

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

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)

NOR : CPLX1605078X

L'article 9 alinéa 2 de la loi du 30 octobre 2007 permet au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, lorsqu'il constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de saisir les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y répondre. Postérieurement à la réponse obtenue, il constate s'il a été mis fin à la violation signalée ; il peut rendre publiques ses observations et les réponses obtenues.

Lors de la visite du centre psychothérapique de l'Ain, du 11 au 15 janvier 2016, les contrôleurs ont fait le constat de situations individuelles et de conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement, constat qui conduit la Contrôleure générale à mettre en œuvre cette procédure d'urgence.

Le centre psychothérapique de l'Ain (CPA), implanté en périphérie de Bourg-en-Bresse dans un vaste parc, est le seul établissement de soins psychiatriques du département. Il dispose d'une capacité d'accueil en hospitalisation complète de 412 lits, 393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents.

En 2010, l'établissement a fait le choix de redécouper les secteurs de psychiatrie générale et de mettre en place, pour les adultes, des dispositifs transversaux non sectorisés.

Six unités de secteur ont vocation à accueillir les patients adultes pour des hospitalisations en principe de courte durée ; le secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose d'une unité pour adolescents de sept lits et d'une unité pour enfants de douze lits.

Par ailleurs, les dispositifs transversaux comprennent notamment :

- trois unités, de « soins de suite » comptant 87 lits au total, destinées à recevoir des patients dits de « longue évolution » pour la plupart non stabilisés ;
- une unité pour malades gravement déficitaires de 31 lits, accueillant des patients souffrant de « psychose déficitaire grave », avec des troubles du comportement importants et qui nécessitent une assistance et/ou une surveillance dans tous les actes de la vie quotidienne ;
- deux unités pour personnes âgées de 20 lits chacune ;
- une unité ouverte d'hospitalisation de court séjour.

Les contrôleurs ont constaté que les conditions hôtelnières d'hébergement sont, dans l'ensemble, satisfaisantes. La plupart des chambres sont individuelles. Elles sont équipées de sanitaires et, comme les locaux collectifs, elles sont propres et bien entretenues. Un programme de construction de bâtiments destinés à accueillir les unités installées dans les locaux les plus vétustes est en cours de réalisation ; le déménagement des unités concernées devrait être achevé en 2017. De même il a été fait état d'un projet de nouveaux locaux pour le service de pédopsychiatrie.

Au cours de la visite, un certain nombre de violations graves des droits fondamentaux des patients hospitalisés a été constaté par les contrôleurs :

1. Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle.

Cette pratique se traduit tant dans l'organisation matérielle de la prise en charge que dans la dispensation des soins. Un « cadre de soins », arrêté par un médecin pour chaque patient, rend compte de ce fonctionnement ; il est formalisé pour chacun par un document standardisé intitulé « prescription de restriction de liberté d'aller et venir ». Ces restrictions portent sur l'utilisation des objets et des effets personnels, la communication avec l'extérieur et les sorties de l'unité.

Toutes les unités sont fermées (1). Elles ont toutes une cour intérieure close qui n'est accessible qu'à certaines heures de la journée et seulement à certains patients, en fonction de l'autorisation médicale. L'accès au parc de l'hôpital est encore plus restreint. Ce régime s'applique à tous les patients, y compris ceux hospitalisés en soins libres.

2. Une restriction à la liberté de circuler encore plus prononcée dans les unités de « soins de suite ».

Les limitations à la liberté d'aller et venir des patients imprègnent le fonctionnement des unités de « soins de suite » ; ces limitations sont d'autant plus durables pour chacun que, dans ces unités, la brièveté et le caractère épisodique de la présence médicale ne permettent pas de les réévaluer autant que de besoin. Ainsi, les contrôleurs ont constaté :

- un accès à la cour intérieure limité, pour la majorité des patients, à deux fois une demi-heure par jour. Dans l'une de ces unités, cette durée est réduite de moitié pour ceux des patients qui ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés d'un soignant ;
- l'interdiction de fumer plus de quatre cigarettes par jour ;

- des placards fermés à clé dans les chambres sans que les patients n'en détiennent la clé et un accès aux affaires personnelles restreint, nécessitant l'intervention des soignants conformément à la prescription médicale ;
- la pratique habituelle du maintien de certains patients dans leur chambre fermée jour et nuit ;
- le recours fréquent à la contention ;
- des « prescriptions » médicales d'enfermement et de contention particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux, renouvelées pendant plusieurs mois et, dans certains cas, sans examen systématique du patient.

La majorité des patients s'ennuie. Seule la moitié d'entre eux a accès à quelques heures d'activités thérapeutiques hebdomadaires à l'extérieur de l'unité. Si l'une de ces trois unités propose deux heures d'activités quotidiennes auxquelles peuvent participer un maximum de cinq patients, une autre n'en organise que deux heures par semaine.

Les équipes de soins – constituées en grande partie de jeunes diplômés – se montrent, dans l'ensemble, attentives aux patients, mais, bien que volontaires, elles sont démunies et constatent que la faiblesse de la présence médicale alimente la logique d'enfermement : « En termes de présence médicale, on est abandonné de l'institution. On aimerait faire bouger les choses mais on n'a pas forcément les moyens pour le faire ». Les contrôleurs ont constaté pour de nombreux patients une absence de projet de soins individualisé qui s'apparente à de l'abstention thérapeutique.

3. Un recours à l'isolement et à la contention utilisé dans des proportions jamais observées jusqu'alors et non conforme aux règles communément appliquées.

Il convient ici de rappeler que la mise en chambre d'isolement est une pratique médicale réservée en dernier recours aux situations de crise, visant à obtenir un apaisement du malade en le soustrayant aux stimulations sensorielles. Elle consiste à enfermer une personne, en pyjama, dans une pièce nue, équipée d'un simple lit fixé au sol au centre de la pièce. Le placement doit se faire sur prescription médicale après un examen minutieux du patient afin de le réserver aux situations qui ne peuvent être traitées autrement. Sa durée doit être brève et ne saurait excéder le temps de la crise. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de vingt-quatre heures et après examen médical du patient (2). Dans des cas qui doivent rester exceptionnels et uniquement le temps de permettre à un traitement sédatif de faire effet, une contention peut être prescrite (immobilisation sur le lit à l'aide de lanières attachées à chaque membre et au niveau du bassin). Ces pratiques, qui renforcent l'image d'une dangerosité des malades mentaux, ne doivent jamais occulter le fait que ceux-ci sont, avant tout, des personnes en grande souffrance.

Les contrôleurs ont constaté au CPA un recours à l'isolement et à la contention dans des proportions qu'ils n'ont observées dans aucun autre établissement visité. Toutes ses unités d'hospitalisation sont équipées de deux chambres d'isolement, à l'exception de celle pour adolescent et de celle pour psychotiques déficitaires graves qui n'en comportent qu'une et de celle de court séjour, ouverte, qui n'en comporte pas.

Outre les vingt-cinq chambres d'isolement ainsi disponibles, l'établissement s'est doté d'une unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) de vingt et une chambres, toutes sur le même modèle : un espace nu, équipé, pour seul mobilier, d'un lit central fixé au sol et permettant la contention, d'un lavabo et d'un WC. Toutes ces chambres disposent de deux portes d'accès. Aucun espace n'est à l'abri du regard extérieur. Les douches, une pour deux chambres, sont des cabines sans porte ni rideau, imposant aux patients de se laver sous la surveillance directe des soignants. Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel. Cette unité, destinée en principe au traitement de la crise, accueillait lors de la visite, dix patients au long cours dont trois étaient présents depuis la date de son ouverture en 2010. Il a été également constaté que cette unité est parfois utilisée à des fins disciplinaires.

Pour une capacité de 412 lits, l'établissement compte quarante-six chambres d'isolement dont l'utilisation se révèle remarquablement importante. Selon les données recueillies (3), en moyenne plus de trente-cinq chambres d'isolement sont occupées chaque jour, ce qui représente plus de 13 000 journées passées en chambre d'isolement dans l'année. L'utilisation des chambres d'isolement est constante dans les unités de « soins de suite », certains patients y étant à demeure. Le recours à la contention, dont l'usage doit pourtant rester exceptionnel, est tout aussi généralisé : certains jours, trente-cinq patients sont contenus sur un lit. Ainsi, dans l'une de ces unités, une personne est isolée, attachée, depuis une date indéterminée, chacun des soignants, dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, interrogés sur le début de cette mesure, a répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement.

Outre les patients placés en chambre d'isolement, de nombreux patients hospitalisés dans les unités de « soins de suite » sont enfermés dans des chambres ordinaires. Les contrôleurs ont constaté que cet enfermement, qui dépasse souvent vingt heures par jour, pouvait être prolongé pendant plusieurs mois. Il peut s'y ajouter une contention au lit ou au fauteuil jusqu'à vingt-trois heures par jour, pour certains patients pendant des mois également, voire des années. Ainsi, pendant la visite des contrôleurs, plus de la moitié des patients d'une des trois unités de « soins de suite » étaient enfermés en chambre d'isolement ou en chambre ordinaire.

Sur l'ensemble des quarante-six chambres d'isolement de l'établissement, une minorité sont équipées d'un bouton d'appel, dont beaucoup ne fonctionnent pas. Les patients enfermés ne disposent d'autre moyen pour faire appel aux soignants que de taper à la porte ou de crier. Ceux qui sont attachés n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier pour obtenir à boire ou pour demander le bassin.

Le fonctionnement de l'unité pour malades agités et perturbateurs est particulièrement strict : le port du pyjama y est obligatoire pendant toute la durée du séjour, le tabac y est totalement proscrit, il est interdit aux patients de conserver dans leur chambre leurs affaires personnelles. Dans le meilleur des cas, les patients ne sont enfermés que dix-neuf heures par jour dans leur chambre. L'accès à la courette intérieure se fait obligatoirement accompagné d'un soignant ; certains patients peuvent être autorisés à lire ou à écrire dans leur chambre mais il leur est interdit

de posséder un lecteur de musique. Pour les patients autorisés à sortir de leur chambre, les seules activités possibles sont de participer à des jeux de société, écouter la radio et regarder la télévision ; parmi eux, quelques-uns peuvent parfois se rendre à la cafétéria de l'hôpital, accompagnés de deux soignants ; seule une femme hospitalisée au très long cours a la permission de se rendre de temps à autre à des activités thérapeutiques communes au dispositif de suite. Certains malades sont sous contention la nuit, d'autres, en permanence. Une jeune femme, présente depuis un an, était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant. Elle a précisé qu'elle était autorisée à retourner chez elle un week-end sur deux, ce qui lui permettait de se rendre chez le coiffeur ou au restaurant.

Les personnes détenues nécessitant des soins sont systématiquement hospitalisées dans cette unité. Elles font l'objet d'un traitement spécifique, indépendamment de leur état clinique : mise sous contention systématique jusqu'au premier entretien avec un psychiatre, examen médical somatique incluant l'inspection des parties génitales à des fins de sécurité et pratiqué sur le patient attaché.

Dans certaines unités, les patients à l'isolement ne sont pas vus par un médecin le week-end ; dans les unités de « soins de suite », au lieu d'être renouvelées quotidiennement, les prescriptions d'isolement sont faites pour sept jours et sans que le patient soit systématiquement examiné.

4. Des pratiques inhabituelles qui rencontrent une résignation préoccupante tant de la communauté soignante que des patients.

Les contrôleurs ont constaté que de nombreux patients s'étaient résignés à leur enfermement, convaincus par le discours médical qu'il était le seul moyen de les apaiser. Questionnés sur leur souhait de voir élargir leurs possibilités de circulation, beaucoup ont répondu « je ne sais pas », « je n'ai pas le droit », « ce n'est pas moi qui décide ». Cette soumission remarquable apparaît comme très préoccupante et ne témoigne nullement de la situation de crise qui justifie leur enfermement. L'extrême réserve avec laquelle les personnes rencontrées, patients comme soignants, se sont exprimées sur les pratiques locales de contention et d'isolement est tout aussi troublante, témoignant de la difficulté d'envisager différemment le soin.

Aucune spécificité de la population accueillie par le CPA n'explique et encore moins ne justifie le recours à l'isolement et à la contention dans les proportions observées dans cet établissement. La nature et le systématisme des limites apportées aux droits des patients à leur liberté d'aller et venir, les conditions d'enfermement de beaucoup d'entre eux portent une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées. Les conditions dans lesquelles les patients sont placés à l'isolement, enfermés, sous contention pour des durées particulièrement longues, pouvant atteindre des mois, voire des années, constituent, à l'évidence, un traitement inhumain et dégradant.

Ces différents constats conduisent le contrôleur général à formuler les recommandations suivantes :

1. ériger en règle la libre circulation dans l'établissement, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient ;
2. mettre fin immédiatement à l'enfermement en chambre ordinaire ;
3. mettre sans délai un terme à la pratique excessive, tant dans la durée que dans l'intensité, de l'enfermement en chambre d'isolement et de la contention ;
4. mettre fin immédiatement aux prescriptions et décisions médicales effectuées sans examen préalable du patient ;
5. assurer une présence médicale quotidienne et d'une durée suffisante dans toutes les unités ;
6. évaluer avec l'aide d'intervenants extérieurs l'état clinique et les modalités de prise en charge de tous les patients présents dans les unités de « soins de suite » et à l'unité pour malades agités et perturbateurs afin d'élaborer pour ces patients un projet de soins et de vie ;
7. renforcer dans des délais très courts les activités thérapeutiques dans et hors les unités afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de patients ;
8. former l'ensemble du personnel à la prévention et la gestion des situations de crise.

(1) A l'exception de l'unité pour adolescents (sept lits) et de celle de court séjour (douze lits).

(2) Selon les règles communément admises actuellement, en particulier le guide élaboré par la Haute Autorité de santé en 1998.

Il convient par ailleurs de préciser que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique un article L. 3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, qui doivent faire l'objet d'une traçabilité, et qu'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.

(3) Fiches quotidiennes des disponibilités en lits dont chambres d'isolement, fournies par le CPA.



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*Le Ministre**Paris, le* 04 MARS 2016

Cab MT/SPSS/MG//EM/D-16-005387

Madame la Contrôleure générale,

Vous m'avez transmis le 19 février 2016, dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure d'urgence, le rapport de la visite effectuée par une équipe de contrôleurs entre le 11 et le 15 janvier 2016 au Centre psychothérapique de l'Ain (CPA) à Bourg en Bresse (Ain).

Les points que vous soulevez me sont apparus suffisamment préoccupants pour enjoindre la direction de l'établissement de mettre en œuvre dans les meilleurs délais des mesures correctives portant sur le fonctionnement général des services et les pratiques observées au sein du CPA.

L'ARS avait, avant la remise du rapport, pris l'initiative d'anticiper les premières actions nécessaires. Le président de l'UNAFAM de l'Ain a ainsi été reçu en entretien à la délégation départementale de l'ARS le 9 février 2016. A la suite de la visite des contrôleurs et dans l'attente du rapport de visite, la délégation départementale a fait le point dès le 16 février avec le directeur de l'établissement et examiné les premières mesures à mettre en œuvre.

A réception de votre rapport, j'ai demandé à la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes-Auvergne de recevoir sans délai le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement. Ceux-ci ont été reçus le 22 février dernier et ont fourni, sous 48 heures, la liste des correctifs d'application immédiate ou de très court terme pris par l'établissement. Un plan d'actions à mettre en œuvre à moyen et long termes est attendu très prochainement.

L'établissement s'est engagé à faire cesser immédiatement un certain nombre de pratiques, notamment :

- plus aucun patient ne sera enfermé en chambre ordinaire ;
- les quelques patients hospitalisés au long cours dans l'unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) seront changés d'unité, celle-ci n'étant pas destinée à de tels patients;
- les patients détenus ne seront plus systématiquement mis en contention à leur arrivée de la prison avec inspection de sécurité ; ils seront dorénavant accueillis dans cette unité pour évaluation et pourront être ensuite orientés vers d'autres unités de l'établissement.
- les cours intérieures des unités d'hospitalisation seront en accès libre pour les patients en hospitalisation libre.

.../...

Madame Adeline HAZAN
Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
16-18 quai de la Loire
B.P. 10301
75 921 PARIS cedex 19

Le Directeur et le Président de la CME, ont présenté, à la commission médicale d'établissement le 26 février dernier qui associait l'encadrement supérieur, des documents de service visant à :

- rappeler les règles de bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention ;
- rappeler la non restriction de libre circulation des patients en hospitalisation libre ;
- rappeler l'obligation réglementaire de la prescription initiale et la réévaluation psychiatrique obligatoire pour la prolongation des soins intensifs.

Le nouveau président de la CME s'est engagé à rappeler à ses confrères que chaque mesure de contention ou d'isolement nécessite une véritable évaluation médicale et que la prolongation de telles mesures ne peut se faire sans réévaluation médicale conformément aux recommandations de l'Haute autorité de santé (HAS).

Une réflexion est par ailleurs engagée sans délai pour assurer la libre circulation entre l'intérieur et l'extérieur des unités pour les patients en hospitalisation libre. Deux unités qui n'accueilleront que des patients en hospitalisation libre seront ouvertes dans les deux mois.

Des mesures complémentaires seront mises en œuvre afin d'assurer un accès plus large aux espaces extérieurs aux patients hospitalisés en soins sous contrainte, en fonction de leur état clinique.

D'autre part, l'établissement fournira rapidement à l'ARS un bilan des activités du CATTP "Erasmé" et du dispositif intersectoriel "le département des activités thérapeutiques" ouvert aux patients des unités de soins de suite.

Un plan de formation de l'établissement sera présenté à l'ARS au mois de mars sur la base d'un état des lieux des formations des deux dernières années. L'établissement s'est engagé à prioriser dans les plans de formation à venir la gestion de l'agressivité et de la violence, la prévention et la gestion des situations de crise.

Outre les mesures d'application immédiate, l'établissement dispose d'un délai de six mois pour se mettre totalement en conformité avec l'ensemble de vos recommandations. L'ARS suivra mensuellement l'état d'avancement des actions et leur mise en place effective. Une inspection inopinée sera déclenchée par l'agence, sur site.

Par ailleurs, je tiens à vous faire part du nouveau projet médical d'établissement qui avait été élaboré avant la visite des inspecteurs au cours de l'année 2015 ; l'établissement s'était engagé dans son nouveau projet d'établissement à mener une politique d'ouverture. Les principes de "respect de la personne, d'éthique, de bienveillance et de respect des droits et libertés individuelles" y sont mis en exergue. Ce projet prévoit :

- le respect de la liberté d'aller et venir (expérimentation de la mise en place d'unités d'entrée ouvertes) ;
- le développement de l'offre de soins ambulatoire pour traiter la crise afin de limiter le recours à l'hospitalisation ;
- l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients au long cours ;

- la mise en place de programmes psycho-éducatifs innovants destinés aux proches des patients atteints de schizophrénie et de groupes Profamille ;
- le développement d'une politique portant sur la satisfaction des patients et l'implication des usagers ;
- la priorisation des risques spécifiques liés à l'activité psychiatrique (droits et liberté, contention etc.) et l'amélioration de la traçabilité des pratiques de contention par l'informatisation de la prescription et de la fiche de surveillance;
- la prise en compte dès l'admission des patients à orienter vers la réhabilitation ainsi que l'élargissement du dispositif de réhabilitation psycho-sociale (l'établissement a été retenu comme structure de niveau 1 de réhabilitation suite à un appel à projets lancé par l'ARS).

Une nouvelle visite de certification de la Haute autorité de santé s'est déroulée en novembre 2015 dont les résultats ne sont pas encore disponibles. Mes services ont d'ores et déjà informé la HAS des observations et des recommandations contenues dans le rapport du CGLPL.

J'attache personnellement une importance toute particulière au respect des droits fondamentaux des personnes. J'ai d'ailleurs soutenu l'introduction de l'article 72 dans la loi n°41-2016 du 6 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé afin d'affirmer clairement que « 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 ».

Je peux vous assurer que je veillerai tout spécialement à la mise en œuvre des mesures qui sont et seront prises dans le but de restaurer un fonctionnement et des pratiques professionnelles conformes au respect des droits des personnes.

Je vous prie d'agréer, Madame la Contrôleure générale, l'expression de ma sincère considération.



Marisol TOURAINE