>	57,30%	-	-	46,32%
<b>Pôle de l'Audomarois bâtiment 12 (2 chambres)</b>	68,50%	63,91%	66,65%	39,54%
<b>Pôle de l'Audomarois bâtiment 7 (1 chambre)</b>	5,50%	5,36%	8,39%	4,20%
<b>Pôle du Ternois (1 chambre)</b>	73,40%	84%	54,81%	9,51%
<b>PIJ (1 chambre)</b>	13,40%	5,87%	6%	10,56%

CI = Chambre d'isolement

Durées exprimées en heures décimales

Tableau 3 : Evolution des mesures d'isolement et/ou de contention au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois depuis le 3<sup>ème</sup> trimestre 2017.



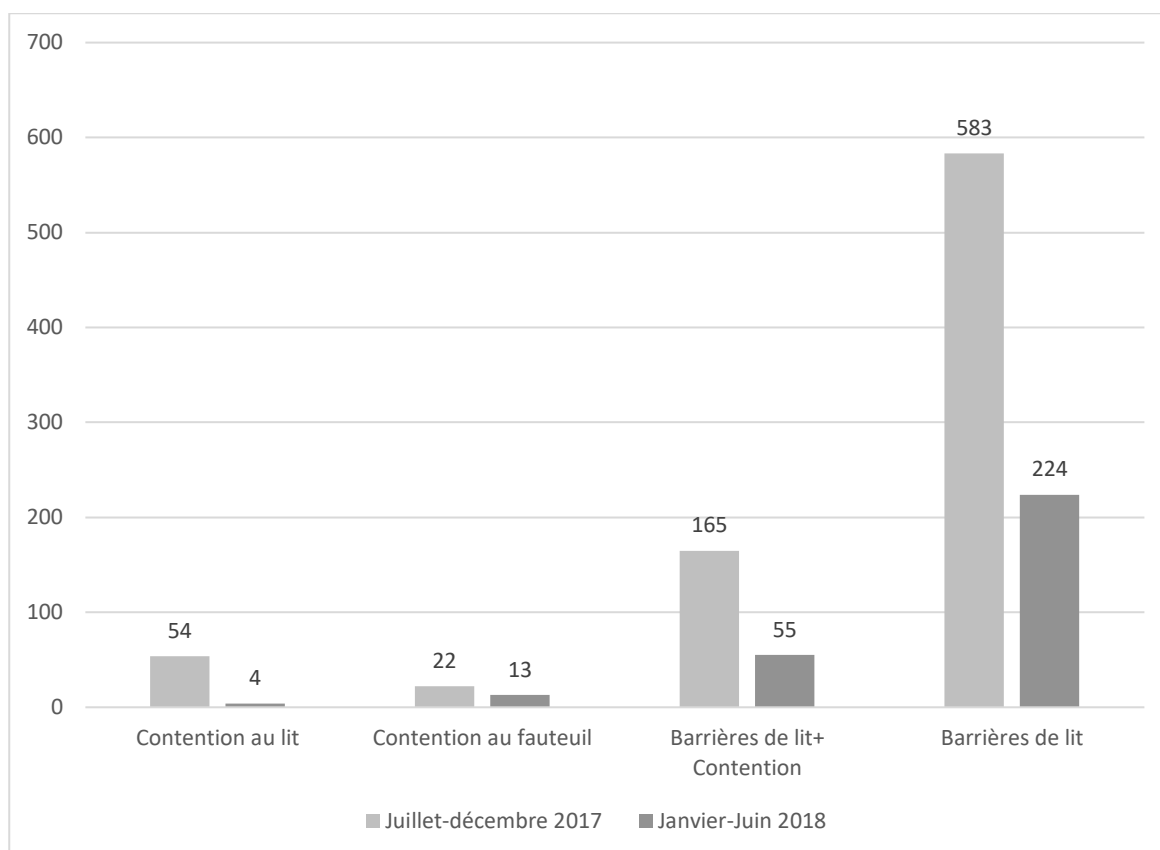
On note que le recours à la contention physique en cas de mesure d'isolement a nettement diminué au cours de la dernière année. En effet, 32,60% des patients isolés en chambre d'isolement ont été contenus au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2018, pour 55,97% au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017 et 10% des patients isolés hors chambre d'isolement ont été contenus au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2018, pour 57,14% au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017.

Par ailleurs, on note que la proportion de patients isolés alors qu'ils sont en soins libres a diminué, notamment en cas de mesure hors chambre d'isolement (52% des patients isolés en chambre d'isolement sont en soins libres au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2018 pour 58,22% au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017 et 50% des patients isolés hors chambre d'isolement sont en soins libres au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2018 pour 83,33% au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017).

On retrouve une durée moyenne d'isolement de 44 heures (4h lors des mesures hors chambre d'isolement) et une durée moyenne de contention de 40 heures (10 heures lors des mesures hors chambre d'isolement).

On observe, par ailleurs, que le taux d'occupation des chambres d'isolement a diminué au cours de la dernière année.

Concernant les dispositifs de maintien, on retrouve, comme illustré par le Graphique 2, une diminution importante du nombre de dispositifs de maintien (contention au lit, contention au fauteuil, barrières de lit) lors de cette dernière année.



Graphique 2 : Nombre de dispositifs de maintien au sein de l'EPISM Val-de-Lys-Artois de juillet 2017 à juin 2018.

#### 2.4.3. Stratégie institutionnelle autour de la liberté d'aller et venir

Actuellement, la promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement. En décembre 2015, lors de la présentation au conseil de surveillance, le projet d'établissement met en avant comme un élément fondamental de la restructuration la liberté d'aller et venir des patients. En 2016, dans le cadre de la restructuration, tous les projets ont été guidés par cette nécessité d'avoir des unités ouvertes. Le projet d'établissement 2018-2022 met en avant la liberté d'aller et venir comme un critère devant guider les projets et celui-ci expose les risques du non-respect des libertés individuelles.

La liberté d'aller et venir a été intégrée dans le projet de soins, ainsi que dans le programme qualité sécurité des soins gestion des risques actualisé en janvier 2013. Cet item est repris dans le règlement intérieur de l'établissement. L'établissement a rédigé une charte sur la bientraitance. La charte de bientraitance est écrite dans le livret d'accueil.

Le livret d'accueil remis au nouvel entrant l'informe de ses droits et des restrictions des libertés liées à son état de santé et à son traitement, ainsi que des voies de recours. La charte de la personne hospitalisée est portée à la connaissance des patients dans tous les services de soins. Un groupe de travail en cours a pour objectif le recensement de l'ensemble des affichages obligatoires et recommandés dans l'établissement. Une procédure de mise à disposition de la remise du livret d'accueil est en cours de rédaction.

Les horaires de fonctionnement de la vidéo-surveillance sont inscrits dans le règlement intérieur de l'EPSM, sur chaque moniteur dédié à cet effet et ont fait l'objet d'une information générale.

Un imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » a été créé et mis en place, après présentation en CME en juin 2015, puis modifié en octobre 2016.

Un audit interne de cet imprimé a été réalisé durant le premier trimestre 2018.

Concernant les mises en chambre d'isolement, la fiche de MCI a fait l'objet d'une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Cette EPP transversalisée à l'échelle de l'établissement précise les autorisations de visites, de sorties, d'appels téléphoniques en fonction de l'état du patient. Une politique de limitation et de réduction de l'usage de la contention et de l'isolement est mise en œuvre par l'établissement. On note l'existence d'une traçabilité des isolements et contentions de manière manuscrite jusque juillet 2017 par le biais du registre des chambres d'isolement et du relevé des mesures de contentions de janvier à juillet 2017, puis à partir de juillet 2017, par le biais du registre numérique des isolement et contentions, du registre numérique des mesure de maintien et du registre numérique des chambres sécurisées. Ces registres font l'objet d'une analyse trimestrielle des informations relevées à la CME. Toute mise en chambre d'isolement et de contention fait l'objet d'une décision médicale prise par un psychiatre et d'une prescription de surveillance somatique prise par un médecin généraliste.

Les patients ont la possibilité d'émettre et de recevoir des courriers et des communications téléphoniques, cependant ces dernières sont réglementées selon les règles de vie de l'unité. Chaque service dispose d'un contrat de soins.

Une EPP est en cours concernant les droits des patients sous main de justice afin qu'ils bénéficient des mêmes droits que ceux qui leur sont autorisés en détention, excepté, pour des raisons de sécurité des personnels et des autres patients, celui de recevoir des visites. Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles. En effet, dans le cadre de l'application de la loi du 5 juillet 2011, l'établissement a participé à des journées d'information et des tables rondes. Un travail de partenariat a également été mené en collaboration avec le Juge des Libertés et de la Détention. Depuis plusieurs années l'établissement organise des formations sur les droits des patients et, depuis avril 2013, sur la prise en charge des patients détenus.

Lors de la CME du 28 juin 2013 le groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir a présenté l'état d'avancée des travaux sur la liberté d'aller et venir. Les nouvelles dispositions de MCI et de l'usage de la contention ont été présentées aux professionnels en mai et juin 2017.

## 2.5. A l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire, le respect de la liberté d'aller et venir au sein des Établissements Publics de Santé Mentale.

Le respect de la liberté d'aller et venir différant selon les lieux d'exercice, nous avons voulu faire le point sur d'autres établissements de la région. Nous avons ainsi recueilli des données concernant les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

La mise en place des GHT est l'une des mesures de la loi de modernisation du système de santé. La pierre angulaire des GHT est le projet médical partagé, sur lequel reposent les groupements. Le GHT Psychiatrie Nord-Pas-de-Calais est constitué depuis septembre 2017

et comporte quatre Établissements Publics de Santé Mentale : l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, l'EPSM Lille-Métropole, l'EPSM des Flandres et l'EPSM Val-de-Lys-Artois.

Nous avons recueilli les niveaux de certification HAS des différents Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) du groupement hospitalier de territoire.

### *2.5.1. EPSM de l'Agglomération Lilloise*

L'Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise prend en charge les personnes ayant des troubles psychiques au sein de la population des 540 000 habitants de Lille, Roubaix, Villeneuve d'Ascq et environs. On y dénombre 378 lits en 2015.

La visite de certification HAS V2010 eut lieu du 8 au 12 octobre 2012.

Le critère 10e a été investigué par l'équipe d'experts-visiteurs au cours de la visite de certification et a reçu une cotation **B**.

L'EPSM de l'Agglomération Lilloise a reçu la visite des experts-visiteurs de la certification HAS V2014 en avril 2015. (41) La Haute Autorité de Santé décide une certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration. La recommandation d'amélioration concerne les Droits des patients.

La stratégie de l'établissement concernant le droit des patients est définie par un groupe de travail et inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le compte qualité a identifié le risque de non-respect de la liberté d'aller et venir comme étant un risque à surveiller au sein de l'établissement.

On note la création, en 2011, d'un espace éthique, ayant engagé une réflexion sur l'isolement. La contention et l'isolement font l'objet de procédures.

Les droits des patients sont abordés dans le cadre du plan de formation (DU d'éthique), de journées de sensibilisation organisées dans le cadre de la Fédération Régionale de

Recherche en Santé Mentale et d'un colloque annuel avec la justice. L'ensemble des professionnels est sensibilisé au respect des libertés individuelles (formation annuelle, livret d'accueil, formation des nouveaux arrivants, ...). La liberté d'aller et venir a fait l'objet d'action de sensibilisations : un colloque psy et justice en 2015, des sensibilisations pour ce qui concerne les patients hospitalisés sous contrainte lors de la mise en place de la loi de 2011 puis de nouveau en 2013 et enfin le sujet a été évoqué à l'espace de réflexion éthique. Une maison des usagers est ouverte en semaine aux patients, proches et professionnels.

Cependant, l'ensemble des procédures et documents sur le respect des droits des patients n'a pas été formalisé. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont partiellement définies et diffusées, sans protocole validé à ce jour. Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est en cours.

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est définie. Les projets médicaux ont identifié les situations nécessitant une restriction de liberté et les unités de soins précisent les modalités de prise en charge selon les besoins du patient (unité ouverte, fermable, fermée, espace d'isolement). Ces mesures sont mises en œuvre sur prescriptions médicales et renouvelées à périodicité définie. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale tracée dans le dossier patient. Celle-ci est réévaluée en équipe. Les prescriptions relatives à l'isolement, à l'apaisement et à la contention sont conformes aux recommandations de bonne pratique. Les mises en chambre d'isolement et/ou les contentions sont réévaluées et prescrites à nouveau selon une périodicité définie par une procédure. Cependant, la liberté d'aller et venir n'est pas complètement assurée pour les patients en hospitalisation libre. Les unités d'hospitalisation de psychiatrie générales, accueillant des patients en hospitalisation libre et en hospitalisation sous contrainte, sont fermées et les patients en hospitalisation libre doivent demander aux soignants de leur ouvrir la porte et doivent sonner pour réintégrer le service. Dans l'unité maison bleue,

certain patients, du fait de leur état psychique, sont confinés la nuit dans leur chambre fermée à clé sur prescription médicale.

Le management (médecin référent et cadre du service) organise la démarche institutionnelle, sensibilise régulièrement les professionnels sur les risques identifiés et les informe des résultats des évaluations. Les cadres de santé s'assurent régulièrement de la conformité des pratiques par le biais d'observations, d'audits de pratiques. Des actions correctives sont mises en place si nécessaire. L'évaluation de la satisfaction des patients est peu développée (taux de retour des questionnaires de sortie de 16% et questionnaires non mis en place en CMP).

L'EPSM de l'Agglomération Lilloise a prévu des actions d'amélioration relatives aux droits des patients et la CDU formalise des recommandations dans le cadre du rapport d'activités et celles-ci sont prises en compte par la Direction. Parmi ces actions retenues, on ne retrouve pas de recommandation spécifique à la liberté d'aller et venir.

### *2.5.2. EPSM Lille-Métropole*

L'Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole se situe sur la commune d'Armentières, dans le département du Nord, et couvre une population de 650000 habitants, ce qui correspond à 9 secteurs de psychiatrie adulte et 1 inter-secteur de pédopsychiatrie. En 2017, 21778 personnes ont été vues ou suivies à temps complet, partiel ou en soins ambulatoires, dont 2440 personnes prises en charge à temps complet. On dénombre 191 lits d'hospitalisation à temps plein, répartis sur 4 sites (Armentières, Tourcoing, Seclin et Lille).

La visite de certification V2010 eut lieu du 14 au 21 septembre 2010.

Le critère 10e n'a pas été investigué par l'équipe d'experts-visiteurs au cours de la visite de certification, et retrouve une cotation **B**.

L'EPSM Lille-Métropole a reçu la visite des experts-visiteurs de la certification HAS V2014 en avril 2015. (42) La Haute Autorité de Santé décide une certification de l'établissement (**A**). On ne retrouve aucune recommandation d'amélioration.

La définition de la stratégie concernant les droits des patients est optimisée. La politique des droits du patient est intégrée aux orientations stratégiques, au manuel qualité et au projet d'établissement. Les valeurs et la politique se déclinent au travers de stratégies concernant la promotion des droits et des libertés individuelles, la défense des droits des usagers, ainsi que leur information et leur participation à la vie de l'établissement et à son évolution. La réduction des hospitalisations à temps plein s'inscrit dans le principe de développement de la Santé Mentale communautaire, avec la mise en place des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), des Centres de Santé Mentale (CSM), et des équipes mobiles insérées dans la cité. La participation des représentants des usagers à la vie de l'établissement et l'amélioration de la Qualité est particulièrement développée.

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de bientraitance et de respect des droits du patient. Le plan de formation pluriannuel intègre des axes prioritaires concernant les droits du patient et la bientraitance. Un protocole définit les modalités de signalement des cas de maltraitance. Les modalités d'information des patients, notamment en cas de dommage lié aux soins sont formalisées dans des protocoles.

Pour chaque projet, une réflexion est menée pour concilier au mieux la protection des uns et la liberté de tous. Une organisation est en place pour accueillir les patients hospitalisés sans consentement dans le respect de la réglementation en vigueur, en recherchant l'adhésion du patient aux soins proposés. Une juriste a été recrutée et des permanences d'avocats sont proposées sur tous les sites d'hospitalisation de l'établissement. Le recueil



et le traitement des plaintes et réclamations sont organisés, en lien avec la CRUQPC et incluant les médiateurs médicaux et non médicaux.

Les axes de la politique institutionnelle des Droits du patient en objectifs et plan d'actions sont intégrés dans les projets de pôle. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques concernant le respect des droits des patients. Des points Qualité sont effectués régulièrement lors des réunions avec les cadres et les référents Qualité, qui veillent à la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et mettent en œuvre des actions correctives en cas de besoin. Des actions d'amélioration faisant suite aux évaluations de pratique sont mises en œuvre et suivies. La communication des résultats est assurée auprès des professionnels et des représentants d'usagers.

Les modalités prévues pour préserver les libertés individuelles, ainsi que pour encadrer et limiter les pratiques d'isolement et de contention sont mises en œuvre par les professionnels. Une EPP est menée sur ce thème depuis plusieurs années et des indicateurs de pratiques sont suivis.

La réflexion bénéfice-risque est constante et intègre le respect des libertés individuelles. L'implication du patient et/ou de son entourage est recherchée dès l'élaboration du projet de soins individualisé et à chaque réajustement opéré. La démarche d'information du patient sur ses soins et son état de santé est structurée. Les professionnels encouragent l'expression du patient et de son entourage : des réunions soignants-soignés sont organisées dans tous les secteurs, ainsi qu'un "Forum des usagers". La participation des représentants des usagers est effective, dans les instances de l'établissement, dont la CRUQPC, ainsi que dans les "Assemblées de pôle" et dans certains groupes de travail. Plusieurs secteurs ont intégré un médiateur de santé/pair dans leurs équipes.

L'établissement évalue ses pratiques en participant aux campagnes de relevé des IQSS transversaux tous les 2 ans, et utilise la même méthodologie pour effectuer un relevé interne annuel. Des enquêtes de satisfaction ciblées sont menées régulièrement.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations menées. La politique de Bientraitance et de respect des droits du patient étant formalisée et évaluée depuis de nombreuses années, le processus d'amélioration est continu, et permet les réajustements successifs de la politique et de son dispositif d'évaluation. Les stratégies menées dans le cadre de l'amélioration du respect des droits du patient font l'objet de communications régulières au sein des équipes et des instances. Les résultats sont diffusés aux professionnels et par le biais des médias.

### 2.5.3. *EPSM des Flandres*

Situé sur la commune de Bailleul, l'EPSM des Flandres se situe sur un territoire d'une population de 370000 habitants, ce qui correspond à 6 secteurs de psychiatrie adulte et 2 inter-secteurs de pédopsychiatrie. On dénombre 234 lits d'hospitalisation temps plein et 15 lits d'Unité cognitivo-comportementale ainsi que des alternatives à l'hospitalisation temps plein : appartements thérapeutiques, hospitalisations de jour, accueil familial thérapeutique, filière hébergement. L'EPSM des Flandres déploie par ailleurs une offre de soins ambulatoire avec des Centres Médico-Psychologiques, des Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et des antennes de consultation.

Le dispositif médico-social comprend un EHPAD et une résidence avec 40 lits correspondants à une maison d'accueil spécialisée et 20 lits correspondant à un foyer d'accueil médicalisé.

La visite de certification V2010 eut lieu du 6 au 9 septembre 2011.

Le critère 10e n'a pas été investigué par l'équipe d'experts-visiteurs au cours de la visite de certification et retrouve la cotation **B**. Une évaluation a également été effectuée au sein des services de soins de suite et rééducation (unité cognitivo-comportementale de 15 lits).

L'EPSM des Flandres a reçu la visite des experts-visiteurs de la certification HAS V2014 en 2016. La Haute Autorité de Santé décide une certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration. Les recommandations d'amélioration concernent les droits des patients. (43)

Concernant le critère 10e, la Haute Autorité de Santé a qualifié un écart de type « point sensible » au sein de l'EPSM des Flandres lors de la visite de certification.

Il existe une stratégie visant à préserver les droits du patient. Elle est affirmée dans le projet d'établissement, fondé sur la dimension éthique de la prise en charge du patient, la mise en place d'un espace éthique de réflexion pluridisciplinaire en 2014, le respect des droits des patients et une politique formalisée de promotion de la bientraitance. La politique Qualité et Gestion des Risques intègre un axe à part entière quant au respect des droits des patients quel que soit leur mode de prise en charge notamment sur la liberté d'aller et venir. Cette stratégie est basée sur une identification des besoins et une analyse des risques formalisées dans le plan de prévention et de gestion des risques et dans le compte qualité. Les droits du patient s'appuient sur la charte de la personne hospitalisée, diffusée sur l'intranet et sur le site internet de l'établissement. Un groupe de travail a permis d'identifier les besoins et les risques.

Une cartographie des risques de maltraitance définit des groupes de causes de maltraitance institutionnelle au niveau du management, de la prise en charge, des conditions

d'installations. Les modalités de signalement d'une maltraitance sont formalisées depuis 2011.

Un espace éthique de réflexion est mis en place depuis 2014 et propose un travail en groupe par thème. Des procédures et protocoles ont été élaborés (procédure d'apaisement et de contention, contrats de soins, etc.).

Le management de chaque secteur d'activité (chef de pôle, cadres de santé) organise la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les équipes soignantes sont sensibilisées au respect du droit des patients notamment lors des réunions de synthèse. Des formations et sensibilisations des professionnels en lien avec la thématique sont prévues sur le plan de formation de l'établissement chaque année. Les procédures relatives aux droits des patients sont mises à disposition des professionnels.

Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'espace éthique permet de mobiliser les équipes par leur participation à des groupes de travail sur des thèmes spécifiques.

La traçabilité est assurée (prescription médicale pour restriction de liberté, contention, mise en chambre d'apaisement et surveillance). Toutefois, les projets de prise en charge n'identifient pas toujours les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect. Certains patients, en hospitalisation libre, sont accueillis dans des unités fermées ne permettant pas leur liberté de circulation. Ces pratiques justifiées pour les équipes par l'état ou la demande du patient ne sont pas définies dans un projet de prise en charge du patient, ni évaluées.

Les représentants des usagers sont informés des plaintes et réclamations en CRUQ.

Des documents sont à disposition des usagers : livret d'accueil, site internet, affichage de la charte du patient hospitalisé, questionnaires de sortie. Les patients sont informés sur

leurs droits et les missions de la CRU. L'information du patient sur les dommages liés aux soins est assurée. La notification au patient de ses modalités de soins sans consentement est assurée. Le consentement du patient ou le refus de soins est tracé.

L'entourage est associé à la prise en charge thérapeutique des usagers, sauf refus du patient.

L'évaluation du respect des bonnes pratiques est réalisée au travers du suivi et de l'analyse des déclarations de contention, des demandes et réclamations, des résultats des questionnaires de sortie, des résultats de l'audit "dossier patient", des fiches de signalement des évènements indésirables et lors de la venue des membres de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques. Des indicateurs sont définis et régulièrement suivis. Un plan d'action sur le respect des droits du patient est mis en place. L'Espace de Réflexion Éthique peut être force de proposition pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration (adaptation des matériels de contention, poursuite des formations, etc.).

Depuis juin 2016, un groupe de travail a été constitué sur la thématique de l'isolement et de la contention dans un objectif d'amélioration des pratiques, en lien avec les résultats de la certification et le cadre légal de la loi de modernisation de santé et les recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant les mesures d'isolement et de contention. Courant 2017, ce groupe de travail a œuvré à l'analyse et à la proposition d'actions d'amélioration. Le nouveau Projet d'Établissements (EPSM Lille Métropole / EPSM des Flandres) 2018-2022 intègre « Le projet de prise en charge des patients et des résidents » dans lequel un chapitre est consacré au « respect des droits des patients et des résidents » et notamment aux réflexions sur la liberté d'aller et venir et sur les pratiques d'isolement et de contention. La mise en place d'une EPP commune entre les 4 établissements du GHT sur la thématique « Isolement et contention » est en cours de réflexion.

Ces différences dans l'application de la liberté d'aller et venir entre les différents établissements de santé mentale mettent en lumière que les pratiques diffèrent selon les lieux, malgré un socle juridique commun. Ces différences selon les lieux se retrouvent au cours de l'histoire de la psychiatrie. Au sein de chaque établissement, nous retrouvons la question d'une part du respect des libertés individuelles et en particulier de la liberté d'aller et venir, et d'autre part du droit à la santé et à la protection des personnes et des troubles à l'ordre public. Cette balance entre le droit des patients et l'aspect sécuritaire se retrouve au cœur des stratégies institutionnelles des établissements, mais aussi au cœur des projets de service et de chaque prise en charge individualisée de patient. Les pratiques concernant la liberté d'aller et venir sont ainsi le résultat d'un aller-retour permanent entre les bénéfices liés au respect des libertés d'individuelles et les craintes amenant des pratiques plus sécuritaires.

### 3. Discussion

Depuis quelques années, la question de la liberté d'aller et venir, et qui plus est du recours à l'isolement et à la contention physique en psychiatrie fait largement débat et clive les professionnels de santé. Nous avons abordé les différences, parfois majeures, dans les pratiques selon les lieux. Ces différences ont été observées par le biais des certifications HAS, du rapport du Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants, de notre expérience professionnelle au sein de plusieurs services et par le biais des articles parus dans la littérature, décrivant des exemples de fonctionnements de services divers. Ces différences de pratiques sont le résultat de nombreux paramètres. Dans les pratiques quotidiennes se jouent les expériences personnelles des soignants, l'histoire du lieu et de ses équipes, le vécu de la société, l'impact des médias, de la loi et des instances de tutelle.

Nous avons vu que les pratiques professionnelles évoluent autour de la liberté d'aller et venir. On retrouve de nombreux freins et leviers à ces changements. Nous proposons des réflexions sur ce qui a pu mobiliser de tels changements. Les questions que nous nous posons sont de savoir comment le changement peut s'opérer, c'est-à-dire quels sont les arguments en faveur des restrictions de liberté d'aller et venir et ceux en leur défaveur, et quelles sont les perspectives de maintien et d'évolution des pratiques concernant la liberté d'aller et venir dans le cadre des soins psychiatriques.

### 3.1. Les freins à l'évolution de la liberté d'aller et venir

#### 3.1.1. *Les bénéfiques en termes de soin des mesures d'isolement : un frein théorique à la liberté d'aller et venir*

L'isolement est abordé en 1838 dans l'ouvrage du célèbre aliéniste Esquirol *Des maladies mentales*, dans le chapitre *Mémoire sur l'isolement des aliénés*. L'isolement est présenté comme un des concepts du traitement moral, un soin. Ce soin est clairement énoncé comme une privation mobilisatrice pour restaurer la conscience. La rupture avec les proches, l'ennui, le repli, la frustration, ouvrent sur la bonne voie de la restauration de la conscience, explique Esquirol. L'isolement est, par ailleurs, présenté comme un choc pour provoquer un soubresaut de l'âme, pour secouer la conscience et l'éclairer. Les bienfaits thérapeutiques de l'isolement sont décrits à 3 niveaux :

- La soustraction à l'environnement habituel du malade, jugé pathogène et générateur des troubles,
- Des stratégies psychodramatiques destinées à faire peur au malade pour soumettre le délire à l'emprise de la raison et désarçonner l'erreur,
- Un environnement entièrement structuré par l'autorité médicale permettant de mettre de l'ordre dans les pensées.

Esquirol disait « L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés. C'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. [...] L'isolement est une vérité pratique, dont la nécessité et l'utilité sont mieux senties surtout si l'on est persuadé que l'aliéné n'est privé ni de sensibilité, ni d'intelligence. » (4)

#### 3.1.2. *Les arguments de sûreté : le risque de majoration de sorties sans autorisation et de passages à l'acte*



Les restrictions de la liberté d'aller et venir, lorsqu'elles sont définies selon des critères médicaux, le sont majoritairement dans le cadre de la protection et la sûreté des personnes. Dans ce contexte, on peut imaginer que la liberté d'aller et venir se ferait aux dépens de la sécurité du patient ou de l'ordre public.

Les craintes concernant une liberté d'aller et venir trop importante des patients seraient :

- une majoration du nombre de sorties qui auraient été contre-indiquées par le médecin,
- une augmentation du nombre de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs par les patients qui seraient ainsi moins contrôlés dans leurs déplacements
- des plaintes contre le praticien ou l'établissement en lien avec ces éventuels passages à l'acte.

Pour objectiver ces craintes, nous avons fait différentes recherches.

Concernant les sorties qui auraient été contre-indiquées par un médecin de l'établissement, nous avons recueilli les données de différents établissements du GHT. Les chiffres ne sont toutefois pas comparables entre les établissements, en lien avec des définitions différentes des sorties comptabilisées et un mode de recueil différent dans chaque établissement. Dans chaque établissement, le terme utilisé est celui de sorties sans autorisation (SSA) quel que soit le mode d'hospitalisation, libre ou sans consentement.

Au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, le chiffre comprend aussi bien les sorties sans autorisation que les tentatives de sortie et les non-retours de permissions. Ces chiffres sont obtenus par le biais de signalements au service Qualité et Gestion des Risques par les membres du personnel. A partir de 2016, la distinction suivante a été faite entre SSA d'une part et tentatives de SSA et non-retours de permissions d'autre part.

Concernant le mode de recensement des sorties sans autorisation au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole, les sorties correspondent à plusieurs modes d'absence de manière indifférenciée : "non-retour programmé" (non-retour

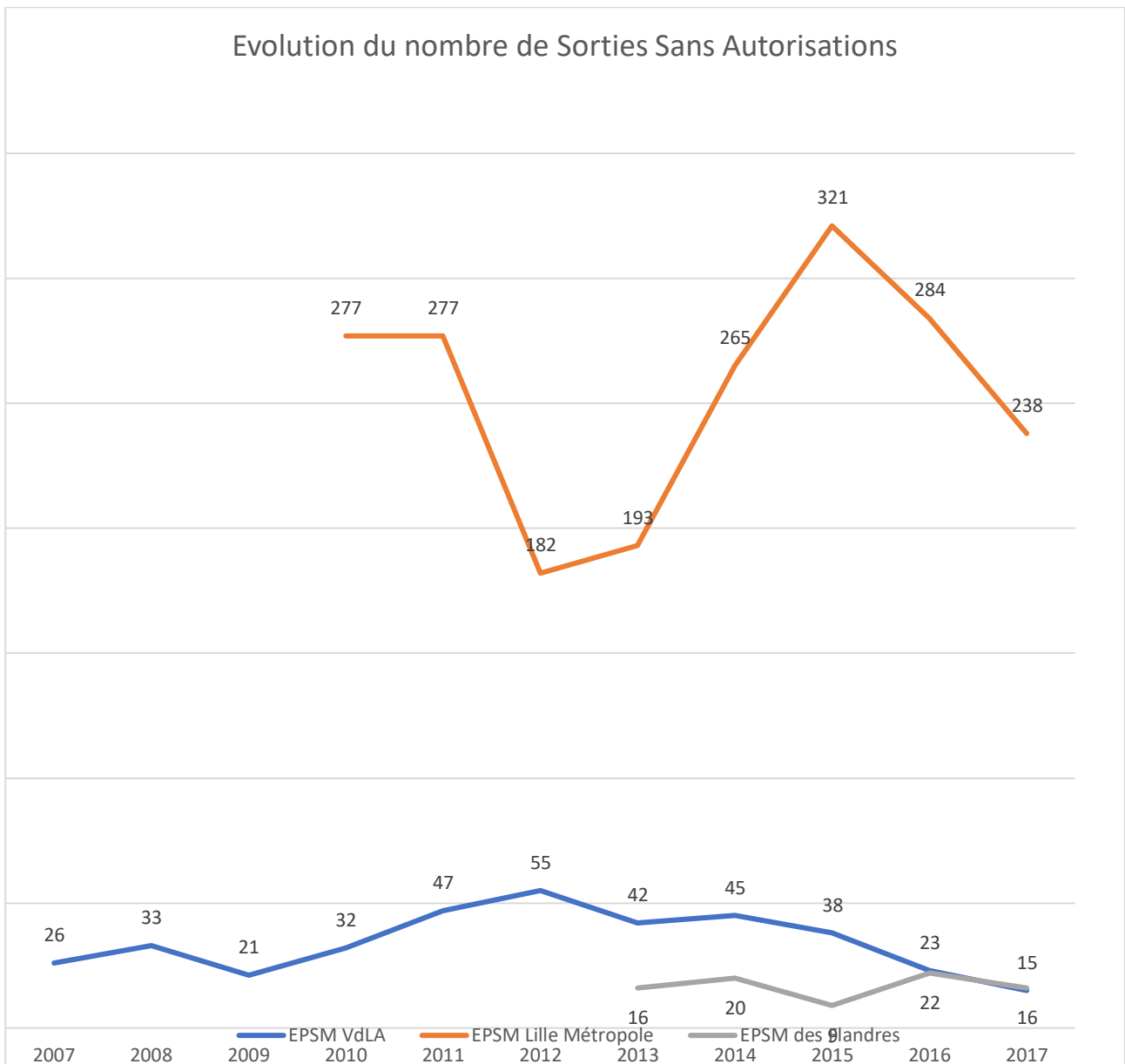
à la date prévue lors d'une autorisation de sortie) ou une sortie définitive volontaire de la structure. Elles concernent les patients en soins libres et en soins sous contrainte, de manière différenciée. Les chiffres sont extraits des données de l'infocentre du logiciel de Gestion Administrative du Malade (en lien avec la partie administrative des séjours). Il est à noter que les données concernant l'année 2010 ne sont pas complètes.

Il apparaît deux moyens de comptabiliser le nombre de sorties sans autorisation au sein de l'EPSM des Flandres : le nombre de feuilles d'évènements indésirables (FEI), qui n'est pas exhaustif, ou par extraction du logiciel dossier patient, sans possibilité de remonter plus loin que 2013. A partir de 2018, L'EPSM des Flandres a mis en place la rédaction d'une FEI concernant chaque sortie sans autorisation des patients en soins sous contrainte.

Nous n'avons pas pu recueillir les données de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, faute de réponse de l'établissement.

On remarque sur le graphique 3 qu'il n'y a pas d'augmentation significative du nombre de sorties sans autorisation ces depuis 2015, date à laquelle un respect plus important de la liberté d'aller et venir a été appliqué au sein des établissements, comme nous l'avons montré plus haut.

De plus, on note une tendance à la diminution du nombre de sorties sans autorisation dans tous les établissements ces deux dernières années.



Graphique 3 : Evolution du nombre de sorties sans autorisation de 2007 à aujourd’hui au sein de plusieurs EPMS du GHT Psychiatrique 59-62

Une enquête nationale réalisée en 2003 a porté sur les différences entre services ouverts et fermés concernant les « fugues » par le biais de questionnaires diffusés aux chefs de services de 835 services de psychiatrie recensés. L’analyse des 189 questionnaires retournés a permis de montrer que la fréquence des fugues ne montre pas de différence significative entre les services ouverts et fermés.(44)

Les passages à l'acte hétéro ou auto-agressif au sein des établissements sont recueillis par le biais de l'analyse des plaintes des familles ou des patients, des éventuelles plaintes pour troubles à l'ordre public et par le biais des feuilles d'évènements indésirables rédigées par le personnel.

Nous avons recueilli tous les motifs de plaintes par les patients ou leur famille depuis 2010 au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois et de l'EPSM des Flandres. Nous n'avons pas pu recueillir les motifs de plaintes des autres établissements du GHT, faute de réponse des établissements.

Concernant les motifs de plaintes par les patients ou leur famille depuis 2010 au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, il n'apparaît pas de motif spécifiquement en lien avec la liberté d'aller et venir. On note des plaintes en lien avec « les conditions d'hospitalisation » sans précision. Dans l'hypothèse que ces conditions d'hospitalisation amenant une plainte soient en lien avec la liberté d'aller et venir, on peut supposer que ces plaintes seraient en lien avec des restrictions de liberté plutôt qu'un excès de liberté.

Aucune plainte n'a été reçue par l'établissement depuis 2008 concernant un éventuel passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif qui aurait été mis en lien avec une liberté d'aller et venir inappropriée à l'état clinique du patient. De plus, aucun passage à l'acte auto ou hétéro-agressif grave en lien avec une liberté d'aller et venir inappropriée à l'état clinique du patient n'a été porté à connaissance de la Commission Médicale d'Etablissement ou de la direction de l'hôpital depuis 2015. Il est à noter un dépôt de plainte en 2011 d'un détenu qui, en cherchant à « fuguer », s'est fracturé le pied.

Concernant l'EPSM des Flandres, nous avons recueilli les motifs de plaintes par les patients ou leur famille de 2014 à juin 2018. On retrouve une unique plainte concernant une tentative

de suicide lors d'une permission de sortie en 2014 et 12 plaintes concernant les restrictions des droits (contention/isolement, refus de permission, droits de visite) sur la période recueillie.

Tenant compte de la file active des deux établissements, nous pouvons en conclure que la proportion de plaintes concernant des éventuels passages à l'acte auto ou hétéroagressif mis en lien avec une liberté d'aller et venir jugée inappropriée à l'état du patient est minime. De plus, ce nombre ne semble pas se majorer ces dernières années, dans un contexte de respect plus important de la liberté d'aller et venir au sein des différents établissements de santé mentale.

Au total, nous observons donc qu'un plus grand respect de la liberté d'aller et venir n'a pas conduit à une majoration du nombre de passage à l'acte de la part des patients, ni à une majoration du nombre de sorties sans autorisations. On observe même une tendance à la diminution de ce nombre de sorties sans autorisation. Cela pourrait s'expliquer par les modifications de la relation soignant-soigné associées aux changements de pratiques, notamment la plus grande utilisation de contrats de soins. En effet l'existence de soins par le biais d'une relation contractuelle et le respect mutuel de celle-ci amènent à une confiance mutuelle et non une relation de faute-répression, ce qui diminue le risque de transgression.

Pourtant, à la suite d'**évènements traumatiques**, on remarque aussitôt une recrudescence des réflexes sécuritaires associés à des restrictions de liberté. Ainsi, suite à l'agression d'un patient par un autre patient, l'équipe soignante du service de psychiatrie infanto-juvénile de l'EPSM Val-de-Lys-Artois avait fait la demande de vidéo-surveillance dans toutes les chambres. Un autre exemple est celui d'un autre service de l'EPSM dont le chef de service avait, suite à un accident de la voie publique dans le cadre d'activités thérapeutiques, supprimé l'activité thérapeutique et toutes sorties extérieures.

Plus récemment, une agression sexuelle d'un patient sur une autre patiente au centre social a réactivé ces craintes.

La médiatisation des événements a aussi son impact, tout comme la culture du préjudice et de la responsabilisation excessive des soignants, comme nous le verrons plus loin.

Dans ce contexte d'évènements traumatiques pour les soignants, la mise en place de débriefing systématiques peut permettre de relativiser ces évènements et de maintenir une objectivité dans les prises de décisions. De même, la mise en place de Revues de Mortalité et Morbidité permet une compréhension des causes multifactorielle de l'évènement et d'éviter la culpabilisation des soignants.

### 3.1.3. *Le vécu des patients*

Le vécu des patients au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois a été recueilli en décembre 2013 par ailleurs par le biais du questionnaire aux patients par le groupe de travail concernant la liberté d'aller et venir (Annexe 1). 26 % des patients décrivaient un sentiment d'absence de liberté et seuls 40% des patients avaient un sentiment de liberté non altérée. 36 % des patients trouvaient même **rassurant que les portes soient fermées**, 21% des patients trouvent cela « gênant », et 10% « inquiétant ». En effet, certains patients expriment un sentiment de sécurité par la fermeture des portes vis-à-vis d'éventuels vols ou agressions. 85% des patients exprimaient cependant une insatisfaction quant à l'accessibilité de leur chambre et tout de même 32% % un sentiment de gêne important. Ce questionnaire sera donc un levier pour faire évoluer les pratiques.

Dans les questionnaires de satisfaction, le vécu des patients rapporté lors des mesures de privation de liberté est très souvent que le patient « ne souffre pas ». Il nous semble cependant que l'on puisse être réservé sur l'interprétation de cette absence d'expression de souffrance. En effet, la souffrance du patient peut parfois ne pas être exprimée, dans ce

statut de « dépendance » dans lequel il est souvent vis-à-vis du soignant. Cette dépendance peut amener l'utilisateur vulnérable à perdre de vue son potentiel en se créant une autre image de lui-même, de ses capacités et donc des libertés auxquelles il a droit. De plus, certains patients peuvent adopter le discours de l'équipe soignante comme étant la norme et ne pas se représenter une alternative que serait la liberté d'aller et venir. Dans ce contexte, le patient ne peut souffrir de l'absence d'une liberté qu'il ne pourrait pas se représenter. On remarque, par ailleurs, que la capacité à exprimer son désaccord et à revendiquer ses droits nécessite une bonne santé mentale, tant sur le plan de ses représentations de la réalité, que de l'énergie psychique et de l'estime de soi nécessaire. Ainsi, de nombreux patients hospitalisés seraient en difficulté pour exprimer cette souffrance quant à la privation de liberté d'aller et venir dont ils sont l'objet. Le rôle du soignant en psychiatrie est justement de favoriser l'esprit critique du patient dans une approche non directive.

#### 3.1.4. *L'impact de la loi*

Les attentes sociétales vis-à-vis de la psychiatrie ont pu conditionner de manière déterminante l'évolution des pratiques concernant la liberté d'aller et venir. Nous pouvons prendre l'exemple de la circulaire du 22 janvier 2009 relative à la sécurisation et à l'aménagement des établissements autorisés en psychiatrie. Cette circulaire a été rédigée à la suite du discours présidentiel à Antony du président Sarkozy le 2 décembre 2008. Ce discours a été prononcé à la suite du meurtre d'un étudiant grenoblois poignardé par un patient de l'hôpital psychiatrique de Grenoble. Il annonçait un plan de réformes pour la psychiatrie pour que « les malades potentiellement dangereux [soient] soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte » (17). Il fallait, selon le président de la République, protéger la population en diminuant la confiance en l'évolution du patient : « des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent soudainement devenir dangereux ». Des mesures ont ensuite été projetées :

géolocalisation des patients hospitalisés sans consentement, création d'une unité fermée dans chaque établissement qui le nécessitait, aménagement de deux cents chambres d'isolement supplémentaires à la sécurité renforcée, création de quatre unités supplémentaires pour malades difficiles de quarante lits chacune et instauration des soins contraints en ambulatoire.(3)

Cette circulaire rédigée suite à un fait médiatique a entraîné le développement d'une « Enveloppe sécuritaire » pour chaque établissement de santé mentale, et au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, l'installation de la vidéo-surveillance en 2009 et 2010.

Dans le même esprit, on peut citer ce projet de loi développé en 2005 puis en 2008 d'établir une « prédiction » des risques de délinquance se basant sur la détection de troubles du comportement chez les enfants de moins de 3 ans. Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) a rendu un avis concernant ce projet de loi, suite à la saisine d'un comité « Pas de 0 de conduite » constitué de psychologues, pédopsychiatres et représentants d'associations. Le CCNE insiste sur la nécessité de marquer nettement la **différence entre prévention et prédiction** ; et notamment quand cette prédiction est de nature probabiliste et n'a pas de valeur individuelle.

Il considère comme injustifiée la communication de données biologiques ou médicales à des représentants institutionnels, et plus généralement d'éventuelles exceptions aux règles du secret médical, qui pourraient aboutir à stigmatiser des sujets sur des critères dont le lien avec des comportements ultérieurs n'est pas établi. La réduction d'une personne à des paramètres fragmentaires comporte toujours des risques d'interprétation arbitraire et d'exclusion ; la création d'un carnet de santé contenant de telles informations est de nature à favoriser cette stigmatisation.

Pour conclure, le CCNE ne peut pas approuver une volonté d'inscrire la médecine préventive dans le champ de la répression, qui conduit à considérer l'enfant comme un



danger, et le fait passer *de facto* du statut de victime à celui de présumé coupable. Une approche visant à prédire une évolution vers des formes violentes de délinquance à partir de troubles précoces du comportement n'est pas pertinente sur le fond en l'état actuel des connaissances et doit donc être proscrite, les paramètres disponibles n'étant pas suffisamment significatifs pour permettre de le faire sans échapper aux préjugés sociaux ou idéologiques toujours présents dans nos sociétés. Le développement d'une réflexion sur la différence entre prédiction, accompagnement, et prévention devrait être encouragé dans tous les secteurs de la société. (45)

De manière plus récente, le Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation a présenté le 23 février 2018 son plan de lutte contre la radicalisation, qui met en lien les comportements hétéro-agressifs avec la santé mentale. En effet, le plan décline 60 mesures, dont 2 concernent directement la santé mentale et la psychiatrie :

- Mesure 38 :
  - Renforcer la relation entre les Agences régionales de santé (ARS) et les préfetures sur l'articulation santé mentale/prévention de la radicalisation, via des conventions cadres précisant le rôle de chacun.
  - Encourager la généralisation des bonnes pratiques dans les territoires, notamment celles relatives à l'appui apporté par les professionnels de santé mentale.
  - En cellule préfectorale et en fonction des besoins exprimés, favoriser la présence de professionnels de santé et/ou de santé mentale aux côtés des référents de l'ARS.
- Mesure 39 : Actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des

personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement.(46)

Suite à ce plan national, le gouvernement a permis, par le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatives au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, le **fichage de toutes les personnes hospitalisées sous contrainte**, avec un accès large à ces données, notamment par les préfetures. (47) Un groupe de travail réfléchit actuellement sur l'évolution des missions des ARS et propose d'abandonner aux préfets le suivi des soins sans consentement. Il estime que « l'ensemble de ces procédures relève de la sécurité publique et non de la santé » (48).

Ainsi la crainte de passages à l'acte hétéro-agressif, dans le cadre d'évènement exceptionnel traumatique ou d'un phénomène sociétal anxiogène, amène un réflexe sécuritaire de peur d'un préjudice.

Pour illustrer ces dérives, le conte philosophique « Lorsque les morts gouvernent les vivants » nous semble paradigmatique de cette culture du sécuritaire (49). Ce conte nous relate l'histoire d'un peuple qui fut massacré par le peuple voisin. Les survivants éduquèrent les générations suivantes dans le souvenir de ces souffrances, puis vécurent alors dans une véritable obsession de ce qu'on avait fait à leurs ancêtres. Par crainte de voir le massacre recommencer un jour, le peuple s'arma, au point d'avoir bientôt l'armée la plus puissante de la région, vint à soupçonner des ennemis qui le menaceraient, qu'il fallait contrôler, surveiller, voire anéantir avant qu'ils ne se montrent dangereux. Et bientôt, ce fut à leur tour de tuer et de retourner vers les autres cette violence qui les emprisonnait depuis des siècles.

Ce conte nous montre les risques liés aux décisions sécuritaires guidées par la crainte.

Cette métaphore peut aisément se retrouver dans le cadre de la prise en charge des patients.

Certains patients sont ainsi dans des situations de restrictions de liberté de peur d'un éventuel passage à l'acte. Ces situations ne sont pas sans risque pour le soignant de devenir à son tour violent dans la privation qu'il met en œuvre des droits fondamentaux d'autrui.

### *3.1.5. Le rôle des intervenants dans le changement*

Dans le cadre de changements de pratiques, l'intervention d'une personne neutre et extérieure semble souvent avisée, afin de permettre un regard objectif et novateur sur les pratiques habituelles. Au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, la présence d'un pédopsychiatre en tant qu'animateur du groupe de travail concernant la liberté d'aller et venir illustre cette volonté d'un regard extérieur. Le pédopsychiatre n'était, en effet, pas le plus concerné par ces privations de liberté d'aller et venir car le service de psychiatrie infanto-juvénile n'est pas fermé, et les restrictions de liberté en lien avec la loi du 5 juillet 2011 ne s'appliquent pas aux mineurs. Le médecin animateur du groupe de travail n'était pas vraiment légitime dans les changements de pratiques proposés, ce qui explique peut-être en partie la lenteur des changements amenés par le groupe de travail de sa création à 2015. Cette thématique sensible suscitait beaucoup de réticences aux changements et, comme évoqué précédemment, l'accueil de plans d'action minimales était souvent réservé.

D'autre part, la composition même des équipes soignantes et des outils qu'elles utilisent en fonction de leur corps professionnel joue un rôle dans les changements de pratiques.

Les équipes soignantes sont composées en grande partie d'infirmiers dans les services hospitaliers psychiatriques. La formation et le travail quotidien des équipes infirmières dans les services de soins sont de plus en plus basés sur des protocoles de soins. Ces protocoles

se veulent être des démarches de soins **anticipées** et **généralisées** pour les patients du service ou de l'établissement dans une situation donnée.

Dans le cadre des restrictions de liberté d'aller et venir, on retrouve parfois ces demandes de « protocoles » concernant les patients de la part des équipes soignantes, notamment dans le cas des mesures d'isolement et/ou de contention. En effet, ces mesures sont parfois demandées au médecin à être prescrites en « **si besoin** », de manière systématique selon le mode d'hospitalisation, le diagnostic psychiatrique ou les antécédents de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif du patient. Ces protocoles permettent une réassurance des équipes soignantes. Il nous semble que cette exigence d'anticipation, rassurante et compréhensible, voire scientifique, peut être source de dérives, d'absence d'analyse contextualisée, voire être contre-productive.

Dans le cadre des soins psychiatriques, les soins sont nécessairement plus individualisés de par la grande variabilité inter-individuelle des patients et on ne peut envisager de reproductibilité d'un patient à un autre ou d'un épisode à l'autre concernant le même patient. Ces protocoles de soins amènent le risque majeur d'une généralisation d'un patient à l'autre ou d'un épisode à l'autre. Dans ce sens, les recommandations de bonne pratique de la HAS de février 2017 interdisent toute prescription de mesure d'isolement ou de contention anticipée (« si besoin »). (31)

Les protocoles de soins, amenant une sécurité des équipes soignantes, peuvent ainsi être utilisés dans un contexte de projets de soins personnalisés du patient, en dehors d'anticipation de restrictions de liberté prescrites dans des contextes de prédictions négatives. Ces protocoles, s'ils sont utiles, doivent cependant laisser la possibilité de penser et surtout d'amener une créativité dans les soins, la santé mentale étant justement la capacité à s'adapter, à garantir une souplesse de fonctionnement.

Le soignant en psychiatrie devra toujours avoir à l'esprit ce nécessaire ajustement au sujet, cette autonomie du professionnel étant indispensable. Ces protocoles de soin devraient

d'ailleurs majoritairement être axés sur les potentialités créatrices du sujet, sur les leviers pour favoriser le dialogue et le bien-être du sujet, facteurs de soin mais aussi de prévention de comportements difficiles. Ces protocoles sont cependant souvent axés sur la défectologie ou sur des conduites à tenir, cherchant la limitation de comportement difficile auto et hétéro agressive (agissant alors comme des prédictions négatives contre-productives en psychiatrie).

### 3.1.6. *Services ouverts, fermés ou fermables : un risque de stigmatisation*

Si la distinction de services fermés pour les patients sous contrainte, de services ouverts ou fermables pour les hospitalisations libres semblent pertinents et en faveur d'un respect de la liberté d'aller et venir, cette dichotomie peut s'avérer aussi un frein à l'évolution des pratiques.

Dans son rapport sur les risques en psychiatrie rédigé en 2011, L'inspection Générale des Affaires Sociales propose ce modèle : « créer des véritables sas d'entrée et employer des badges électroniques, pour laisser entrer et sortir les personnels, informer et orienter les visiteurs, filtrer les sortants en laissant librement passer les malades en hospitalisation libre, retenir les personnes en Hospitalisation à la demande d'un Tiers ou en Hospitalisation d'Office, les détenus et les mineurs, et éviter les indésirables. » (50)

Thierry Najman, dans son livre *Lieu d'Asile*, décrit les effets « pervers » d'un tel fonctionnement : « Ce mode de fonctionnement sous-entend que les patients admis sans leur consentement n'ont pas le droit de sortir du service, du fait même de leur mode de placement et ce, quel que soit leur état de santé. En se fondant uniquement sur la donnée administrative du statut d'hospitalisation, il évacue une fois de plus la clinique. » On observe ainsi une **stigmatisation importante des patients en fonction de leur statut administratif.**

Concernant les services fermables, Najman décrit notamment un fonctionnement dans les faits peu souple, avec une fermeture des portes à la première difficulté, et parfois de manière définitive. Certaines situations isolées imposent de maintenir enfermé collectivement un ensemble de patients, lorsqu'un seul d'entre eux le nécessite, ce qui serait ainsi perçu comme une punition collective.

Une asymétrie de fonctionnement entre les services ouverts, fermés et fermables peut, par ailleurs, se développer ; Lors d'un transfert d'une unité ouverte à une unité fermée, cela peut, par exemple, prendre une valeur de sanction pour le patient, dans un contexte de stigmatisation de l'unité fermée. (32)

A l'EPSM Val-de-Lys-Artois, c'est néanmoins ce modèle qui a été retenu, constituant déjà une évolution des pratiques, mais qui conserve ses limites. Il reste des unités dédiées (fermées, soins de suite ouverts, etc.), mais les dérives potentielles évoquées ci-dessus font l'objet de réflexions. Les risques de stigmatisation des unités trop dédiées en psychiatrie, que ce soit par pathologie ou par leur ouverture ou fermeture, l'absence de souplesse de fonctionnement, les systématisations, certes utiles pour avoir des repères, conservent toujours en germe des réductionnismes et des limitations potentielles de liberté.

### 3.2. Les leviers permettant l'évolution des pratiques en faveur du respect de la liberté d'aller et venir

#### 3.2.1. *Les bénéfiques en termes de soin de la liberté d'aller et venir : un levier théorique*

Le rôle du psychiatre et de la psychiatrie étant centré sur les pathologies relationnelles, il apparaît nécessaire de pouvoir respecter une certaine sécurité individuelle, tout en favorisant les liens interpersonnels et donc avec le milieu extérieur de chaque être humain.

En effet, Lucien Bonnafé écrit, dans son ouvrage *Dans cette nuit peuplée* (51), « Parler de psychiatrie, c'est parler de liberté, car, qu'on le veuille ou non, quels que soient les débats qui peuvent et doivent se dérouler à partir de cette proposition fondamentale : la psychiatrie n'existe que du fait que des hommes sont en difficulté sur une problématique de la liberté ». La définition des troubles psychiques inclut une « altération significative du fonctionnement professionnel ou social ». Cette altération est le reflet d'une perte de liberté, la perte d'interagir de manière adaptée. C'est ainsi que **le rôle de la psychiatrie est majoritairement une lutte contre l'enfermement psychique.**

La thérapie institutionnelle souligne aussi combien la liberté de circulation est fondamentale pour favoriser, dans un collectif, les processus transférentiels afin de réactualiser la problématique singulière. Il convient d'offrir au patient les plus grandes possibilités de rencontre avec les autres soignants, les autres patients, les personnes extérieures à l'occasion des activités thérapeutiques, culturelles et sociales. Plus les services sont ouverts, plus le sujet peut choisir, plus ou moins consciemment, ses relations. L'initiative du patient dans son soin est très importante et nécessite des organisations des services suffisamment souples.

Dans *la cellule et le territoire* (53), le professeur Jeammet résume aussi cet équilibre de toute vie entre une sécurité suffisante et le caractère indispensable de liens avec l'extérieur. Il décrit qu'une cellule biologique ne peut survivre que dans les échanges qu'elle a avec le milieu extérieur de manière ajustée. En effet, une cellule nécessite une enveloppe cellulaire afin de se protéger du milieu extérieur. Cependant, une cellule qui serait trop fermée ne peut renouveler les ions de son milieu intracellulaire et meurt. Les relations avec le milieu extérieur, amenant de l'insécurité, sont nécessaires à la survie de la cellule.

De-même, l'être humain ne peut survivre que par ses échanges avec le milieu extérieur. Nous pouvons prendre l'exemple de l'expérience réalisée au 13<sup>ème</sup> siècle par l'Empereur

Frédéric II du Saint Empire Romain Germanique. Six bébés furent élevés sans aucune communication ou interaction humaine et tous les six dépérèrent et finirent par mourir. Les relations avec l'extérieur sont donc un élément indispensable à la vie de l'être humain, étant un être social.

Dans ce contexte de lutte contre l'enfermement psychique et les pathologies de la relation, il apparaît nécessaire et primordial d'aborder le patient, non pas par principe de précaution générale qui se baserait sur la peur de ce que le patient pourrait faire, mais sur un **principe d'anticipation et de prévention individuels**, basé sur des arguments cliniques.

### *3.2.2. Le vécu du patient*

Le vécu du patient milite aussi en faveur de cette préservation de la liberté.

Concernant les plaintes de la part des patients ou de leur famille, on retrouve plusieurs plaintes concernant un excès de restrictions de la liberté d'aller et venir ces dernières années au sein de l'EPSM des Flandres et de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, et une unique plainte concernant une sortie jugée prématurée. Ces analyses des plaintes et réclamations reçues par les établissements seraient en faveur d'un vécu essentiellement négatif des restrictions de la liberté d'aller et venir.

Le vécu des patients au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois a été recueilli en décembre 2013 par ailleurs par le biais du questionnaire aux patients par le groupe de travail concernant la liberté d'aller et venir (Annexe 1). 26 % des patients décrivaient un sentiment d'absence de liberté et seuls 40% des patients avaient un sentiment de liberté non altérée. Seuls 36 % des patients trouvaient rassurant que les portes soient fermées, 21% des patients trouvent cela « gênant », et 10% « inquiétant ». 85% des patients exprimaient une insatisfaction quant à l'accessibilité de leur chambre, 32 % un sentiment de gêne important.



Ces chiffres mettent en lumière un vécu essentiellement négatif des restrictions de liberté, avec une faible proportion de patient évoquant un sentiment de réassurance, et une proportion plus importante de patients décrivant ces restrictions en termes négatifs (inquiétant, gênant, insatisfaction).

Une étude de Binder et Mac Coy en 1983 indique que 50% des patients qui affirmaient avoir eu une mauvaise expérience de la contention reconnaissent cependant qu'elle avait été « nécessaire ».(52)

Cela implique que la moitié des patients ayant eu une mauvaise expérience de la contention n'en ont pas compris ou pas accepté les motifs amenés par les soignants. Ils ont donc eu une expérience négative d'une mesure de soin qu'ils ne comprennent pas ou n'acceptent pas. On peut donc imaginer aisément des difficultés importantes dans l'alliance thérapeutique avec les patients concernés.

Une étude qualitative a étudié le vécu des patients ayant vécu une contention physique à Toulouse. Cette étude a analysé le discours a posteriori de ces patients et met en évidence un vécu essentiellement négatif avec la prédominance de thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude, de déshumanisation, de sanction/punition, d'humiliation, d'abandon et de violence.(53)

Psycom a sollicité une série d'entretiens sur le vécu des usagers quant à la restriction de liberté en psychiatrie. Globalement, les auteurs concluent que l'hospitalisation psychiatrique, sous contrainte ou libre, est vécue comme un temps de privation de liberté, d'enfermement. Même si le sentiment d'être protégé et d'avoir besoin de cette protection est évoqué par les personnes interrogées, les conditions d'hospitalisation restent cependant éprouvantes et marquées par les contraintes, les restrictions, les privations et le manque d'explications.

L'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques sont en conflit permanent et questionnent toujours le respect de la dignité des personnes. Une patiente exprime lors de cette étude « Pour moi, hospitalisation = prison ». Une autre patiente se questionne sur le bénéfice de l'hospitalisation du fait de son fonctionnement en disant « Comment se reconstruire et repenser son hospitalisation comme un bien lorsqu'on associe cela à une punition ? C'est presque impossible ». Loin d'évoquer seulement le cas des hospitalisations sous contrainte, les personnes interrogées détaillent une multitude de restrictions quotidiennes, moins visibles mais tout aussi difficiles à vivre, peu ou pas expliquées, qui rendent l'hospitalisation difficile à supporter. Finalement, les restrictions de libertés liées aux troubles psychiques sont multiples et se manifestent dans différents contextes. De ce fait, les conditions des hospitalisations, en particulier lorsqu'elles sont basées sur des limitations de liberté peu expliquées, sont dès lors incomprises ou mal vécues.(54)

On retrouve, par le biais de ces études, un vécu majoritairement négatif du patient de ses privations de liberté d'aller et venir.

### 3.2.3. *L'impact de la loi*

La conférence de consensus portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation de soins et de sécurité de la Haute Autorité de Santé de 2004 a permis un respect plus important de la liberté d'aller et venir au sein des établissements de santé mentale, et notamment de l'EPSM Val-de-Lys-Artois.

Nous pouvons ainsi noter les recommandations de la HAS concernant la liberté d'aller et venir et les mesures mises en place en regard par l'EPSM :

- « *Informé la personne sur les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir et les restrictions liées à la sécurité et aux contraintes de la vie collective.* »

Le livret d'accueil remis au nouvel entrant l'informe de ses droits et des restrictions des libertés liées à son état de santé et à son traitement, ainsi que des voies de

recours. La charte de la personne hospitalisée est portée à la connaissance des patients dans tous les services de soins. Un groupe de travail en cours a pour objectif le recensement de l'ensemble des affichages obligatoires et recommandés dans l'établissement. Une procédure de mise à disposition de la remise du livret d'accueil est en cours de rédaction. Les horaires de fonctionnement de la vidéo-surveillance sont inscrits dans le règlement intérieur de l'EPSM, sur chaque moniteur dédié à cet effet et ont fait l'objet d'une information générale.

- « *Définir un projet d'établissement qui précise les actions concrètes de promotion menées pour assurer la liberté d'aller et venir des personnes* » ;

Le projet d'établissement 2018-2022 met en avant comme un élément fondamental de la restructuration la liberté d'aller et venir des patients.

- « *Garder pour toute procédure une trace écrite dans le dossier de la personne* ; »

La fiche de prescriptions restrictives et le contrat de soins sont gardés dans le dossier du patient.

- « *Réévaluer périodiquement les modalités d'exercice de la liberté d'aller et venir. En cas de restriction motivée, la réévaluation est systématique et à périodicité la plus brève possible* ; »

La fiche de prescriptions restrictives implique une réévaluation des restrictions de la liberté d'aller et venir dans les 7 jours qui suivent la prescription initiale ou la réévaluation précédente.

- « *L'étude de la mise en place d'une commission externe incluant les comités d'usagers qui aurait pour mission d'évaluer les questions relatives aux restrictions à la liberté d'aller et venir* »

L'EPSM Val-de-Lys-Artois a développé un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir. Ce groupe a invité des représentants d'usagers lors des différentes réunions.

On remarque ainsi que la conférence de consensus a permis à l'établissement de mettre en place des mesures concrètes en faveur du respect de la liberté d'aller et venir.

La tendance des établissements à respecter davantage la liberté d'aller et venir a notamment aussi été accentuée après la parution du rapport du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté, puis davantage encore après la publication des recommandations en urgence du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (55) puis d'un rapport (56) sur le sujet et notamment sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contention.

D'autre part, la loi de modernisation de la santé a eu, à notre sens, un impact majeur sur les pratiques concernant la liberté d'aller et venir, et en particulier concernant les mesures d'isolement et de contention. En effet, une politique de limitation et de réduction de l'usage de la contention et de l'isolement a été mise en œuvre par l'établissement. On note désormais l'existence d'une traçabilité des isolements et contentions de manière manuscrite jusque juillet 2017 par le biais du registre des chambres d'isolement et du relevé des mesures de contentions de janvier à juillet 2017, puis à partir de juillet 2017, par le biais du registre numérique des isolement et contentions, du registre numérique des mesure de maintien et du registre numérique des chambres sécurisées. Ces registres font l'objet d'une analyse trimestrielle des informations présentée à la CME. On note une diminution importante des mesures d'isolement et de contention et des dispositifs de maintien depuis la parution de cette loi (Tableau 3, Graphique 2). Objectiver, tracer, évaluer et comparer, souvent décriés par certains en psychiatrie montrent cependant ici toute leur pertinence.

Ainsi les lois, lorsqu'elles vont dans le sens du respect des libertés fondamentales, facilitent aussi les modifications de pratiques en faveur de la liberté d'aller et venir au sein des établissements.

#### 3.2.4. *Le rôle et la légitimité des intervenants dans le changement*

Nous avons vu au cours de ce travail de thèse que les pratiques concernant la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois ont évolué au cours de ces dix dernières années. Ces modifications ont eu lieu par le biais de l'action de différents intervenants. Leur légitimité, leur capacité décisionnelle influencent grandement les évolutions possibles.

##### 3.2.4.1. Le groupe de travail

Dans un premier temps, comme vu précédemment, un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir est mis en place sous l'impulsion de la certification HAS V2010 prévue par la HAS. Ce groupe de travail a permis, de février 2011 à février 2013, la réalisation d'un état des lieux sur la question du droit d'aller et venir au sein des différents services, par le biais d'un questionnaire adressé aux différents chefs de service et cadres supérieurs de service, puis, de février 2013 à décembre 2013, la réalisation d'un questionnaire de satisfaction des patients autour de la liberté d'aller et venir. Des axes d'amélioration ont été pressentis, mais n'ont pas été suivis d'action, comme indiqué lors de la visite de certification HAS de février 2014.

À la suite de la visite de certification HAS V2010, la poursuite de ce groupe de travail a eu lieu dans le cadre de la réalisation d'une feuille de suivi concernant la liberté d'aller et venir avec, pour chaque dysfonctionnement identifié par le biais de la certification HAS, une action à mener avec une échéance. Ce groupe a permis la création d'une feuille de prescription restrictives en lieu et place d' « autorisation de sortie », d'une information plus complète des

patients et des professionnels sur l'existence de la vidéo-surveillance (en premier lieu, un audit concernant les modes d'information de l'existence de la vidéo-surveillance au sein de l'EPSM, puis l'ajout de l'information de la vidéo-surveillance sur la feuille de contrat de soins et dans le règlement intérieur du service) et l'ajout d'un item sur la liberté d'aller et venir dans le questionnaire de sortie des patients.

On observe donc que les effets du groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir ont été très limités de février 2011 à juin 2015, avec une interruption des réunions et un nombre de participants peu élevés. Cette lenteur initiale à ce que les modifications se mettent en place peut être due au fait que les membres du groupe ne soient pas légitimés dans leurs fonctions pour amener des changements de pratiques, ou à l'absence de mobilisation de la direction ou de la communauté médicale, ou à l'absence d'impact décisionnel des membres.

#### 3.2.4.2. Impact du projet d'établissement dans un contexte de Plan de Retour à l'Équilibre et de crise : Diminution capacitaire et principes réaffirmés des droits des usagers.

La restructuration de l'établissement dans le cadre du Plan de Retour à l'Équilibre avait pour but une diminution du capacitaire en hospitalisation à temps complet (avec annonce chiffrée des diminutions d'effectifs qui en découleraient), de diminuer les hospitalisations de longue durée et les inadéquats et de poursuivre le développement de l'extrahospitalier. Ces objectifs antérieurement discutés mais pas mis en œuvre, le taux d'hospitalisation restant important en psychiatrie générale et le nombre de lits par secteur nettement supérieur à la moyenne nationale. La dimension asilaire était mise en avant, tout patient se présentant étant systématiquement accueilli, au détriment des possibilités de soin. Cette diminution a malheureusement dû se faire dans l'urgence.

Le discours de vérité et les contraintes ont, cependant, été d'emblée annoncés et toutes les équipes associées à cette restructuration. Le corps médical et les changements de direction se sont alors saisis de cette contrainte subie pour impulser une évolution des pratiques en restructurant totalement les unités en intra-hospitalier, avec la création d'unité(s) ouverte(s) dans chaque pôle. Ces réunions de service en intra-hospitalier ont aussi été motivées par l'insuffisance de couverture médicale dans certains services, les réunions polaires permettant d'assurer une présence médicale continue.

Cette création d'unités ouvertes a permis un questionnement des pratiques, tant par l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement que par la mutualisation des services. En effet, les pratiques, qui n'avaient pas ou peu été questionnées les années précédentes, l'ont été au sein de chaque pôle par le biais de la mutualisation, puis entre les différents pôles lors de la présentation des projets de pôles, puis entre les différents établissements du GHT lors de l'élaboration de celui-ci.

Dans le tableau 4, on retrouve l'évolution du nombre de lits, mais également du nombre de journées d'hospitalisation et de patients en hospitalisation temps plein entre 2015 et 2017. On observe ainsi une nette diminution du nombre de lits total au sein de l'EPSM, associée à une diminution du nombre de patients hospitalisés en temps plein en psychiatrie adulte, du nombre de journées d'hospitalisation en temps plein en psychiatrie adulte et en psychiatrie infanto-juvénile. Ainsi, on peut supposer que la diminution du capacitaire a permis une diminution nette du nombre d'hospitalisations à temps plein et de leurs durées. L'augmentation isolée du nombre de patients hospitalisés en temps plein en psychiatrie infanto-juvénile, mise en lien avec, dans le même temps, une diminution nette du nombre de journées d'hospitalisation temps plein dans le même service, peut vraisemblablement être liée à une diminution majeure de la durée moyenne d'hospitalisation. En effet, concernant la psychiatrie infanto-juvénile, la durée moyenne d'hospitalisation (établie par

rapport à la file active) est passée de 27,48 jours en 2015 à 20,49 jours en 2017, soit une diminution de 25%. La durée moyenne de séjour (calculée par rapport au nombre de séjours) est passé de 21,84 jours en 2015 à 16,86 jours en 2016, soit une diminution de 22,8% en l'espace de 2 ans.

Cette restructuration a été parfois vivement critiquée au sein des équipes soignantes. La crainte principale était de ne plus pouvoir accueillir les patients qui le nécessiteraient.

Concernant ce point, le Taux d'Occupation Moyen (TOM) est passé, pour la psychiatrie infanto-juvénile de 78,77% en 2015 à 84,90 % en 2017 et pour la psychiatrie adulte de 82,69% en 2015 à 89,14% en 2017, ce qui fait une majoration de 6% environ en 2 ans, tout en se maintenant en dessous des 90% de taux moyen d'occupation des lits.

	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>Rapport 2017/ 2015 (%)</b>
Nombre de lits en hospitalisation temps plein sur l'EPSM	384	283	<b>-35,69%</b>
Nombre de patients en temps plein adulte (% de la file active)	18,50%	15,40 %	<b>-16,76%</b>
Nombre de patients en temps plein infanto-juvénile (% de la file active)	1,85%	1,94%	<b>+4,8%</b>
Nombre de journées d'hospitalisation temps plein adulte	112135	88829	<b>-20,78%</b>
Nombre de journées d'hospitalisation temps plein infanto-juvénile	3298	2479	<b>-24,88%</b>
Taux d'occupation moyen en psychiatrie adulte	82,69%	89,14%	<b>+7,8%</b>
Taux d'occupation moyen en psychiatrie infanto-juvénile	78,77%	84,90%	<b>+7,8%</b>

Tableau 4 : Evolution du nombre de lits, du nombre de patients, du nombre de journées d'hospitalisation et du taux d'occupation moyen concernant les hospitalisations temps plein au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois entre 2015 et 2017.



Au total, on observe que le groupe de travail établi dans l'objectif de la certification HAS V2010 n'a eu qu'un impact limité dans l'évolution des pratiques malgré de nombreuses réunions.

Par la suite, c'est la restructuration contrainte de l'établissement dans le cadre du PRE qui semble avoir été un levier pour mettre en place cette liberté d'aller et venir.

La diminution importante du capacitaire, la mutualisation des moyens hospitaliers et des projets de soins centrés sur l'extra-hospitalier, le discours de vérité associant tous les acteurs de la direction et un projet médical mettant en avant les droits des usagers semblent avoir permis des modifications importantes dans les pratiques concernant la liberté d'aller et venir par le biais d'une ouverture des services.

Il a été observé une chute spectaculaire des contentions, ce qui est un indicateur de la qualité de prise en charge.

La Direction des soins a fait des réunions de travail autour de cette thématique afin d'aller un peu plus loin dans le management des pratiques soignantes et ce, de manière proactive. La pédagogie sur les personnels soignants, qui avaient pris l'habitude de fermer les secteurs par crainte de subir des violences était nécessaire. Ce travail de confiance dans le patient fut aussi impulsé par les chefs de service. En l'absence d'implication du chef de service, la mobilisation et les changements de pratiques n'auraient pas été possibles.

Le vocabulaire et la sémantique employés s'efforcent aussi d'être changés et continuent à faire l'objet d'échanges : les mots parloirs, rondes, fugues, les termes possessifs "mes lits" sont relevés. Si cela peut paraître anecdotique, nous pensons que les postures soignantes en sont largement dépendantes.

Les fiches d'autorisation de sorties sont devenues des fiches de prescriptions restrictives afin de changer les mentalités. Par défaut, la liberté d'aller et venir était donc accordée aux patients.

En contrepartie, lorsqu'une « fugue » avait lieu, il était important de ne pas indiquer qu'il y avait eu un « défaut de surveillance » du corps infirmier, pour ne pas revenir à un système trop sécuritaire. A ce titre, le soutien des cadres et de la direction sur les projets de développement de l'autonomie des patients était primordial. La culture de l' « erreur positive » s'est développée parallèlement.

On constate donc le rôle primordial qu'a eu la cohésion et la cohérence des discours entre les chefs de services, le président de la CME, la direction des soins et la direction dans ce changement des pratiques en faveur du respect de la liberté d'aller et venir.

Il nous semble que, sans un partage de culture, de confrontation constructive des représentations entre les différentes strates de responsabilités, cette évolution est impossible, voire sans cesse soumise à des messages contradictoires.

#### 3.2.4.3. Les visites des autorités

La certification HAS a permis la création initiale du groupe de travail et donc les avancées proposées et mises en place par celui-ci. On remarque que l'approche de la certification HAS voit l'intensification des réunions du groupe de travail et des mesures plus concrètes. L'échéance fixe de la certification permet de fixer des objectifs concrets et mesurables, dans un temps défini et imparti. Ainsi, le groupe de travail a repris depuis décembre 2017 dans l'objectif de la certification V2014 de la HAS, en prenant pour objectifs les points définis par le manuel de certification.

Un autre exemple est le rôle du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). En effet, le CPT, suite à sa visite en 2010, recommande le signalement de toute forme de violence physique ou verbale à l'encontre de patients. Un autre levier qui a fait évoluer les pratiques nous semble être un positionnement plus affirmé du personnel soignant qui ose dénoncer des pratiques

inadaptées. Cette capacité à exprimer des doutes et la reprise collective de ces événements font gagner en autonomie et responsabilisation de chacun. La manière dont sont traitées ces situations est donc fondamentale.

Récemment, on dénombre notamment, au sein de l'EPSM de St Venant, trois situations objectivées de maltraitance de patients par des membres du personnel (soignant et de la sécurité) signalées courageusement l'une par un médecin (qui fut l'objet d'attaques), une autre par un interne et la dernière par un infirmier nouvellement arrivé. Ce signalement nécessite une capacité à rester en alerte et éviter les enjeux de loyauté si fréquents en institution. Ces trois situations nous semblent aussi avoir contribué à sensibiliser de nouveau les équipes aux dérives.

Nous pensons que cela a été permis par un meilleur soutien des équipes de direction, par une intervention systématique avec écoute, refus de banalisation, réécoute des professionnels et parfois sanction si nécessaire (notamment si récidive et si non prise de conscience du professionnel). Ces signalements n'ont pu avoir lieu que par le biais d'une écoute à toutes les strates et d'une réponse concrète apportée. Le contexte de l'élaboration du projet d'établissement, martelant la question des droits et devoirs des usagers, y a sans doute contribué.

Ainsi, il nous apparaît que les recommandations des experts-visiteurs des différentes autorités permettent une remise en question des pratiques et une motivation au changement. D'aucuns pourront regretter que ces instances soient nécessaires pour maintenir en éveil, mais nous ne pouvons que constater leur effet stimulant. Cela nécessite d'accepter avec humilité les limites de nos capacités d'autoévaluation et de changement tout en restant aussi critique parfois sur ces recommandations.

#### 3.2.4.4. Une équipe pluridisciplinaire, des audits et des regards extérieurs

Dans le contexte du Plan de Retour à l'Équilibre, une analyse des patients hospitalisés au long cours (plus de 292 jours) a été organisée sous forme d'audit extérieur par des membres de l'EPSM Lille Métropole (la direction des soins et un praticien hospitalier). Cet audit a redéfini les orientations de soins vers les secteurs du médico-social, ce qui a permis un regard neuf sur les patients, un changement des pratiques et une formation des équipes. Ce changement des pratiques n'a pu se faire que par le biais d'intervenants extérieurs, amenant donc une vision différente, mais légitimés dans leur fonction par un exercice quotidien proche des soignants. En effet, c'est parce que ces intervenants extérieurs travaillaient dans un établissement similaire, dans un service similaire et avec des patients similaires, mais des pratiques différentes, que les pratiques des soignants de l'EPSM Val-de-Lys-Artois ont aussi pu évoluer.

D'autre part, on voit que l'intervention des internes, des étudiants, des assistants à temps partagé et récemment de praticiens hospitaliers expérimentés venant par solidarité aider les équipes médicales en sous-effectifs sur plusieurs établissements permet un brassage des expériences, une vision extérieure concernant des habitudes de prise en charge dans les services et ainsi amener un questionnement des pratiques.

Le caractère pluridisciplinaire de l'équipe, prenant en compte tous les professionnels (médicaux, infirmiers, paramédicaux, administratifs, le personnel technique, juriste), amène des regards différents sur une même situation et, ainsi, une richesse dans le questionnement des pratiques.

Il nous semble aussi que le corps infirmier a ainsi été, au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, le plus moteur, force de propositions et très mobilisé dans les changements entrepris. Le

soutien de la direction des soins et des cadres de santé a été primordial, avec des réunions et une acculturation constante des équipes.

Les praticiens craignaient, pour certains, que les équipes infirmières soient insécurisées, exigent plus de fermeté, de protocoles anticipant la violence et la pénurie médicale. Or, le constat est tout autre : les équipes proposent régulièrement aux praticiens de lever des contentions, de lever des restrictions et reconnaissent aujourd'hui être plus en accord avec leur éthique. Le « si besoin » cher aux protocoles « prédictifs » plus que « préventifs » avait manifestement des effets contraires.

Le changement des pratiques au sein d'une équipe pluridisciplinaire, enrichie de regards extérieurs implique donc ce relai en interne. En effet, des modifications de pratiques ne peuvent avoir lieu que si ces visions diverses sont entendues et relayées par les professionnels « internes » ayant un pouvoir décisionnel. Le corps infirmier portait manifestement cette envie de changement mais devait être assuré que celui-ci soit porté par sa hiérarchie. Les rapports du CPT et du CLPL notaient d'ailleurs cette envie du personnel.

Enfin, la présence des usagers aux instances (invités en CME dès 2016) permet aussi de faire évoluer les pratiques. C'est ce que l'on observe lors des recueils du vécu des patients, par le biais de l'analyse des questionnaires ponctuels ou des questionnaires de sortie. En effet, au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, on note que l'analyse des questionnaires adressés aux patients concernant la liberté d'aller et venir a permis la mise en place de temps dédiés de libre accès à la chambre et d'horaires de sorties pour chaque service.

### 3.2.5. *Le rôle des indicateurs*

Les indicateurs du respect de la liberté d'aller et venir au sein d'un établissement prennent désormais la forme des tableaux de bords, notamment sur le recueil des mesures

d'isolement et/ou de contention. Ces indicateurs objectifs, réguliers et adressés à tous permettent de maintenir la vigilance, d'analyser le contexte et à terme d'établir une cartographie des risques. Ces indicateurs, s'ils sont homogènes, peuvent aussi amener alors des comparatifs entre les établissements, qui guident leur réflexion et permettent de rester vigilants.

Au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, l'analyse régulière des indicateurs a contribué à la diminution majeure des restrictions de liberté d'aller et venir, notamment par l'ouverture des services hospitaliers et la diminution des mesures de contention, d'isolement et de dispositifs de maintien.

*3.2.6. L'institutionnel : un collectif soignant, impliquant la responsabilisation et l'implication des soignants et des soignés, imprégné de la thérapie institutionnelle ; dépasser les hiérarchies et les clivages au service du projet du patient.*

L'institutionnel doit pouvoir porter des changements de pratiques chez tous les acteurs du soin. Pour rappel, il convient de ne pas confondre l'institution et l'établissement. L'institution est la co-construction entre le sujet malade et tous les professionnels qui l'accueillent ensemble.

Il nous semble que le levier le plus important pour asseoir ces changements fut celui permis par un dialogue constant entre tous les acteurs décisionnels, un équilibre des pouvoirs, un refus de cliver les espaces, sans amalgame des fonctions. Cette confiance a pu s'instaurer rapidement grâce à l'association systématique de toutes les catégories professionnelles et un refus de dresser des résistances sur le modèle de lutte et d'éviter les « constellations paranoïaques », si délétères à l'évolution psychique du patient. Pour cela, tout professionnel doit pouvoir se sentir légitimé dans ses décisions et soutenu par une hiérarchie. Il est incontournable que le soignant soit aussi respecté par sa hiérarchie comme un sujet et ait

un accès à ses potentialités soignantes. L'organisation des services doit donc permettre les initiatives qui sont plus que souhaitables. Le professeur Delion rappelle cette dialectique difficile du fonctionnement habituel des hiérarchies (57).

Ce soutien ne peut venir que d'une « culture positive de l'erreur », dans une autorité non pyramidale avec la possibilité d'un impact décisionnel pour chacun.

En effet, le système hiérarchique pyramidal implique que les responsabilités sont sur les épaules d'une unique personne. Ainsi, tous les évènements négatifs qui pourraient arriver sont projetés sur cette même personne, ce qui amène donc cette dernière à une tendance à un contrôle omnipotent et donc à des réflexes sécuritaires excessifs.

Un parallèle semble pouvoir être fait avec ce que l'on a observé dans le rappel historique lors du transfert des soins psychiatriques du pouvoir religieux au pouvoir royal au XV<sup>ème</sup> siècle, qui semble avoir mené aux premiers enfermements de l'histoire de la psychiatrie. Un excès du pouvoir médical, du pouvoir administratif ou du politique nous semblent favoriser ces excès.

Cette tendance au recours excessif sécuritaire pourrait ainsi être limitée par un **équilibre des responsabilités**, une réaffirmation des notions de « collectif soignant » en impliquant notamment aussi la responsabilité du patient. La notion de droits complétée par celles de ses devoirs et de sa responsabilité seraient le gage de cet équilibre et du respect de sa dignité.

Comme indiqué plus haut, la cohésion mais surtout une écoute réciproque, un équilibre des pouvoirs et des hiérarchies et une confiance entre les chefs de services, le président de la CME, la direction des soins et la direction semblent indispensables aux changements des pratiques en faveur du respect de la liberté d'aller et venir.

Pour éviter ces « constellations paranoïaques » qui paralysent les changements, il convient d'instaurer d'emblée un travail collectif, dépassant les clivages hiérarchiques, dans une

confiance réciproque mobilisée par des enjeux communs, associant toutes les catégories professionnelles. Écarter une catégorie professionnelle est d'emblée source d'échec.

La Direction des soins a amélioré le management des pratiques soignantes par le biais des groupes de travail, les chefs de services ont impulsé le changement par un travail de pédagogie sur les équipes soignantes et la direction a favorisé ces changements de pratiques par une culture de l'erreur positive.

Ainsi, ces changements de pratiques sont permis par une politique institutionnelle horizontale, une cohésion de toutes les catégories professionnelles dans une position constructive.

### 3.3. Perspectives de maintien et d'évolution

Nous ne savons pas si ces réorganisations et ces changements locaux seraient reproductibles, car ils dépendent de nombreux facteurs contextuels, environnementaux mais il nous semble que des impondérables sont utiles pour conduire un changement et le maintenir :

- Un projet d'établissement avec des valeurs affirmées et collectivement portées,
- Un appui légal
- Un respect de toutes les catégories de corps professionnels avec des possibilités décisionnelles respectueuses de chaque strate, dépassant les habituels clivages hiérarchiques sources de résistance, les autorités trop pyramidales, intégrant les valeurs de chacun (direction, direction des ressources humaines, politiques, direction des soins infirmiers, corps médical) dans une posture constructive et dans une écoute humble et respectueuse.
- L'intégration par tous des principes de réalité avec un partage systématique des informations.



- Une capacité constante à ne pas rester dans la zone de sécurité nous semble aussi indispensable pour éviter la « compulsion de répétition » mortifère.
- Sans adhérer à l'hôpital entreprise valorisant l'activité inflationniste, les notions de comparaison, d'objectivation, d'efficience semblent aussi indispensables pour rendre vivants nos projets, les ajuster sans cesse aux réalités sociales et se renseigner sur la gestion par d'autres établissements de problématiques identiques. Les tableaux de bord réguliers et les rencontres pôles/directions permettent de maintenir cette vigilance et cette analyse.

Une autre perspective est la redécouverte de la culture de la thérapie institutionnelle, sans la confondre avec l'établissement et des dérives hospitalo-centriques. Il faut réaffirmer dans cette approche soignante la volonté de lutter pour que les Institutions soient vivantes, se méfier des dispositifs cloisonnés, non ouverts sur la société, rester toujours en éveil quand des groupes se referment sur eux-mêmes. Les théories dites des « enveloppes » sous-tendues par cette approche également ont dérivé parfois vers des réflexes de fermeture et de cloisonnement, aux antipodes de ce qui sous-tendait ces théories.

Cet apport théorique considérable semble parfois avoir été dévoyé et même jugé responsable de l'enfermement, dénoncé même parfois par la psychiatrie dite communautaire, alors qu'il nous semble qu'elles n'ont rien d'antinomiques.

La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement permet un respect plus important des libertés fondamentales de l'utilisateur. Cette liberté, au-delà d'un droit respecté, doit être un moyen d'accès à d'autres possibilités d'ouverture sociale pour le patient. Ainsi, il apparaît important de développer les activités à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement afin de permettre l'ouverture sociale et les rencontres, multiples supports aux relations transférentielles.

Plusieurs pistes sont actuellement ainsi explorées : élargissement des horaires du centre social, développement des clubs thérapeutiques, d'activités sportives, intervention d'associations dans le centre social, activités ludiques de type jeu de société, développement de Groupes d'Entraide Mutuelle, échanges plus réguliers avec l'extrahospitalier, etc. Les portes ouvertes de l'ensemble de l'Institution restaient jusqu'il y a peu assimilées uniquement à la fête de l'intra-hospitalier.

La réflexion concernant les unités dédiées et leur risque ségrégatif devra aussi se poursuivre. Si les unités dédiées ouvertes permettent un respect de la liberté d'aller et venir des patients, il persiste le risque de stigmatiser les patients hospitalisés en unité fermée. L'intérêt de systèmes anti ségrégatifs en psychiatrie a largement aussi été démontré dans la thérapie institutionnelle.

Idéalement, les patients ne devraient pas tant être adressés dans l'une ou l'autre des unités selon leur mode d'hospitalisation ou leur pathologie mais davantage selon leur état clinique lors de l'admission. Les unités d'admission restent actuellement fermées la question se pose de la pertinence de cette mesure pour la majorité des patients. Actuellement, certains patients sont parfois admis d'emblée dans les unités ouvertes mais ceci est à la marge.

De plus, il paraît nécessaire de ne pas s'empêcher de passer d'une unité à l'autre selon l'évolution de l'état clinique du patient, voire de laisser tout ouvert et de ne fermer que pour des cas isolés. Le besoin de repères, de stabilité, d'organisation constante ne permet cependant pas pour l'instant un tel projet. Les changements établis ont déjà été rapides.

L'objectif serait ainsi d'éviter toute stigmatisation et de privilégier une adaptation constante. Tout ce qui empêche de penser et de contextualiser les soins est source de dérive et s'avère contre-productive en psychiatrie.

Par ailleurs, une des perspectives d'évolution des pratiques au sein de l'établissement Val-de-Lys-Artois est d'impliquer l'utilisateur de manière plus importante dans toutes les instances. Des médiateurs-pairs sont venus il y a quelques années dans l'établissement et interviennent dans des groupes d'éducation thérapeutique. Les usagers sont systématiquement conviés aux groupes de travail, aux formations Omega et aux instances, comme désormais à la commission médicale d'établissement.

Un projet est aussi de remettre en place les réunions soignants-soignés qui avaient lieu dans certains services. Ces réunions favorisent l'esprit critique du patient, dans une approche moins directive et une position plus basse du soignant et favorisent la prise de responsabilité du patient. Les patients ont le sentiment d'être entendus comme des interlocuteurs et acteurs à part entière du service, ce qui entraîne une valorisation et un sentiment d'être respecté. Au niveau de l'équipe soignante, la réunion soignants-soignés est un soutien dans les pratiques en mettant en lumière les dysfonctionnements et les questionnements autour du cadre thérapeutique. (58) D'autres possibilités d'inclusion du patient sont envisagées avec la mise en place de maison de santé communautaire ou de Groupes d'entraides Mutuelles insuffisants sur le secteur.

Les analyses régulières objectives, les tableaux de bord, les confrontations et analyses des pratiques, le partage des informations entre toutes les catégories professionnelles et entre les établissements et l'intervention d'une réflexion éthique sont aussi le gage d'un maintien et d'une vigilance constante préservant les droits fondamentaux.

## Conclusion

Appréhender l'évolution de la liberté d'aller et venir au sein d'un EPSM a permis d'explorer l'importance des influences sociétales, médiatiques, des théories parfois contradictoires et en double lien mais aussi son impact considérable sur le regard porté sur la maladie mentale et sur la posture soignante.

Ce travail veut aussi montrer combien nous devons rester en éveil sur nos pratiques, à la fois humbles et à l'écoute des recommandations légales et expertales, tout en conservant une posture critique. Nous espérons avoir montré combien une culture institutionnelle peut changer sous l'influence de plusieurs facteurs conjugués. La reproductibilité de ces changements est sans doute un leurre, tant le contexte et les acteurs sont à prendre en considération.

Si le temps permet aussi des changements, il nous semble néanmoins que des leviers légaux, des analyses régulières et objectives, un management collaboratif et respectueux de chaque acteur, dans un débat contradictoire mais constructif sont porteurs de changement. Celui-ci peut être aussi plus rapide quand les motivations de ce changement sont principalement sous-tendues et comprises par chaque acteur et notamment par des enjeux éthiques dépassant la culture sécuritaire et protectionniste.

Sensibilisée à une vigilance constante, à casser sans cesse nos représentations dans le soin en psychiatrie et en santé mentale, l'Institution soignante doit permettre une remise en question permanente des pratiques soignantes par le biais d'une analyse régulière.

Cette analyse ne peut se faire que dans une « culture positive de l'erreur » permettant une amélioration des pratiques, tout en conservant la nécessaire légitimité des soignants dans leurs actes quotidiens et leur prise d'initiative.

La question de la liberté d'aller et venir doit alors être toujours questionnée, dans un juste équilibre entre droits et devoirs des soignants et des patients, en responsabilisant aussi les usagers dans cette liberté, sans dogmatisme, ni position extrême.

En effet, pour qu'un changement soit pérenne, il faut nécessairement qu'il soit dans cet entre-deux, sans position extrême.

## Références

1. Eckert N. Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie [Internet]. Comité d'éthique du Centre Psychothérapeutique de Nancy; Disponible sur: [http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique\\_de\\_l\\_enfermement.pdf](http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf)
2. Loi sur les aliénés du 30 juin 1838. juin 30, 1838.
3. Giloux N. Interroger les mesures coercitives en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2018;94(3):195-202.
4. Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. JB Baillière. Vol. 1 et 2. Paris; 1838.
5. Giloux N. Isolement en psychiatrie : rien n'est jamais acquis. *Inf Psychiatr.* 2017;93(10):837-9.
6. Hochmann J. Les antipsychiatries, une histoire. Odile Jacob. Paris; 2015.
7. Derrien M. « La tête en capilotade » Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980) [Internet] [Thèse pour l'obtention du doctorat d'histoire]. Lyon 2; 2015. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01715662/document>
8. Tregenza M. Aktion T4, Le secret d'Etat des nazis : l'extermination des handicapés physiques et mentaux. Paris: Calmann-Lévy; 2011. 516 p.
9. Bueltzingsloewen I von. Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation, Abstract. *Vingtième Siècle Rev Hist.* 2002;no 76(4):99-115.
10. Nasser M. The rise and fall of anti-psychiatry. Vol. 19. 1995. 743 p.
11. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentale [Internet]. mars 15, 1960. Disponible sur: [http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15mars1960bis.pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf)
12. Loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière [Internet]. déc 31, 1970. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JPDF0301197100000067&pageCourante=00067#](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JPDF0301197100000067&pageCourante=00067#)
13. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
15. Haute Autorité de Santé - Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité [Internet]. [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite)
16. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
17. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. *J Fr Psychiatr.* 2010;(38):25-7.
18. Durand B. Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation, *Psychiatric care : a return to constraints and stigmatisation.* *Trib Santé.* 23 nov 2011;(32):43-54.
19. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html>
20. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-135/140-qpc/decision-n-2011-135-140-qpc-du-9-juin-2011.97394.html>
21. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en

- psychiatrie, Qualitative survey of the law of 5 July 2011 in the field of psychiatry. *Santé Publique*. 2013;25(6):793-802.
22. Conseil constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 [Internet]. 2012 [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-qpc/decision-n-2012-235-qpc-du-20-avril-2012.105519.html>
23. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
24. Conseil constitutionnel. Décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979 [Internet]. juill 12, 1979. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/1979/79-107-dc/decision-n-79-107-dc-du-12-juillet-1979.7726.html>
25. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen [Internet]. 1789. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
26. Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique.
27. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. *Rech Soins Infirm*. 2005;81(2):139.
28. Primevert M. La parole des patients, l'écoute du juge. *Inf Psychiatr*. 2017;93(10):833-6.
29. Code de la santé publique - Article L3222-5-1. Code de la santé publique.
30. La ministre des affaires sociales et de la santé. Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement [Internet]. mars 29, 2017. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41997>
31. Haute autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations pour la pratique clinique. Paris; 2017.
32. Najman T. Lieu d'asile [Internet]. Odile Jacob; 2015 [cité 17 août 2018]. Disponible sur: [https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychiatrie/lieu-dasile\\_9782738133076.php](https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychiatrie/lieu-dasile_9782738133076.php)
33. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [Internet]. 2002. Disponible sur: [http://www.cncdh.fr/sites/default/files/cept\\_0.pdf](http://www.cncdh.fr/sites/default/files/cept_0.pdf)
34. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République Française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680696082>
35. Gouvernement de la République Française. Réponse du Gouvernement de la République française au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en France [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680696083>
36. Haute autorité de Santé. Rapport de certification V2010 EPSM Val-de-Lys-Artois. 2014 déc.
37. Oxfoz. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur:

<http://www.cglpl.fr/>

38. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2016. France; 2017.
39. F2RSM Psy Hauts-de-France. Soirée de l'espace régional de réflexion éthique des Hauts de France du 10 octobre 2016 [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=3lpb\\_UEntmw](https://www.youtube.com/watch?v=3lpb_UEntmw)
40. L'EPSM Val de Lys-Artois clôture son plan de retour à l'équilibre avec deux ans d'avance • HOSPI MEDIA [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180821-finance-l-epsm-val-de-lys-artois-cloture>
41. Haute autorité de Santé. Rapport de Certification V2014- EPSM AGGLOMÉRATION LILLOISE SAINT-ANDRÉ [Internet]. 2017 oct [cité 20 août 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_264108/fr/etablissement-public-de-sante-mentale-epsm-agglomeration-lilloise-saint-andre](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_264108/fr/etablissement-public-de-sante-mentale-epsm-agglomeration-lilloise-saint-andre)
42. Haute autorité de Santé. Rapport de certification V2014- ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE LILLE-MÉTROPOLE [Internet]. 2015 nov [cité 20 août 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_260715/fr/etablissement-public-de-sante-mentale-lille-metropole](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_260715/fr/etablissement-public-de-sante-mentale-lille-metropole)
43. Haute autorité de Santé. Rapport de certification V2014 - ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DES FLANDRES [Internet]. 2016 mai [cité 20 août 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_260754/fr/etablissement-public-de-sante-mentale-des-flandres](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_260754/fr/etablissement-public-de-sante-mentale-des-flandres)
44. Alezrah C, Bobillo J-M. Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? Inf Psychiatr. 1 sept 2004;80(7):571-8.
45. Ameisen J-C, Kordon C, Le Coz P, Grimfeld A, Béloucif S, Deschamps C, et al. Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant: Avis n° 95 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Inf Psychiatr. 2007;83(3):235.
46. Comité Interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation. Dossier de presse [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/02/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comite\\_interministeriel\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_delinquance\\_et\\_de\\_la\\_radicalisation\\_-\\_23.02.2018.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/02/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_de_prevention_de_la_delinquance_et_de_la_radicalisation_-_23.02.2018.pdf)
47. Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. 2018-383 mai 23, 2018.
48. Union Syndicale de la Psychiatrie. Vous avez aimé le fichier Hopsyweb ? Vous allez adorer le suivi des soins sans consentement en psychiatrie par le ministère de l'Intérieur ! [Internet]. 2018 [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.uspsy.fr/Vous-avez-aime-le-fichier-Hopsyweb.html>
49. Piquemal M. Le conteur philosophe. Albin Michel; 2010.
50. Inspection Générale des affaires sociales. Analyse des risques en psychiatrie et propositions pour les éviter [Internet]. 2011 mai [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000287.pdf>
51. Bonnafé L (1912-2003) A du texte. Dans cette nuit peuplée : 18 textes politiques / de Lucien Bonnafé,... [Internet]. 1977 [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k33264448>
52. Binder RL, McCoy SM. A study of patients' attitudes toward placement in seclusion. Hosp Community Psychiatry. nov 1983;34(11):1052-4.
53. Carré R, Moncany A-H, Schmitt L, Haoui R. Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients, Physical restraint in psychiatry: qualitative study of patients' experiences. Inf Psychiatr. 2 juin 2017;me 93(5):393-7.
54. Caria A, Loubières C, Letailleur C. Liberté et psychiatrie: les mots des usagers. Santé Ment.



juin 2015;(199).

55. Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse). *J Droit Jeunes*. 2016;354-355(4):59.

56. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Paris: Dalloz; 2016.

57. Delion P. *Thérapeutiques institutionnelles* [Internet]. Elsevier Masson. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/4315/therapeutiques-institutionnelles>

58. Ducarre C. Comment contenir ce qui nous est étranger ? *Cliniques*. 24 août 2011;(1):78-92.

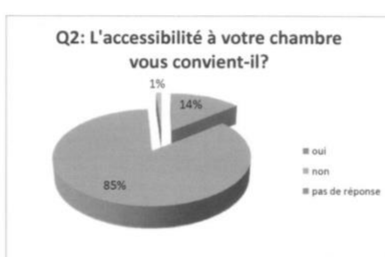
# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction autour de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, Octobre 2013.



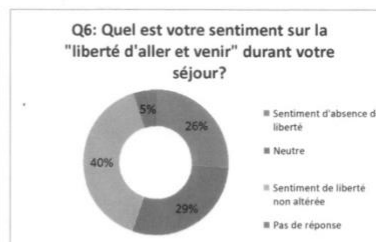
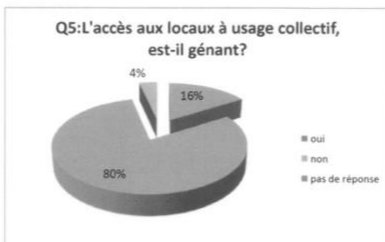
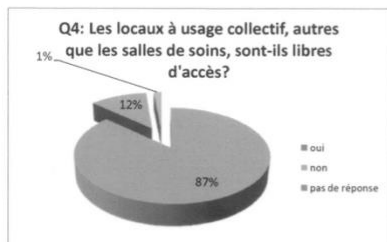
PRISE EN CHARGE EN INTRA HOSPITALIER  
EVALUATION DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS  
OCTOBRE 2013

Les patients hospitalisés en intra hospitalier ont été interrogés le jeudi 10 octobre 2013 à l'aide d'un questionnaire réalisé à l'EPSM. Le questionnaire fut passé en direct aux 322 patients présents par les professionnels de santé, 199 questionnaires nous ont été retournés et 199 étaient exploitables, soit 61,80% de retour.



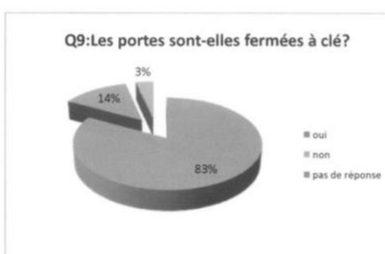
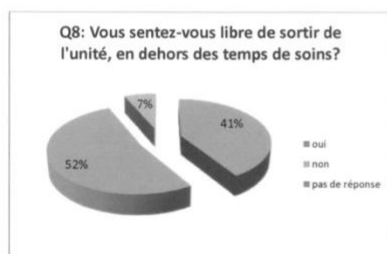
**Questions 1 et 2** : La majorité des patients ne peuvent pas accéder à leur chambre et n'en souffrent pas

**Question 3** : 39% n'éprouvent pas de sentiment de gêne par rapport à l'accès aux chambres



**Questions 4 et 5** : Les locaux sont accessibles et ce n'est pas gênant

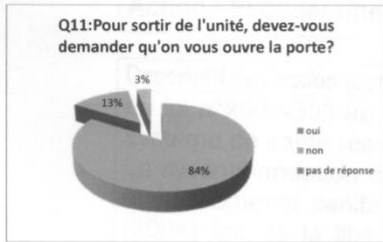
**Question 6** : 40% des patients ont un sentiment de liberté non altérée . Il serait intéressant de voir si les 26% ayant un sentiment de liberté altérée sont des hospitalisations sous contraintes .



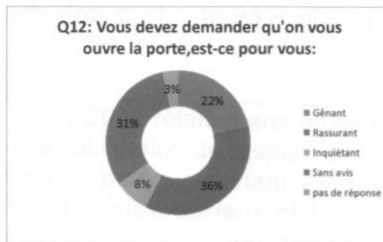
**Question 8 et 9** : pour la majorité des services les portes sont fermées à clé (cf enquête de 2012). Il serait intéressant de vérifier de quels services sont issus les 41% des réponses de patients se sentant libre de sortir, et faire un croisement selon les modes de placement et selon le règlement intérieur.

**Question 9** : Pour 14%, les portes ne sont pas fermées à clé. De quel service s'agit-il ? Il serait judicieux de croiser ces résultats avec ceux de l'enquête de 2012 ,

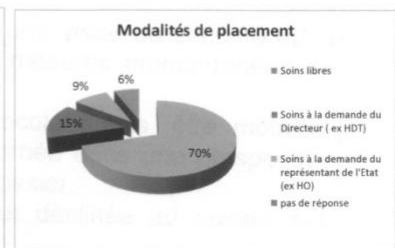
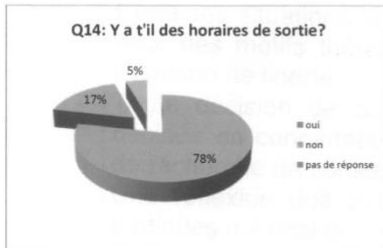
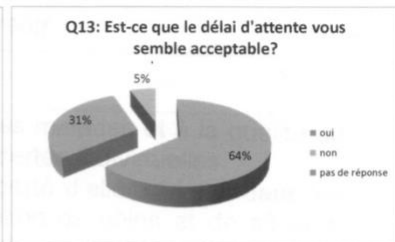
**Question 10** : 36% des patients trouvent qu'il est rassurant que les portes soient fermées. Cela ne semble gênant que pour 21% des personnes interrogées ,



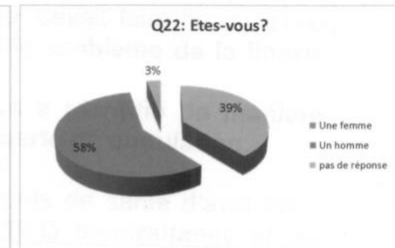
**Question 11** : A croiser avec l'enquête de 2012



**Question 12** : à croiser avec la question 10 car pour la plupart des patients (36%) la fermeture des portes est rassurante. Le fait de demander pour ouvrir et sortir les rassurent également, sentiment de sécurité durant leur hospitalisation. Il serait intéressant de savoir quelle population de patient représente les 31% de "sans avis".



**Questions 14 et 15** : Bonne connaissance des horaires de sortie et les patients les respectent. Faire une recherche sur les 17% obtenus (de quels services s'agit-il ?).



**Questions 17 et 18** : Les résultats montrent que les patients connaissent l'organisation de l'hôpital. Le vécu global des patients n'est pas lié à la première hospitalisation.

**Analyse globale** : La majorité des patients ne peuvent pas accéder à leur chambre et n'en souffrent pas, seul 39% éprouvent un sentiment de gêne par rapport à cela et souhaiteraient pouvoir accéder à leur chambre pour une sieste, un temps de retrait ou un temps de lecture. Ce temps leur permettrait de se resécuriser.

**Annexe 2** : Fiche de prescriptions restrictives



**PRESCRIPTIONS RESTRICTIVES POUR LES PERSONNES HOSPITALISEES**

La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale reconnue au patient (loi du 04/03/2002). Elle est toutefois à concilier avec d'autres impératifs liés aux soins, à la sécurité ou à l'organisation interne de l'établissement. Les restrictions individuelles suivantes sont négociées avec le médecin et s'efforcent d'être proportionnées à votre état de santé et/ou votre protection. Elles sont complémentaires à celles du règlement intérieur hospitalier et des règles de fonctionnement du service que vous avez signé à votre arrivée.

Emplacement étiquette séjour
Nom :
Prénom :
Nom de naissance:
Date de naissance :
Unité :

ABSENCE DE PRESCRIPTION RESTRICTIVE		DATES	
<b>SORTIES EN DEHORS DES ACTIVITES</b>			
1- Fréquence et durée			
2- Accompagné( e ) de la famille, d'un tiers, d'un soignant (précisez) :			
3- Non autorisé			
<b>TELEPHONE</b>			
1- Fréquence et durée			
2- Accompagné par un membre du personnel soignant			
3- Limité à certains appels (entrants, sortants,...)			
4- Non autorisé aux personnes suivantes			
<b>VISITES</b>			
1- Fréquence et durée			
2- Limitées aux personnes suivantes :			
<b>ACCES AUX CHAMBRES</b>			
1- Limité aux horaires suivants			
		<b>DATES</b>	
SIGNATURE PATIENT			
SIGNATURE ET NOM MEDECIN			

Feuillelet n° : \_\_\_\_\_

### **Annexe 3** : Mode d'emploi de la fiche de prescriptions restrictives

## **FICHE PRESCRIPTIONS RESTRICTIVES POUR LES PERSONNES HOSPITALISEES**

### **A) But de la fiche : Informer le patient sur la liberté fondamentale d'Aller et Venir**

Informez le patient que malgré son hospitalisation, il y a le maintien de la liberté fondamentale d'aller et venir. Mettre en place un contrat avec les restrictions individuelles sur prescription médicale. Contrat devant être réévalué au minimum chaque semaine.

### **B) Présentation de la fiche**

- La fiche se présente en recto, format paysage.
- Les éléments obligatoires de toute pièce du dossier :
  - o Identification de l'établissement
  - o Identification du patient : Nom, prénom, Nom de naissance, date de naissance
  - o Intitulé de la fiche
  - o 4 items sont déclinés :
    - Sorties en dehors des activités
    - Téléphone – point phone
    - Visites
    - Accès aux chambres

### **C) Règles d'utilisation**

En l'absence de prescription restrictive : cocher, dater et signer « Absence de prescription restrictive »

Cette fiche est complétée en cas de restrictions se surajoutant au règlement intérieur et aux règles de vie du service.

Cette fiche est à compléter dès l'entretien d'entrée ou dans les plus brefs délais en fonction de l'état de santé du patient.

Elle est remplie au minimum 1 fois par semaine par le médecin responsable du patient.

Elle doit être signée par le patient et le médecin à l'évaluation initiale et à chaque réévaluation.

Elle doit être revue au minimum toutes les semaines si des restrictions sont à prescrire.

## **Annexe 4**

### **PLAN D' ACTIONS concernant la recommandation V2010 au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois**

#### **Critère 10.e : Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté**

#### **Améliorer la prise en compte de la liberté d'aller et venir des patients**

##### **Chefs de projet**

Dr. LAUWERIER Laurent (Chef de pôle et pilote du groupe de travail "Liberté Aller et Venir")  
M. MOUQUET Philippe (Cadre de santé, membre du groupe de travail "Liberté Aller et Venir")

##### **Equipe de réalisation**

Groupe de travail "Liberté aller et venir"

##### **Personnes ressources**

Mr Coupet Eric (Ingénieur hospitalier chargé de la sécurité, de l'environnement et du Développement Durable)

Mme Insalaco Jennifer (Secrétaire générale)

Le Service Qualité Gestion des risques

<b>Etat d'avancement des actions</b>		
<b>Intitulé de l'action</b>	<b>Etat</b>	<b>Date</b>
Créer un imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées »	Réalisée	15/04/2015
Présenter l'imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » en CME	Réalisée	24/04/2015
Modifier, à la demande de la CME, l'imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées »	Réalisée	27/04/2015
Valider l'imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » en CME et le guide d'utilisation du dossier patient	Réalisée	26/06/2015
Présenter l'imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » au comité DPA	Réalisée	03/09/2015 (v1) 21/10/2016 (v2)
Mettre en place l'imprimé relatif aux « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées »	Réalisée	15/01/2016
Inclure au sein des projets médicaux la préservation des libertés individuelles et les risques de leur non-respect (évoqué lors de la CME du 26/06/15), Projet médical d'établissement 2018-2022 reprend ces valeurs en priorité	Réalisée	06/10/2016
Définir les horaires de fonctionnement des caméras sur un temps de nuit : 21h/6h pour les lieux de circulation ; 24h/24 pour les chambres d'isolement	Réalisée	15/04/2015
Présenter et valider les règles de fonctionnement à la CME	Réalisée	26/06/2015
Intégrer les horaires de fonctionnement dans le Règlement Intérieur de l'établissement	Réalisée	15/06/2015
Diffuser une note d'information générale concernant le paramétrage des caméras (information réalisée en réunion d'encadrement soignant : juin 2015), Pas de note d'information mais une lettre qualité a été diffusée à tous les professionnels le 09 2015	Réalisée	01/09/2015
Ajouter une signalétique sur chaque moniteur pour affichage des horaires de fonctionnement du dispositif de vidéosurveillance (21H/6H)	Réalisée	30/08/2015

Modifier la « Fiche psychiatrique et somatique de prescription de mise en chambre d'isolement thérapeutique » (MCIT) en ajoutant un item indiquant qu'une information concernant la vidéosurveillance a été faite au patient Inclus également dans la nouvelle fiche de décision de mise en chambre d'isolement initial (juin 2017)	Réalisée	15/04/2015, juin 2017
Présenter la « Fiche psychiatrique et somatique de prescription de MCIT » modifiée au comité DPA (Comité DPA le 3/09/15)	Réalisée	30/09/2015
Mettre en place la « Fiche psychiatrique et somatique de prescription de MCIT »	Réalisée	19/10/2015
Modifier la fiche « Contrat de soins » en ajoutant un paragraphe sur la vidéosurveillance « Je sais qu'il y a de la vidéosurveillance dans les lieux de circulation et dans la chambre d'isolement »	Réalisée	15/04/2015
Présenter la fiche « Contrat de soins » modifiée au comité DPA (Comité DPA le 3/09/15)	Réalisée	30/09/2015
Mettre en place la fiche « Contrat de soins »	Réalisée	19/10/2015
Mener une réflexion avec le groupe de travail « Liberté d'aller et venir » autour de la recherche du consentement (e groupe considère que l'information peut être donnée. Or, le recueil de consentement semble difficile à mettre en œuvre)	Réalisée	15/04/2015
Présenter les actions menées par le groupe à la CRUQPC pour avis	Réalisée	24/06/2015
Réaliser un recensement des affiches relatives à la vidéosurveillance actuellement présentes au sein de l'établissement (Réajustements réalisés)	Réalisée	28/04/2015
Informier le personnel via la Lettre Qualité Gestion des Risques des actions menées par le groupe de travail	Réalisée	30/09/2015
Définir la périodicité de réévaluation des prescriptions restrictives au sein du guide DPA (à minima 1fois/semaine)	Réalisée	12/06/2015
Présenter le guide d'utilisation de l'imprimé « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » au comité DPA (Comité DPA le 3/09/15)	Réalisée	30/09/2015
Présenter la périodicité de réévaluation des prescriptions restrictives en CME	Réalisée	26/06/2015
<b>Etat d'avancement des évaluations</b>		
Ajouter un item spécifique au sein du questionnaire de sortie afin d'évaluer la préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté « Vous êtes vous senti respecté dans votre liberté d'aller et venir dans notre établissement durant votre séjour » (analyse annuelle des questionnaires de sortie)	Réalisée	30/09/2015
Ajouter un item spécifique au sein de l'enquête de satisfaction afin d'évaluer la préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté « Vous êtes vous senti respecté dans votre liberté d'aller et venir dans notre établissement durant votre séjour » (enquête de satisfaction annuelle en décembre 2015)	Réalisée	30/09/2015
Evaluer le respect des horaires de fonctionnement de la vidéosurveillance,	Prévue	mars-18
Evaluer le remplissage de l'imprimé « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » et l'information faite au patient par rapport à la vidéosurveillance (contrat de soins et fiche MCIT), lors d'une évaluation en interne	Prévue	fevrier 2018

Evaluer le remplissage de l'imprimé « Prescriptions restrictives pour les personnes hospitalisées » et l'information faite au patient par rapport à la vidéosurveillance (contrat de soins et fiche MCIT) dans le cadre des IQSS	Réalisé en partie	L'évaluation du remplissage du document prescriptions restrictives devait se faire lors des évaluations IQSS mais n'a pu être réalisée. une évaluation sera faite certainement courant mars 2018 . En revanche l'information au patient sur la vidéo surveillance a été faite à ce même moment en juillet / Août 2017
Evaluer la satisfaction des patients en matière de restrictions de liberté, présentation à chaque réunion pôle direction	Réalisée	01/11/2015
Evaluer la satisfaction des professionnels concernant le dispositif de vidéosurveillance en place	Prévue	mars-18
Mettre en œuvre les actions nécessaires à l'amélioration de la gestion de restriction de liberté, Mis en avant dans le projet médical d'établissement 2018-2022, restructuration des services dès 2016 pour préserver des lieux ouverts dans le cadre du PRE, valeurs mis en avant dans les prémices du projet médical présenté au conseil de surveillance	Réalisée	démarche continue



**AUTEUR : CHARLET Florelle**

**Date de Soutenance : 18 septembre 2018**

**Titre de la Thèse : Évolution de la liberté d'aller et venir au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys-Artois de 2010 à aujourd'hui**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : *Psychiatrie***

**DES + spécialité : *Psychiatrie***

**Mots-clés : liberté, liberté d'aller et venir, droit, psychiatrie, santé mentale, analyse des pratiques, service ouvert, service fermé, contention, isolement**

**Résumé :** La liberté d'aller et venir, droit constitutionnel, est souvent restreinte dans le cadre des soins psychiatriques. On observe des différences majeures entre les services dans les restrictions et le respect de cette liberté. Au sein de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, on retrouve récemment des modifications importantes des pratiques autour du respect de la liberté d'aller et venir. En 2010, on relève un climat sécuritaire avec une majorité des services fermés, des patients en hospitalisation libre accueillis dans des services fermés et l'installation même de vidéo-surveillance. La création d'un groupe de travail autour de la liberté d'aller et venir n'amène initialement que peu de modifications dans les pratiques. Suite à la certification HAS de 2014, ce groupe de travail a juste permis la création d'une feuille de prescription restrictives en lieu et place d'autorisation de sortie, d'une information plus complète des patients et des soignants sur la vidéo-surveillance et l'ajout d'un item sur la liberté d'aller et venir dans le questionnaire de sortie des patients. En 2015, un changement de direction, de présidence de la CME et la nécessité d'un plan de retour à l'équilibre mènent à une restructuration significative de l'établissement avec la mise en place de services ouverts dans chaque pôle. On observe aussi une diminution drastique des mesures d'isolement et de contention, de la proportion de patients isolés alors qu'ils sont en soins libres et du recours aux dispositifs de maintien. Le nouveau projet d'établissement met particulièrement en avant le respect de la liberté d'aller et venir, renforcé par la venue des contrôleurs des lieux de privation de liberté.

Notre analyse porte sur les freins et les leviers ayant permis cette évolution des pratiques en faveur du respect de la liberté d'aller et venir. Ceux-ci sont nombreux, nourris de théories, alliant les notions de respect, de droit et de protection, des réflexes de sûreté, une crainte du risque de majoration des sorties sans autorisation ou de passages à l'acte et du vécu des patients. L'impact des lois, sécuritaires ou en faveur du respect des libertés fondamentales, est majeur, tout comme le positionnement et le soutien des acteurs responsables des changements. Ces modifications de pratiques nécessitent un projet basé sur cet appui légal mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire dans une cohésion de toutes les catégories de corps professionnels et dans une remise en question permanente des pratiques.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Docteur Laurent LAUWERIER**