



**Unité pour  
malades difficiles  
de Châlons-en-Champagne  
(Marne)**

*du 15 au 17 janvier 2013*

**Contrôleurs :**

- Vincent Delbos, chef de mission ;
- Jacques Gombert ;
- Thierry Landais.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Châlons-en-Champagne (Marne), du 15 au 17 janvier 2013. Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement, auquel il a été répondu par un courrier du 6 décembre 2013. Le présent rapport de visite prend en compte les remarques et modifications apportées par cette note.

**1 CONDITIONS DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD de Châlons-en-Champagne (Marne), située au sein de l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM), 1 Chemin de Bouy à Châlons-en-Champagne (Marne), le mardi 15 janvier 2013 à 10h15. Ils ont quitté l'établissement le jeudi 17 janvier 2013 à 20h.

Dès leur arrivée, ils se sont présentés à la direction du centre hospitalier et, accompagnés du directeur, sont entrés à l'UMD après le contrôle de leur identité par les agents de sûreté, puis accueillis par la secrétaire et un des cadres de santé du service.

Une réunion de début de visite, permettant de présenter la mission des contrôleurs et le fonctionnement de l'unité, a pu être organisée le 15 janvier 2013, à 17h, avec :

- le directeur général du centre hospitalier ;
- son adjointe ;
- la directrice des soins ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le chef du pôle auquel est rattachée l'unité ;
- le médecin responsable de l'unité ;
- le cadre supérieur de santé affecté à l'UMD ;
- les deux cadres de santé de l'UMD ;
- la responsable du bureau des admissions ;
- des représentants d'organisations syndicales représentatives sur l'EPSMM ;
- des représentants de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

Un bureau situé dans la zone administrative du service a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'ensemble des documents demandés leur a été remis.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins dans les deux unités.

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

Le directeur de cabinet du préfet de la Marne, ainsi que le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne ont été informés de cette visite, dès son commencement. Le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne a été avisé de la visite par la direction du centre hospitalier.

Une réunion de restitution a eu lieu le 17 janvier 2013 à 18h30 avec le directeur de l'EPSM, ses collaborateurs et le président de la commission médicale d'établissement.

Les contrôleurs ont rencontré en entretiens individuels :

- le directeur du centre hospitalier ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le président du tribunal qui exerce les fonctions de juge des libertés et de la détention ;
- le bâtonnier de l'ordre des avocats ;
- les aumôniers.

Ils ont eu, au cours de leur visite, un contact avec six des patients hospitalisés.

## **2 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **2.1 Les conditions de l'ouverture de l'UMD**

Après la décision rapide du gouvernement d'installer une nouvelle UMD à Châlons-en-Champagne, la direction de l'établissement et la communauté médicale ont fait le choix d'anticiper l'élaboration d'un projet de soins. La désignation du pôle de rattachement et du médecin responsable de l'unité a permis la mise en place d'un processus de formation d'une équipe cohérente.

Tous les protocoles ont été mis en place avant l'ouverture et la commission de suivi médical a été installée. Le choix a été fait, dès l'origine, d'admettre deux à trois personnes chaque mois. Le tableau précité montre qu'au terme de la première année de fonctionnement, ce choix paraît avoir été respecté. Les médecins soulignent que des demandes existent mais fondées sur des critères plus larges qu'antérieurement à l'ouverture des nouvelles UMD, conduisant à recevoir dans cette unité des patients moins lourds. Ce contexte devrait permettre d'éviter que certains ne soient en attente pendant une très longue période en UMD, leur retour dans l'établissement d'origine étant plus simple.

Il a été également décidé de privilégier des admissions au niveau régional ou inter régional, permettant de nouer des relations de travail plus étroites avec les équipes soignantes de l'établissement d'origine et de maintenir l'étayage familial.

Le budget dédié au fonctionnement de l'UMD est passé de 5,3 millions d'euros en 2012 à 6,5 millions en 2013 (budget prévisionnel).

Les principales difficultés rencontrées ont porté sur le recrutement des équipes. L'absence d'attractivité géographique, comme le faible intérêt des infirmiers de l'EPSMM pour le projet, ont conduit à démarcher dans les écoles de formation (instituts de formation aux soins infirmiers) et à faire appel à un cabinet de recrutement spécialisé, afin de recruter de jeunes professionnels.

Un parcours de formation professionnalisant a été mis en place avec deux stages d'une semaine dans deux UMD (Sarreguemines - Moselle - et Plouguernevel – Côtes d'Armor), afin de faire appréhender les problématiques cliniques. S'y ajoutait une semaine au service médico psychologique régional (SMPR) implanté à la maison d'arrêt de la ville, afin de faire connaître le milieu carcéral, les UMD étant appelées à recevoir des patients médico-légaux. Enfin, les jeunes professionnels ont été astreints à effectuer une semaine au moins en unité d'admission de l'EPSSM afin de se familiariser avec les pratiques soignantes de l'hôpital, ainsi que dans des structures extra-hospitalières.

Le processus de formation a été appuyé par des groupes de travail se réunissant tous les quinze jours sur des thématiques telles que l'organisation de soins, la définition de journées-types des équipes – d'où se déduisent les postes infirmiers –, le projet de psychothérapie.

La mise en place de la formation Omega a été faite en parallèle et une formation de formateurs à ces méthodes a été instituée. D'origine québécoise, elle vise à développer « des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celles des autres en situation d'agressivité ». Il s'agit d'une méthodologie regroupant différentes techniques et gestes professionnels à faire approprier par des professionnels de santé afin de gérer des interventions auprès des patients en situation de crise.

Enfin, deux périodes de fonctionnement sans patient (« à blanc ») ont été instituées dans le mois précédent l'inauguration de la première unité. Tous les professionnels rencontrés ont considéré que cette période avait été très profitable pour préparer l'ouverture de la première unité (Renaudin), mais regrettaient que ces modules n'aient pu être que partiellement dupliqués pour les agents qui ont été affectés à la seconde unité d'hospitalisation (Dagonet).

L'objectif annoncé par les équipes, comme par la direction de l'EPSMM, est de poursuivre la montée en charge progressive instituée depuis l'ouverture et atteindre l'accueil de quarante patients à l'horizon de juillet 2013.

La communauté médicale de l'établissement, après une phase d'attente face à un projet auquel elle n'avait pas été associée, a manifesté depuis son souhait de considérer cette unité comme toutes les autres : la garde est incluse dans le tour de l'EPSMM, en considérant que « l'UMD est l'affaire de tous les médecins de l'EPSMM et les médecins de l'unité peuvent venir à la CME s'ils le souhaitent ».

## 2.2 L'implantation

L'UMD de Châlons-en-Champagne (Marne) fait partie du programme de création des UMD prévues dans le plan de relance qui a permis la création, en 2011, des UMD d'Albi (Tarn), d'Eygurande (Corrèze) et de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime). Elle est régie par l'article L. 3222-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011<sup>1</sup> et les articles R. 3222-1 à R. 3222-9 du même code.

<sup>1</sup> L'article L. 3222-3 du code de la santé publique stipule : « Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre Ier

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, vingt-deux patients étaient hospitalisés, tous des hommes ; parmi eux, un enfant de seize ans était admis dans cette unité depuis le mois de novembre 2012.

L'UMD est implantée dans l'emprise de l'établissement de santé mentale de la Marne, centre hospitalier spécialisé, situé à Châlons-en-Champagne. L'EPSMM dispose de deux sites d'hospitalisation, l'une à Châlons-en-Champagne – l'hôpital Pierre Briquet –, l'autre à Reims – l'hôpital Henri Ey.

L'EPSMM a une capacité totale de 292 lits au total sur les deux sites, dont 100 à Reims et 212 à Châlons-en-Champagne.

Le site de Châlons-en-Champagne est un très vieil ensemble dédié à la prise en charge de la maladie mentale, puisqu'il trouve son origine au XVII<sup>ème</sup> siècle et deviendra, après la loi du 30 juin 1838, l'asile public d'aliénés du département de la Marne. D'importants travaux ont alors été entrepris sous l'impulsion d'un psychiatre de renom, le docteur Dagonet, dont, aujourd'hui encore, l'aménagement conserve des traces significatives, notamment par un plan orthogonal de voies autour desquelles sont construits des pavillons aux volumes et aux formes analogues.

A la suite du plan de relance décidé par le gouvernement en 2009, le site de Châlons-en-Champagne est retenu comme devant accueillir l'une des quatre nouvelles UMD dont le financement était assuré par ce mécanisme. Les critères objectifs de cette localisation n'ont pas pu être précisés.

Selon les informations recueillies sur place, la décision d'implantation n'a pas été concertée avec l'administration de l'établissement ni avec sa communauté médicale, qui se sont retrouvés dans une « obligation de faire », tout en disposant de moyens importants à cet effet.

La conception en a été confiée à une agence d'architecture locale, les architectes Grzeszczak et Rigaud, dont c'est la première réalisation dans le domaine de la santé.

Le coût d'investissement est de 15 millions d'euros et un budget de fonctionnement annuel de 6 millions d'euros est affecté à cette unité.

L'UMD fait partie d'un pôle regroupant, outre cette unité, le service médico-psychologique régional (SMPR) installé à l'intérieur de la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne, ainsi que le centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles en Champagne-Ardenne (CRIA-VS-CA). Elle a ouvert en deux phases :

- une première unité d'hospitalisation au début de l'année 2012 ;
- une seconde, d'un nombre de lits identique, en octobre 2012.

---

du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peuvent être prises en charge dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. »



- Image 1: maquette de l'UMD

## 2.3 Le bâtiminaire

### 2.3.1 L'enceinte de l'UMD

L'UMD est une transformation d'usage de deux pavillons d'hospitalisation, de deux niveaux, en forme de C, auxquels a été adjointe la construction de deux nouveaux bâtiments, d'un seul niveau, afin de former un ensemble cohérent.

Autour de cet ensemble, a été construit un mur d'enceinte de plus de 3m de hauteur, qui ne ceinture pas complètement le périmètre dédié à l'unité, des cours de promenade ayant été aménagées en adjacence des deux unités construites.



Image 2 : cour de promenade de l'une des unités d'hospitalisation de l'UMD

Depuis l'emprise de l'hôpital, aucune visibilité à l'intérieur de l'UMD n'est possible, du fait de la présence de ce mur d'enceinte.

L'accès à l'unité s'effectue, pour les véhicules venant de la voirie intérieure de l'hôpital, par un sas fermé, qui, une fois franchie la double porte métallique à commande électromagnétique, permet l'entrée dans l'unité.

Un sas d'entrée pour les piétons a été construit dans le mur d'enceinte. Il comporte une porte pleine depuis le domaine du centre hospitalier au-dessus de laquelle une caméra de surveillance permet de visualiser les personnes qui souhaitent entrer dans l'unité.

### 2.3.2 La zone administrative et d'activités

Une fois ce sas franchi, les personnes entrant à pied dans l'unité accèdent à une allée qui distribue l'ensemble des édifices.

Tout d'abord, est installé sur la gauche le bâtiment administratif, de deux niveaux, comportant :

- au rez-de-chaussée, le bureau du médecin chef de pôle, le secrétariat médical de l'unité, le cabinet dentaire ainsi que deux salons visiteurs;
- à l'étage, accessible par un ascenseur, divers bureaux dont ceux des médecins de l'unité, du cadre supérieur de santé, de l'assistant social, des internes ainsi qu'une salle de réunion qui sert notamment aux débats juridictionnels et aux réunions de la commission de suivi médical.

En poursuivant l'allée, une fois passé l'angle du pavillon administratif, les personnes peuvent se diriger vers l'entrée des deux unités d'hospitalisation, l'une à droite, l'autre au fond et à gauche, ainsi que vers l'accès aux salles d'activités aménagées dans un second pavillon réhabilité.

Les deux bâtiments anciens sont joints entre eux par une construction neuve, assurant une liaison fonctionnelle des deux édifices dans lesquels sont installés différentes activités et des ateliers thérapeutiques.

Enfermé à l'intérieur de ces bâtisses, un terrain de sport goudronné comportant des panneaux de basketball a été installé. Il est ceinturé de grilles et est délimité, sur sa partie Nord, par le mur d'enceinte de l'UMD. Il n'est pas visible depuis l'allée conduisant aux unités d'hospitalisation.

Ce premier ensemble est prolongé, à l'extérieur, par un espace de détente à disposition des patients, comprenant des tables et des bancs en béton, d'une largeur de 2m. Il est entièrement clos par un grillage de 3m de hauteur.



*Image 3 : cour de détente des patients en prolongement de la zone d'activités thérapeutiques*

### 2.3.3 Les unités d'hospitalisation

Le long de l'allée, sur la droite et au fond, les deux bâtiments d'hospitalisation forment un angle droit entre eux : le plus éloigné de l'entrée de l'UMD a ouvert en premier. Il est accessible par un système de double porte vitrée fermée, actionnable depuis le bureau infirmier de l'unité. Les deux unités de soins ont été dénommée respectivement Renaudin<sup>2</sup> pour la première ouverte et Dagonet<sup>3</sup> pour la seconde.

Depuis le sas d'entrée à l'UMD, se trouve d'abord l'entrée sur la seconde unité d'hospitalisation construite pour accueillir vingt lits : c'est l'unité la plus récente, ayant ouvert au mois d'octobre 2012. Au fond se trouve la première unité d'hospitalisation construite.

Chaque unité dispose de cours de promenade, grillagées dont les patients, comme les professionnels, déplorent l'étroitesse, perceptible même au moment du contrôle alors que les conditions météorologiques à cette période (température de jour toujours inférieure à 0°) n'incitaient pas à leur usage. Un patient a souligné leur grande minéralité en observant qu'il manquait des arbres. Les deux zones d'isolement comportent leurs propres cours de détente qui sont comparables à celles des unités de soins.

Des réunions de chantier hebdomadaires, durant la période de construction, ont associé les maîtres d'œuvre et les personnels soignants.

Après un an de fonctionnement, plusieurs manques sont relevés :

- l'absence d'horloge dans les chambres qui conduit à déposer avec un morceau de ruban adhésif des montres derrière les vitres des oculi des chambres ;
- l'absence de variateur de lumière dans les chambres d'isolement ;
- un ballon d'eau chaude défectueux depuis plusieurs semaines dans l'unité Dagonet, qui oblige les patients à prendre des douches à une température froide ;
- la dimension réduite des placards de rangement dans les chambres ;
- l'étroitesse des cours de promenade.

## 2.4 Les personnels

Au jour du contrôle, pour les deux unités de vingt lits, l'effectif se décline ainsi :

- 3 médecins ;
- 52 infirmiers : 40 hommes, 12 femmes ;
- 10 aides-soignants : 9 hommes, 1 femme ;
- 0,80 ETP d'ergothérapeute ;
- 1 ETP d'animateur sportif ;
- 1 ETP d'éducateur sportif ;
- 10 agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) : 7 hommes, 3 femmes ;
- 2 cadres de santé ;
- 0,50 ETP cadre supérieur de santé sur le pôle 51P01 – UMD /service médico psychologique régional -SMPR /centre de ressources

<sup>2</sup> Un aliéniste du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle.

<sup>3</sup> Du nom d'un psychiatre du XIX<sup>ème</sup> siècle à l'origine de la construction de l'hôpital.



interrégional pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles de Champagne-Ardenne - CRIAVSCA ;

- 1 secrétaire médicale ;
- 2 internes
- 1 assistant de service social (UMD – SPMR).

Le **personnel médical** de l'UMD comprend trois médecins psychiatres, dont deux affectés à temps plein sur l'UMD, dont l'un exerçant les fonctions de responsable de l'unité, telle qu'elle est définie aux articles R. 3222-2 II et suivants du code de la santé publique qui précisent ses compétences en matière d'admission. Lors du contrôle, tous les médecins psychiatres ont été vus par les contrôleurs, ainsi que le chef de pôle.

Un médecin généraliste assure les soins somatiques nécessaires.

Le **personnel soignant** de l'UMD correspondrait, selon les informations publiées lors de l'ouverture à quatre-vingt-dix équivalents temps plein (ETP), dont cinquante-deux d'infirmiers, parmi lesquels quarante sont des hommes. Le recrutement s'est effectué, pour partie, par mutation mais aussi par des démarches effectuées dans des instituts de formation en soins infirmiers. Au jour du contrôle, il restait à recruter un psychologue, un éducateur sportif, un poste d'infirmier compensant les temps de formateurs internes OMEGA (cf. § 2.6 infra), un aide-soignant, un agent de service hospitalier (ASH), quatre postes de personnels administratifs et techniques et 0,5 ETP de médecin.

Il est précisé par la direction des soins infirmiers que l'ergothérapeute travaille en semaine et est en repos le week-end, tandis que l'animateur sportif et l'éducateur sportif ont un roulement en alternance afin d'assurer, hors période de congés, les activités pendant le week-end et les jours fériés.

Le personnel soignant de jour travaille selon quatre cycles horaires différents :

- une équipe de matin, avec cinq soignants dont un minimum de trois infirmiers, de 6h30 à 14h10 ;
- une équipe d'après-midi, d'une composition identique, de 13h50 à 21h30 ;
- une équipe de nuit de 21h15 à 6h45, qui se compose de trois soignants, dont au minimum deux infirmiers ;
- une équipe de journée de 9h30 à 17h10, plus spécialement affectée aux accompagnements de patients, comprenant un infirmier ou un aide soignant.

Les ratios de personnels définis par l'établissement sont les suivants :

- pour une unité de soins de vingt lits, l'équipe se compose de :
  - ✓ un cadre de santé ;
  - ✓ vingt-six infirmiers ;
  - ✓ cinq aides-soignants ;
  - ✓ cinq agents de services hospitaliers.
- les principes de composition des équipes sont ainsi définis :
  - ✓ la présence de cinq soignants le matin / un soignant en horaire de journée / cinq soignants sur l'amplitude d'après midi ;
  - ✓ pour le service de nuit : deux infirmiers et un aide-soignant ;

- ✓ l'effectif minimum d'agents de service hospitalier (ASH) pour une unité de soins est établi ainsi :
  - de 7h à 14h40 : un ASH ;
  - de 12h20 à 20h : un ASH ;
- les emplois sont retracés dans le tableau suivant :

	Effectif théorique	Effectif réalisé
Cadre supérieur de santé	0,5	0,5
Cadres de santé	2	2
Infirmiers	53	52
Aides soignants	11	10
Agents des services hospitaliers (ASH)	11	10
Animateur sportif	1	1
ergothérapeute	2	1
Educateur sportif	1	1
Personnels administratifs	4	1
Personnels techniques	6	6
Assistant de service social	1	1
Total	89	85,5

Il convient d'ajouter que le cadre supérieur de santé du pôle est affecté à mi-temps, à l'UMD. Il en va de même pour l'assistant de service social.

L'ensemble des agents affectés à l'UMD perçoit une « indemnité forfaitaire de risque » attribuée par le décret n° 92-6 du 2 janvier 1992, modifié par le décret n° 2010-905 du 2 août 2010 dont le montant a été fixé par un arrêté du 21 décembre 2000, jamais modifié, à 1 540,79 F, soit 234,89 euros brut par mois.

## 2.5 L'activité

L'UMD a ouvert en deux phases :

- une première, au début de l'année 2012, pour vingt lits, qui ont été progressivement occupés ;
- une seconde, à partir de l'automne 2012, pour vingt lits supplémentaires : le choix a alors été de faire occuper les lits de la seconde unité par des patients déjà hospitalisés dans la première, afin d'assurer une montée en charge progressive de l'activité de soins.

Au jour du contrôle, il y avait donc quarante places et vingt-deux patients présents. Il s'agit d'une unité d'hommes exclusivement, ainsi que le spécifie le livret d'accueil qui indique, page 5, que l'UMD « accueille spécifiquement des patients hommes en SPDRE... »

Il est indiqué que, depuis l'ouverture, l'équipe médicale a été soucieuse de recevoir des patients dont le « profil » correspond avec les critères d'admission en UMD.

Pour trente patients admis à l'UMD entre le 25 janvier 2012 et le 21 novembre 2012, les origines étaient les suivantes :

- sous-total région Champagne Ardenne : quatorze, dont :
  - o département de la Marne : huit ;
  - o département de la Haute-Marne : trois ;
  - o département des Ardennes : un ;
  - o département de l'Aube : deux ;
- sous-total hors région : seize, dont :
  - o département de l'Aisne : quatre ;
  - o région Ile-de-France : quatre ;
  - o département de l'Yonne : deux ;
  - o département de la Gironde : deux.

L'établissement d'origine du patient était :

- un EPSM dans vingt-deux cas ;
- une USIP dans quatre cas ;
- une autre UMD dans deux cas ;
- un établissement pénitentiaire dans deux cas.

Durant cette période, dix personnes entrées à l'UMD en étaient sorties au 21 novembre 2012.

Au jour du contrôle, les vingt-deux patients étaient, pour dix d'entre eux, admis en soins psychiatriques par décision du représentant de l'Etat, pour onze autres après avis médical, pour un au titre des dispositions de l'article 706-135 du code de procédure pénale<sup>4</sup>.

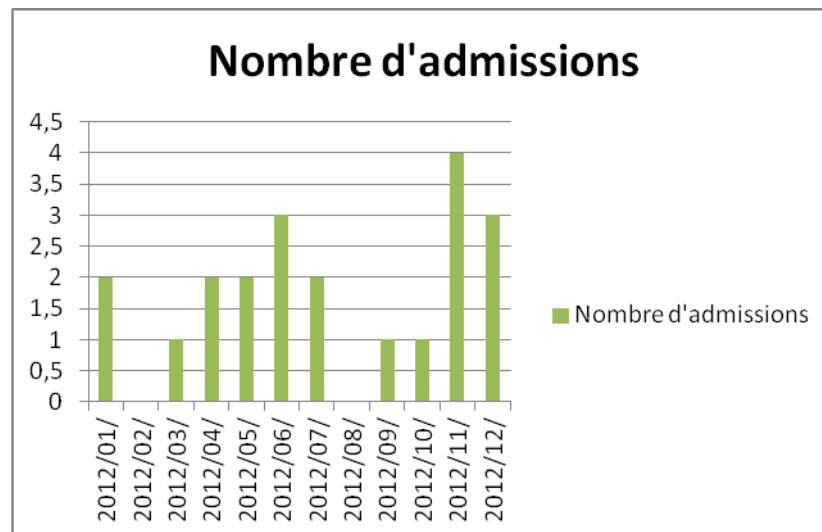
La durée de placement est retracée dans le tableau ci après :

---

<sup>4</sup> Il s'agit de l'hospitalisation dite judiciaire.

Les dispositions de l'article 706-135 du code de procédure pénale prévoient : « Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code.

Tableau 1 nombre d'admissions



Onze ont été admis avant le mois de juillet 2012 (soit depuis plus de six mois au moment du contrôle) et onze après.

Concernant le site châlonnais de l'EPSMM, le nombre des hospitalisations d'office, puis des soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) a évolué de la façon suivante depuis 2010 :

- soixante-neuf hospitalisations en 2010 ;
- cinquante-six en 2011 (-13) ;
- soixante-quatre en 2012 (+8) : quarante et une dans les unités d'admission de l'EPSMM et vingt-trois pour la seule UMD.

Le nombre de SDRE en 2012 – hors UMD – a donc connu une nouvelle baisse importante par rapport à 2011 (-15), sauf à considérer que des patients qui auraient été admis dans les unités de leur secteur l'aient été à l'UMD depuis l'ouverture de cette structure.

Une situation particulière de patients mérite un examen spécifique : lors du contrôle, un enfant de 16 ans était hospitalisé à l'UMD. Il a été relevé qu'il avait été admis avant son anniversaire. Il était, lors du contrôle, en chambre d'isolement, situation répétée à de multiples reprises depuis son arrivée à l'unité. Il venait d'une unité d'hospitalisation pour adultes à la suite de violences exercées à l'encontre d'un personnel soignant.

## 2.6 Le projet thérapeutique

L'unité pour malades difficiles accueille des patients présentant une difficulté de prise en charge dans leur secteur d'origine, au vu des spécificités de leur pathologie qui nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs et adaptés et des mesures de sûreté particulières.

Le document de présentation de l'UMD indique que le projet de soins a trois finalités :

- « prendre en charge de façon individualisée le patient ;
- dispenser des soins dans un espace contenant et sécurisant ;
- reconstruire avec le patient des repères dans un cadre strict et réglementé. »

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est en cours depuis le mois d'octobre 2012, visant à un audit clinique des mises à l'isolement et sous contention.

Il est également prévu d'ouvrir, d'ici quelques mois, une unité fonctionnelle d'électro-sismologie.

Le défi majeur, selon l'équipe soignante, est « de réinsérer dans un cadre normal des patients difficiles ».

Après une année de fonctionnement, les médecins considèrent qu'ils ne disposent pas d'une capacité suffisante pour recevoir des patients très régressés avec peu de perspective de sortie et des patients médico-légaux.

Il est souligné la difficulté à l'admission de patients qui ne rempliraient pas les critères cliniques mais ne trouvant plus leur place dans de unités d'admission traditionnelles, le risque étant important de les voir bénéficier certes du cadre de l'UMD mais sans réelle perspective de sortie. Cette dérive était, a-t-il été souligné, contenue lors du contrôle. L'équipe médicale est apparue soucieuse de ne pas recevoir de patients « par facilité ».

L'UMD n'a pas vocation à recevoir des patients en crise aiguë. Toutefois, les contrôleurs ont été à même de constater que, dans au moins quatre cas, ce principe n'avait pas été respecté.

Dans les deux premiers, l'admission des patients à l'UMD a été réalisée dans des conditions précipitées, sans que soit remise en cause pour autant la légitimité de leur indication de placement (les patients se trouvant d'ailleurs toujours présents lors du contrôle). Les deux patients – dont un enfant de 16 ans – ont été ainsi admis en toute urgence en provenance d'autres unités de l'EPSMM en raison de leur agressivité en chambre d'isolement (l'un ayant blessé un infirmier) et de la nécessité d'appeler des renforts en personnel (masculin) infirmier dans toutes les unités pour chaque ouverture de leur chambre. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une forte pression se serait alors exercée sur l'UMD pour accepter rapidement ces patients, du fait de ses moyens en personnel sans rapport avec ceux des autres unités. Il a été rapporté aux contrôleurs que l'UMD avait alors été évoquée comme « un luxe au milieu du ghetto »...

Dans les deux autres cas, l'indication de l'UMD n'a en revanche pas été confirmée après l'arrivée rapide de deux patients dans les circonstances particulières suivantes :

- un patient détenu à la maison d'arrêt de Reims (Marne), hospitalisé dans le site rémois de l'EPSMM, s'est évadé d'une chambre d'isolement et une expertise réalisée pendant sa garde à vue a conclu à la nécessité de le placer dans un établissement de santé mentale. Compte tenu de l'impact (notamment médiatique) de cet incident, le patient a été admis à l'UMD, placé en chambre d'isolement avant d'être transféré cinq jours plus tard à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy ;
- un patient, suivi depuis plusieurs dizaines d'années par une unité de l'EPSMM et connu pour son ingéniosité à fabriquer des objets dangereux, a été admis, à la suite d'une garde à vue, alors qu'il était en crise aiguë. Quelque temps après son placement en chambre d'isolement, une arme à feu artisanale a été retrouvée dans sa chaussette. Il s'en est suivi un transfert rapide sur l'UMD.

### 3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 Les modalités d'admission des patients

##### 3.1.1 La procédure d'admission

Lorsqu'un médecin contacte l'UMD – le plus souvent par téléphone – pour envisager l'admission d'un patient, un courrier de saisine est demandé pour officialiser la saisine. En retour, un dossier de demande d'admission est transmis à l'établissement demandeur. Ce dossier est nominatif et ne peut donc être dupliqué pour être utilisé pour des demandes concernant d'autres patients. Il est également exigé lorsque la demande provient de l'EPSMM.

Le dossier comprend douze pages de renseignements à remplir : données administratives du patient, données sociales, antécédents judiciaires et situation pénale, éléments biographiques, antécédents médicaux et psychiatriques, « motif(s) de la demande d'admission avec éléments cliniques détaillés », données infirmières et d'ergothérapie. Deux fiches d'informations portent sur les renseignements médicaux et administratifs à fournir (notamment, le dernier arrêté préfectoral concernant le placement ou le maintien en SDRE et l'engagement de reprise) et sur les conditions d'admission.

Le dossier est à retourner au médecin-chef de l'UMD, chef de pôle. « La procédure est très lourde mais il est essentiel de disposer du maximum d'éléments pour évaluer la demande et, en cas d'admission, mettre en œuvre la meilleure prise en charge ».

Le dossier reçu est examiné lors de la réunion hebdomadaire (lundi matin) de l'équipe médicale et des cadres de l'UMD.

La décision d'admission ou de refus est prise par le chef de pôle ou – en son absence – avec son aval. Le refus d'admission est toujours motivé par l'UMD. En cas d'accord, le service des admissions met en œuvre la mesure en relation avec l'agence régionale de santé (ARS).

En règle générale, la réponse est donnée dans la semaine. Du fait de la montée en charge progressive, il n'existe pas réellement de délai d'attente et l'accord donne lieu à une admission rapide. L'entrée à l'UMD est toujours individuelle et, en principe, une seule arrivée est programmée par semaine.

La promptitude de la réponse est aussi liée au fait que, la plupart du temps, les établissements demandeurs saisissent parallèlement d'autres UMD, voire toutes. Il a été déploré que n'existent ni instance de concertation entre les UMD, ni organisation entre les secrétariats des UMD qui permettrait de « croiser » les demandes.

##### 3.1.2 Les admissions décidées

Le 15 janvier 2013, deux réponses positives avaient été données pour deux patients dont les entrées étaient programmées dans les jours suivants : prévu initialement pour le jour même, le premier est arrivé le jeudi 17 janvier (cf. *infra* § 3.2) ; le second était attendu le mardi suivant. En outre, quatre dossiers avaient été adressés suite à des demandes d'admission, sans qu'aucun n'ait été encore retourné par les établissements demandeurs.

Selon le témoignage d'un des médecins, « une demande d'admission est présumée justifiée dès lors qu'elle correspond aux indications propres à un placement en UMD ». L'UMD n'a notamment pas vocation à recevoir un patient en crise aiguë ou dans un cadre d'urgence.

Parmi les critères d'admission – pathologie, gravité et répétition du passage à l'acte, antécédents de séjour à l'UMD, résistance au traitement –, l'aire géographique

« locale/régionale » de la demande est privilégiée pour maintenir les liens avec la famille et le service d'où provient le patient et où il retournera. Au moment du contrôle, la moitié des patients (onze) correspondait au critère local/régional, les autres personnes provenant d'autres régions : Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine...

Le 16 janvier 2013, l'UMD accueillait cinq patients (sur vingt-deux) qui provenaient des autres services de l'EPSMM ; une personne détenue relevait de l'article D.398 et se trouvait antérieurement dans un établissement pénitentiaire ; une autre personne relevait de l'article 706-135 du code de procédure pénale et avait été admise à la suite d'une décision judiciaire de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

### 3.1.3 Les patients admis

Le jour du contrôle, onze patients étaient admis au sein de l'unité Renaudin et onze dans l'unité Dagonet.

**A l'unité Renaudin**, était hébergé un patient détenu condamné en provenance du centre pénitentiaire d'Annœullin (Nord), en application de l'article D.398 du code de procédure pénale. Libérable en décembre 2014, il a été incarcéré à sept reprises.

Un patient, déclaré irresponsable pénalement par la Cour d'assises des Ardennes, a été admis sur le fondement de l'article 122-1 du code de procédure pénale.

Le plus ancien malade présent le jour du contrôle était hébergé depuis le 25 janvier 2012. Le patient le plus récemment hospitalisé est hébergé depuis le 28 novembre 2012.

**A l'unité Dagonet**, aucun patient n'était détenu. Depuis le 3 mai 2012, un malade irresponsable pénal séjourne sur l'unité. Le plus ancien malade est présent depuis le 31 janvier 2012. Le patient le plus récent est présent depuis le 16 novembre 2012.

Les contrôleurs ont relevé, dans les certificats médicaux figurant dans le registre de la loi, les indications suivantes ayant prévalu, pour chacun des patients présents, à leur placement à l'UMD :

1/ « Patient admis à l'UMD de (...) après avoir eu une relation sexuelle avec une personne vulnérable au sein du CHS où il était pris en charge. (...) Les relations avec l'équipe soignante se sont progressivement dégradées au point de devenir suffisamment conflictuelles pour motiver son transfert dans une autre aile de l'UMD où se trouvait déjà un patient avec qui M... avait eu des relations sexuelles. Cette situation n'étant pas gérable, c'est dans ce contexte qu'il nous a été adressé pour un séjour de rupture ».

2/ « Patient transféré du CHS de (...) pour troubles graves du comportement sur terrain psychotique chimio-résistant ».

3/ « Patient de 28 ans adressé à l'UMD suite à des troubles du comportement portant atteinte à l'ordre public et une tentative d'agression physique d'un infirmier du service des urgences, chez un patient suivi en psychiatrie depuis 2008 ».

4/ « Transféré de (...) suite à de multiples passages à l'acte hétéro-agressifs sur l'équipe soignante chez un patient ayant des antécédents d'hospitalisation en UMD (trois séjours) ».

5/ « Adressé suite à des passages à l'acte impulsifs mettant les autres patients en danger chez un patient suivi pour une schizophrénie paranoïde résistante au traitement avec persistance d'un délire persécutif ».

6/ « Patient âgé de 53 ans, hospitalisé à l'UMD suite à des passages à l'acte agressifs de nature sexuelle envers des femmes vulnérables dont le dernier épisode est survenu sur une personne hospitalisée dans la même unité que lui ».

7/ « ... Passage à l'acte d'une rare hétéro-agressif violence et auto-agressifs itératifs mettant en danger la sécurité de personnel de l'hôpital. Isolement en CSI assorti d'une contention physique totale et d'une sédation (...) Dans ce contexte, un transfert en UMD est la seule option de prise en soins possible. Auteur d'un matricide en 2000. Placé à l'UMD de (...) entre 2001 et 2003. »

8/ « Hospitalisation suite à l'enkystement d'une dynamique hétéro-agressive s'exprimant à l'encontre des soignants de son secteur d'origine ».

9/ « Troubles délirants majeurs par des prises d'alcool (...) Recrudescence des épisodes d'angoisse massive avec un vécu délirant à la fois persécutif et mégalomane après une tentative de sortie dans un appartement thérapeutique ».

10/ « Patient âgé de 15 ans suivi en pédopsychiatrie puis en psychiatrie adulte depuis plusieurs années suite à des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, instabilité affective, impulsivité, sous tendues par des crises d'angoisse paroxystiques et fond abandonnique (...) Depuis son arrivée à l'UMD, on a observé un épisode d'angoisse massive qui a duré quelques heures ayant nécessité la mise en place de contention physique suite à un comportement d'automutilation de grande intensité et un réajustement de traitement. (...) Instabilité affective et comportementale, (...) intolérance à la frustration, quête affective auprès des soignants afin de combler un vide identitaire. Pour l'instant, l'alliance thérapeutique est très fragile et le patient ne semble pas conscient de ses troubles ».

11/ « Hétéro-agressivité et menaces sur personnel soignant survenant dans un contexte de psychose chronique ».

12/ « Adressé (...) suite à des troubles du comportement hétéro-agressifs et des dégradations de biens publics chez un patient suivi depuis de nombreuses années en psychiatrie pour une schizophrénie paranoïde résistante aux traitements psychiatriques ».

13/ « Patient hospitalisé suite à l'homicide par arme blanche de son frère (...) dans un contexte de délire de substitution d'identité et de persécution (...) Agressivité verbale et répétition de menaces de mort sur d'autres patients et sur le personnel ».

14/ « Patient âgé de 20 ans, adressé par le SMPR de (...) suite à une escalade de passages à l'acte auto-agressifs violents, troubles du comportement psychopathiques et schizophrénie paranoïde décompensée ».

15/ « Patient transféré (...) dans un contexte itératif d'hétéro-agression et d'intolérance à la frustration, d'inobservation du traitement, de recours à l'alcool et aux toxiques et d'un fonctionnement notoirement transgressif (...) Peu de temps avant son transfert, (...) agression majeure vis-à-vis du tuteur et de la famille, provocation et trafic de drogue en milieu hospitalier. Il a également commis des attouchements sexuels envers une autre patients qui s'en est plaint ».

16/ « Admis suite à des menaces à l'arme blanche envers son neveu, sa mère et le personnel de ... Patient suivi en psychiatrie depuis plusieurs années pour des troubles psychotiques, hospitalisés à plusieurs reprises suite à une inobservation du traitement et consommation de toxiques (alcool et cannabis) ».

17/ « Adressé suite à un passage à l'acte hétéro-agressif grave sur un autre patient dans un contexte délirant chez un patient suivi pour une schizophrénie paranoïde évoluant depuis plusieurs années ».

18/ « Adressé à l'USIP de ... suite à une escalade de passage à l'acte hétéro-agressif sur huit patients et un personnel de l'équipe soignante chez un patient suivi en psychiatrie depuis plusieurs années ».

19/ « Adressé par le CH de ... suite à un passage à l'acte de nature sexuelle sur une patiente mineure chez un patient ayant séjourné en UMD à deux reprises antérieurement (dont suite au passage à l'acte meurtrier de sa mère) ».

20/ « Adressé suite à des troubles graves du comportement en milieu hospitalier chez un patient en état de décompensation psychotique chimio-résistante. Comportement agressif à l'encontre d'un psychiatre du secteur où il est suivi ».

21/ « Patient transféré de l'hôpital... suite à une répétition de passages à l'acte hétéro-agressif sur le personnel soignant et une défiance prononcée à l'égard du cadre de soin. L'hospitalisation initiale faisait suite à l'agression sexuelle d'une jeune femme dans le métro parisien. »

### 3.2 Les modalités d'arrivée du patient

La programmation de l'arrivée est réalisée quand le bureau des admissions a reçu par télécopie l'arrêté du préfet de la Marne et, le cas échéant, celui du préfet du département de l'hôpital d'origine. Lorsqu'une admission concerne un patient déjà hospitalisé à l'EPSMM, le psychiatre ou le cadre de santé se déplace pour le rencontrer avant son arrivée à l'UMD.



Les dates et heures des entrées sont fixées par l'UMD.

Un patient arrivant d'un autre centre hospitalier que l'EPSMM est conduit directement à l'UMD sans passer par le bureau des admissions. Il est placé en observation en chambre d'isolement pour une période minimale de 48 heures. Selon les indications recueillies, dans la plupart des cas, l'isolement n'est pas prolongé par le médecin ; pour un patient cependant, son état de santé a justifié un maintien en chambre d'isolement pendant huit jours.

Les arrivées – une seule à la fois, sauf celles des deux premiers patients de l'UMD en janvier 2012 – ont lieu en général le mardi, ce qui permet dans la plupart des cas d'organiser la sortie de l'isolement et le placement en chambre suffisamment en amont du week-end. Elles se déroulent aux alentours de 14h15, période de chevauchement entre les équipes soignantes du matin et de l'après-midi, ce qui permet de disposer du maximum de personnels présents. De surcroît, à cette heure, les autres patients sont en chambre.

#### ***L'arrivée d'un patient à l'UMD***

*Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'un patient à l'unité Renaudin, le jeudi 17 janvier 2013, le transfert initialement prévu l'avant-veille ayant été reporté du fait d'une difficulté d'ordre juridique soumise à l'ARS.*

*L'ambulance pénètre dans l'UMD et se présente en marche arrière à l'entrée du bâtiment d'affectation. Le 17 janvier, deux soignants – une femme et un homme – du centre hospitalier de Melun (Seine-et-Marne) accompagnaient un patient qui avait voyagé en position allongée (sans contention) et sans avoir reçu un traitement sédatif.*

*Les deux portes du sas d'entrée sont ouvertes. Le personnel est sciemment disposé en masse dans l'espace séparant l'entrée du secteur d'isolement. « Un effet psychologique est recherché avec la concentration de nombreuses blouses blanches dès l'arrivée, parfois jusqu'à trente personnes ! ».*

*Le jour du contrôle, dix-neuf personnes (dont un contrôleur) s'y trouvaient : quinze personnes en blouse blanche – douze hommes appartenant au personnel soignant et trois femmes<sup>5</sup> – et trois hommes en tenue de ville<sup>6</sup>.*

*Après être descendu de l'ambulance, le patient est accueilli avec ses deux accompagnateurs par un personnel soignant qui le salue et lui serre la main. Ce soignant a visiblement établi d'emblée avec lui un bon contact. Un peu apeuré, le patient s'avance à ses côtés et se rend, en passant entre deux rangées de personnels en blouse blanche, jusqu'à la chambre d'isolement ; le soignant lui dit en souriant : « ne soyez pas impressionné ». Les deux soignants de Melun les suivent jusqu'à la porte de la chambre.*

*Le soignant échange quelques mots avec le patient assis sur le lit, lui expliquant pourquoi tant de personnes sont présentes et lui signifiant qu'il se trouve dans une chambre d'isolement. Très rapidement, il indique aux autres personnes présentes qu'elles peuvent se mettre en retrait et rester à l'entrée de la chambre car le patient accepte de se déshabiller et de se mettre en pyjama. Les soignants de Melun le quittent en lui indiquant qu'elles repasseront plus tard lui dire « au revoir ».*

*L'opération de mise en pyjama a lieu dans la salle d'eau de la chambre avec la seule présence du soignant. Il a été indiqué que, dans les cas où le patient se montrait moins coopératif, ceci se déroulait en présence du personnel en nombre nécessaire, voire avec un recours à la force.*

*Le soignant indique au patient que la cadre de santé va procéder à un contrôle de sa personne avec un magnétomètre et lui explique qu'il s'agit d'un appareil de détection des masses métalliques. L'opération est réalisée par la cadre qui se retire avec les chaussures du patient.*

<sup>5</sup> La cadre de santé de l'unité et les deux internes en médecine.

<sup>6</sup> Le psychiatre, l'assistant social et l'éducateur sportif.

*Le psychiatre et les internes viennent se présenter. Le médecin informe du transfert en SDRE et indique que la notification de l'arrêté préfectoral aura lieu ultérieurement. L'interne désignée comme référente lui présente « le cadre » – la chambre et ses équipements, notamment la caméra de surveillance, l'horloge et le bouton d'appel, la période d'observation, les visites médicales et infirmières à venir – et répond à ses questions (il ne sera pas possible de fumer pendant les 48 heures à venir). Des premiers échanges portent sur le passé et les perspectives du patient.*

*Le patient est revu dans la soirée par un membre de l'équipe médicale ou soignante. Les informations concernant les règles de vie dans l'unité lui sont données : tabac, repas, heures des soins d'hygiène, comment appeler un soignant...*

*L'examen somatique a lieu le lendemain matin de l'arrivée.*

A l'issue de l'installation du patient, une réunion est organisée avec les soignants de l'établissement d'origine. L'admission en début d'après-midi permet un temps d'échange jugé indispensable par le personnel de l'UMD qui enregistre moult informations sur le comportement du patient, son humeur, ses centres d'intérêt, son passé, ses relations avec autrui, son contexte familial... Le psychiatre, les deux internes, la cadre de santé, un infirmier et un aide-soignant participent à cette transmission qui, le 17 janvier, a duré quarante-cinq minutes. L'invitation est faite aux accompagnateurs de visiter l'UMD avant de repartir.

Le point est aussi fait sur le traitement en cours par le biais d'une fiche de liaison infirmière. Le dossier a déjà été adressé à l'UMD lors de l'instruction de la procédure d'instruction de la demande.

Les vêtements personnels sont envoyés à la lingerie de l'EPSMM pour être lavés et marqués, opérations prenant environ une semaine durant laquelle le patient reste en pyjama.

Un inventaire exhaustif est dressé et signé contradictoirement avec le service d'origine.

Lors de la phase d'observation, le patient est privé de tout effet personnel. Il n'a pas le droit de fumer. La prise de traitement se fait par solution buvable. Après 24 heures, il peut aller dans la cour et déjeuner à la table se trouvant dans la pièce séparant les deux chambres d'isolement.

L'intégration dans l'unité est aussi organisée de manière progressive, en fonction de l'évolution de l'arrivant : ses premiers repas sont pris sur une table individuelle, dos tourné aux autres patients ; le personnel est présent dans la cour lors de ses premières cigarettes afin de voir les interactions avec autrui ; ses périodes de retour en chambre sont progressivement restreintes.

### **3.3 La notification de l'arrêté préfectoral de placement**

Les arrêtés préfectoraux d'admission (ou de maintien) à l'UMD sont notifiés par un médecin à l'occasion d'un entretien particulier qui a toujours lieu à l'issue de la période d'observation en isolement.

La notification porte sur l'ampliation de l'arrêté que le service des admissions reçoit par courrier de l'ARS. Via le secrétariat de l'UMD, un exemplaire de l'arrêté est remis au patient à la suite de l'entretien avec le médecin ; un autre est retourné, signé, au service des admissions. Les voies de recours (juge des libertés et de la détention, commission départementale des soins psychiatriques - CDSP) y sont mentionnées.

Un bordereau de notification est signé par le patient qui reconnaît avoir reçu une ampliation de l'arrêté préfectoral et une copie du certificat médical demandant le placement

ou le maintien. Le médecin doit en attester sur ce document en cas de refus ou impossibilité de signer du patient.

La procédure est réalisée avec retard du fait de délais de transmission entre ARS et préfetures. Ainsi, le jour du contrôle (le 16 janvier 2013), un pli adressé par l'ARS au service des admissions contenait un arrêté portant sur une décision du 2 janvier 2013, soit quatorze jours plus tôt.

En outre, l'arrêté préfectoral n'est pas immédiatement notifié dès sa réception à l'UMD. Il a été indiqué aux contrôleurs que le moment choisi était celui de la capacité du patient à saisir les enjeux de cette procédure et que le parti avait été pris d'attendre une période de stabilisation qui peut survenir très postérieurement à la phase d'observation en isolement. Le 16 janvier 2013, une notification était « en cours », concernant une mesure de soins psychiatriques en hospitalisation complète à l'UMD prise par le préfet de la région Champagne-Ardenne (préfet de la Marne) le 15 novembre 2012 ; le courrier l'ampliation avait été transmis par l'ARS le 20 novembre 2012.

La lecture du registre de la loi démontrera qu'il ne s'agit pas là d'un cas isolé (cf. *infra* § 3.6).

### **3.4 Les informations données aux malades arrivants et les possibilités de recours**

Il existe un livret d'accueil spécifique pour l'UMD.

Le livret d'accueil n'est pas remis à l'arrivée du patient mais au moment de l'installation en chambre, à l'issue de la période d'observation en isolement. Un membre de l'équipe soignante, en général le cadre de santé, le lit avec lui pour lui donner toutes les explications.

A cette occasion, le patient est aussi informé de l'existence du règlement intérieur de l'UMD qui est affiché à divers endroits et qu'il lui est aussi possible d'avoir en main propre pour le lire, dans la salle de vie. Il est interdit d'emporter dans sa chambre l'exemplaire plastifié mis à disposition. Le règlement intérieur a été validé par le préfet de la Marne le 23 janvier 2012, soit deux jours avant l'arrivée des premiers patients.

Le livret d'accueil est un document de quatorze pages en format A5. Il comporte un mot de bienvenue du directeur de l'EPSMM, mentionne les bases légales des placements en UMD (articles des codes de la santé publique et de procédure pénale), précise la situation géographique et les coordonnées (postales, téléphoniques et électroniques) de l'UMD qu'il présente du point de vue juridique, de son personnel et des conditions de séjour (vie quotidienne, activités, obligations).

Les cinq derniers feuillets concernent les droits du patient – avec, en annexe, la charte de la personne hospitalisée – et la sortie de l'UMD, contenant un développement complet sur la commission de suivi médical (CSM). Une rubrique, intitulée « Plaintes et réclamations », invite les personnes à s'adresser au directeur et mentionne l'existence de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQP).

De même que dans le règlement intérieur, les voies de recours sont présentées de manière exhaustive dans le livret d'accueil en mentionnant les coordonnées des autorités suivantes : juge des libertés et de la détention, président du tribunal administratif, CSM, procureur de la République, président de la CDSP, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).

S'il le demande, le patient qui souhaite exercer un recours peut être assisté par le personnel dans ses démarches, notamment par l'assistant social. Tel était le cas au moment du contrôle pour un patient désireux de faire appel contre une ordonnance de maintien du JLD. L'aide proposée par l'assistant social allait jusqu'à la rédaction même de la saisine.

Le service des admissions a indiqué que le livret allait être prochainement modifié afin de prendre en compte l'unification du contentieux<sup>7</sup> – au profit du juge judiciaire – à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, mettant fin à la dualité de la juridiction entre, d'une part, le bienfondé de l'hospitalisation et la demande de sortie (compétence judiciaire) et, d'autre part, la régularité formelle de la mesure administrative (compétence administrative).

Le livret d'accueil est rangé dans l'armoire de la chambre de chaque patient.

### 3.5 Le juge des libertés et de la détention

Dès l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, le président du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne – également unique juge des libertés et de la détention (JLD) pour la juridiction – a décidé de tenir les audiences au centre hospitalier. L'option pour les « audiences foraines » a été confirmée en janvier 2012 avec l'ouverture de l'UMD. L'« esprit de la loi », la « dignité de la personne » et le « souci de l'escorte » ont été les arguments entendus sur ce point par les contrôleurs.

Le JLD préside les audiences au sein de l'UMD dans la salle de réunion située dans la zone administrative. Il n'existe pas de jour prédéterminé pour les audiences qui sont programmées en fonction des échéances concernant chaque patient : en 2012, vingt-deux audiences se sont tenues pour trente-six patients, tous les jours, du lundi au vendredi.

Les audiences à l'UMD se tiennent en chambre du conseil et ne sont donc pas publiques. Le tuteur ou la curatelle d'un patient sous protection est informé de l'audience et de la possibilité d'y assister à condition d'en informer l'UMD au moins vingt-quatre heures à l'avance, afin d'en organiser les modalités d'accès à la porte d'entrée de l'UMD.

Selon un témoignage recueilli par les contrôleurs, « les patients sont incités à se présenter devant le juge car il est important pour eux de faire valoir leurs droits et de réaliser le rôle protecteur du juge ».

De fait, il est constaté que l'avis d'audience ne mentionne pas la possibilité de renoncer à l'audience et que les médecins ne certifient qu'avec parcimonie des états de santé incompatibles avec les auditions.

Il en résulte que le nombre des défections à l'audience du JLD est faible : sur trente-six auditions prévues en 2012, quatre certificats d'incompatibilité (11 %) ont été établies, dont trois concernant un même patient.

Parallèlement à la saisine du JLD, le service des admissions transmet à l'UMD, à destination du patient concerné, un document d'information sur ses droits à être assisté par un avocat désigné ou commis d'office. Il est précisé : « Dans le cas où votre état de santé dûment constaté par un psychiatre, ferait obstacle dans votre intérêt à cette audition, vous seriez représenté par celui-ci ». Si le document indique que les honoraires de l'avocat ne sont pas gratuits, le patient n'a aucune démarche à faire pour demander l'aide juridictionnelle, la juridiction se chargeant de cette procédure.

<sup>7</sup> Article L 3216-1 du code de la santé publique.

Il en résulte une proportion conséquente de patients assistés par des avocats : en 2012, quinze des trente-deux patients ayant comparu devant le JLD ont été assistés par un avocat, soit quasi la moitié des cas (47 %).

Concernant la comparution du mineur dont la situation a été évoquée *supra* (cf. § 3.1.2), sa mère avait été convoquée et un avocat sollicité : les deux étaient présents à l'audience.

Le JLD siège en habits civils, les avocats en général en robe. Les patients de l'UMD se présentent toujours habillés, alors qu'il est rapporté aux contrôleurs que certains hospitalisés dans les autres unités d'admission se rendraient dans la salle d'audience de l'hôpital en pyjama. Le personnel soignant est systématiquement présent lors des audiences, le JLD sollicitant parfois leur avis. Aucun incident d'audience n'a été relevé.

La plupart du temps, les décisions sont notifiées dans le bureau polyvalent de l'unité par le médecin ou le cadre de santé, l'après-midi même de la comparution ; en revanche, lorsqu'un patient ne remet pas en causes sa présence à l'UMD, la décision (de maintien) lui est signifiée directement au terme du délibéré.

En 2012, indépendamment du contrôle de droit, cinq audiences (sur trente-six) ont concerné des requêtes « facultatives » formées auprès du JLD dans le but d'obtenir une mainlevée d'une mesure. Aucune mainlevée n'a été décidée. Le JLD ne s'est jamais non plus saisi d'office.

Deux patients ont fait appel contre des ordonnances du JLD, l'une prise dans le cadre du contrôle de droit et l'autre dans celui d'une saisine facultative : la cour d'appel a confirmé à chaque fois les ordonnances.

Aucune annulation n'a été prononcée par le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

Selon les informations recueillies, l'implication personnelle du président du tribunal/JLD a eu impact d'entraînement chez tous les acteurs (le barreau de Châlons-en-Champagne notamment) et les différents services de l'hôpital. A cet égard, la bonne coordination entre le tribunal et l'hôpital, singulièrement entre le greffe et le service des admissions, a été soulignée. Plusieurs membres du personnel ont évoqué un « soulagement » grâce à cette organisation sans impact dans la gestion du personnel puisque l'établissement n'a ni à transporter, ni à accompagner les patients au tribunal.

### **3.6 Le registre de la loi**

Le registre de la loi se trouve au bureau des admissions de l'EPSMM.

Il n'existe pas de registre spécifique pour l'UMD.

Les patients de l'UMD – comme toute personne hospitalisée à l'EPSM de la Marne – y sont enregistrés avec, comme seule distinctive, une mention « UMD » portée en haut à gauche de la page.

Les contrôleurs ont examiné les registres numérotés de 42 à 44 couvrant la période remontant jusqu'à l'ouverture de l'UMD, ceci afin de prendre en compte la situation de toutes les personnes qui ont été placées ou qui s'y trouvaient alors.

Les visas des autorités suivantes figurent en début de registre :

- commission départementale des soins psychiatriques, le 22 juin 2011, le 14 décembre 2011 et le 13 juin 2012 ;

- procureur de la République (substitut), le 3 mai 2011 et le 11 décembre 2012 :
- préfet de région Champagne-Ardenne et préfet de la Marne, le 14 septembre 2011 (mention : « pas d'observations particulières »).

Les certificats médicaux y figurent sous la forme de documents réduits (mais lisibles) et collés : certificat de transfert à l'UMD, certificat de situation, certificats périodiques (24 heures, 72 heures, 6<sup>ème</sup>-8<sup>ème</sup> jours, mensuel), certificat défavorable à l'audition devant le JLD, certificat de sorties pour consultation ou accompagnées en groupe ou pour transfert, avis du collègue.

Les certificats sont dactylographiés et rédigés de manière détaillée et circonstanciée.

En revanche, les arrêtés préfectoraux de placement, de maintien ou de transfert à l'UMD ne sont pas collés dans le registre de la loi — et ne font l'objet que d'une simple mention écrite. Il en est de même que les ordonnances du JLD.

Concernant les arrêtés préfectoraux, la date de notification est notée sur le registre par le service des admissions dès transmission par le secrétariat de l'UMD du document notifié pour classement au dossier individuel.

Les contrôleurs ont examiné les quarante-quatre arrêtés de placement, de maintien ou de transfert sur les pages correspondant aux patients présents : dans seize cas (36 %), la date de notification n'y figure pas.

Dans les vingt-huit autres cas, les arrêtés sont notifiés tardivement :

- le délai de notification le plus court est de six jours ;
- quatorze arrêtés ont été notifiés dans un délai de dix jours ;
- huit arrêtés ont été notifiés entre onze et vingt jours ;
- trois arrêtés ont été notifiés entre vingt et un trente jours ;
- un arrêté a été notifié entre trente et un et quarante jours ;
- un arrêté a été notifié entre cinquante et un et soixante jours ;
- le délai de notification le plus long est de deux mois, concernant un arrêté préfectoral d'admission par transfèrement du 2 mai 2012, notifié le 2 juillet 2012.

Il est parfois noté la mention « refus ou impossibilité du patient de signer » sans préciser laquelle des deux hypothèses correspond à la réalité.

Les dates butoirs des arrêtés de maintien sont toutes respectées : par exemple, concernant une hospitalisation en UMD jusqu'au 24 décembre 2012, un arrêté de maintien a été signé par le préfet le 21 décembre.

### **3.7 L'information donnée aux familles**

Les familles des patients admis à l'UMD – ou les personnes en charge des mesures de tutelle et de curatelle – sont réputées être informées de la situation de leur proche par les équipes soignantes des établissements ou des unités d'origine.

Lors de la réunion de transmission à laquelle les contrôleurs ont assisté (cf. *supra* § 3.2), le point a été évoqué entre les deux équipes, au détour d'échanges sur le contexte familial du patient admis.

Il a été indiqué qu'en général, la famille du patient prenait rapidement l'attache du service par téléphone. Lors de cet entretien, il lui est donné toutes les informations pratiques et utiles relative aux règles d'hospitalisation, en particulier celles concernant l'organisation des visites.

### 3.8 La confidentialité de l'hospitalisation

Le livret d'accueil de l'UMD affirme que « l'ensemble du personnel de l'hôpital est astreint au secret médical et à l'obligation de discrétion professionnelle (...) Les règles en matière de secret professionnel interdisent de donner des détails sur votre état de santé par téléphone ».

Le service des admissions est périodiquement contacté pour donner des informations. La consigne est de se montrer vigilant. « On tente de vérifier si notre interlocuteur est au courant du placement en UMD ; on vérifie le lien en demandant la date de naissance du patient ; si on a la conviction d'avoir à faire avec la famille, on transfère l'appel à l'unité de l'UMD ».

Les informations sont transmises à la police et à la gendarmerie sur présentation d'une réquisition judiciaire.

Pour toute personne hospitalisée à l'EPSMM, aucun bulletin de situation n'est remis à un tiers, sauf s'il s'agit du représentant légal ou dans le cadre d'un majeur protégé. A la demande du patient, des informations peuvent être transmises à des organismes sociaux, notamment la CPAM ou la CAF ou à un employeur. La demande est formulée directement par le patient au service des admissions ou via le personnel infirmier.

Compte tenu de l'ouverture récente de l'UMD (et donc des sorties de ses premiers patients), le service des admissions n'a jamais été saisi par d'autres établissements afin de communiquer des informations relatives aux précédents médicaux des personnes ayant séjourné en UMD, conformément à l'article L. 3211-12 II du code de la santé publique<sup>8</sup>.

### 3.9 L'accès du patient au dossier médical

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relatives à l'accès au dossier médical sont en place à l'EPSMM, sous la responsabilité du service chargé de la qualité et de la gestion des risques. Quelle que soit l'unité d'hospitalisation, le patient doit adresser sa demande écrite au directeur avec une copie d'une pièce d'identité. Un imprimé lui est retourné pour lui expliquer la procédure et lui recommander de désigner comme intermédiaire le médecin de son choix afin de l'assister dans l'accès aux informations médicales le concernant.

La procédure est la même pour les patients de l'UMD. Selon les informations données aux contrôleurs, aucun patient n'a entrepris de démarche pour accéder à son dossier médical depuis l'ouverture de l'UMD.

Le personnel médical est apparu attentif à cette préoccupation, en témoigne la pratique consistant à transmettre de manière systématique au patient une copie de l'ordonnance pour l'informer du traitement médicamenteux qui lui est prescrit.

<sup>8</sup> L'article L. 3211-12 II du CSP prévoit « un régime procédural renforcé pour les catégories de malades dont l'état est présumé dangereux ».

### 3.10 Le recueil des observations des patients

Les dossiers de soins sont gérés par voie informatique par l'intermédiaire du logiciel « CORTEXTE ». Seuls les médecins et les soignants ont accès à cette base de données. Un code d'accès a été attribué à chaque personnel de santé.

Il existe plusieurs onglets à la disposition des soignants : suivi éducateur, ergothérapeute, infirmiers, médecins, aides-soignants, diététicien, assistantes sociales, certificats médicaux, notes de réunion, suivi des isolements et des contentions, courriers, indices de masse corporelle, ordonnances.

Le contenu de tous les entretiens et les participations aux activités sont également notés dans ce logiciel, ainsi que les synthèses élaborées à l'occasion des réunions de suivi.

Des items sont préentrées à la disposition des infirmiers. Ces items sont les suivants : hygiène, alimentation, sommeil, tabac, participation aux activités, sociabilité avec le personnel et les autres patients, relations avec l'extérieur, respect des règles, synthèses pour la commission de suivi.

Afin d'assurer une traçabilité, l'heure à laquelle la session a été ouverte est systématiquement enregistrée.

Le logiciel CORTEXTE de l'UMD n'est accessible qu'aux seuls personnels soignants en poste à l'UMD.

Des formations à l'utilisation de cet outil informatique sont régulièrement proposées par le département d'information médicale aux personnels qui interviennent au sein de l'UMD.

### 3.11 Le collège des professionnels de santé

Un collège de professionnels de santé se réunit systématiquement lorsqu'il s'agit d'envisager la sortie de patients qui avaient été hospitalisés suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ou qui sont hospitalisés dans une UMD. Cette procédure s'applique aussi pour les patients hospitalisés sous contrainte « classique » lorsqu'ils ont connu de tels antécédents au cours des dix années précédentes ; à noter que le séjour précédent en UMD doit avoir duré au moins un an.

Le collège des professionnels de santé est composé de deux psychiatres (dont l'un n'est pas partie prenante dans la prise en charge des patients) et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire ; en général, il s'agit du référent soignant.

Le collège se réunit dans l'un des bureaux de l'unité. Une synthèse concernant l'état de santé du patient est élaborée par écrit. Il est notamment indiqué si cet état est compatible ou non avec une comparution du malade devant le juge des libertés et de la détention (JLD). Depuis la mise en service de l'UMD, une seule audience, concernant un patient placé en chambre d'isolement, a été reportée.

Le collège a toujours émis un avis défavorable à la levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte et le JLD a toujours suivi cet avis.



### 3.12 La communication avec l'extérieur

#### 3.12.1 Le courrier

Les patients sont autorisés à correspondre sans limitation et sans contrôle, « sauf indications médicales contraires ».

La réception de colis est autorisée<sup>9</sup>. Le patient doit signer le bordereau de réception. Toutes les arrivées sont systématiquement contrôlées par le tunnel d'inspection à rayons X. Le destinataire ouvre ensuite le paquet qui lui est adressé, sous le contrôle d'un soignant. Il est demandé aux familles de ne pas envoyer des produits frais. La plupart du temps, ce sont des vêtements ou des livres qui sont ainsi adressés à des patients.

Si le patient est une personne détenue, tout le courrier à l'arrivée et au départ transite par l'établissement pénitentiaire détenteur de la fiche d'écrou.

Il n'existe aucune boîte aux lettres au sein des unités ; les courriers sont remis aux soignants sous pli fermé. Il a été indiqué aux contrôleurs que certains patients prenaient l'initiative de montrer eux-mêmes le contenu de leur correspondance au personnel et sollicitaient parfois une aide pour la rédaction. Un ergothérapeute anime un atelier informatique ; dans ce cadre, il est souvent sollicité pour aider les malades à rédiger leurs missives.

Le courrier est remis par la secrétaire de l'unité au vagemestre qui se rend à l'UMD deux fois par jour.

Les patients ont la possibilité d'acheter des timbres et des enveloppes à la cafétéria.

Aucune lettre n'est ouverte à l'arrivée.

Il n'existe aucun registre permettant d'assurer une traçabilité des correspondances adressées aux autorités administratives ou judiciaires. Le courrier destiné à ces autorités n'est pas affranchi. Il a été indiqué aux contrôleurs que certains courriers destinés aux autorités étaient transmis par télécopie depuis le bureau des entrées.

Il est envisagé la création d'une « boîte à idées » qui serait disposée dans le local de réunions « soignants-soignés ».

#### 3.12.2 Les visites

Deux espaces sont dédiés aux visites dans chacune des deux unités. L'une des salles est plus spécifiquement destinée aux entretiens avec les avocats, l'autre aux rencontres familiales. La salle destinée aux avocats comporte un bureau.

Les familles qui souhaitent rencontrer leur proche hospitalisé à l'UMD doivent formuler une demande par écrit ou contacter par téléphone le secrétariat de l'unité. Cette demande est ensuite soumise au psychiatre qui suit le patient. Des autorisations de visite ont parfois été refusées. Un courrier d'accord est transmis à la famille, précisant la date, l'heure et le nombre d'accompagnants ainsi qu'une liste d'objets pouvant être remis au patient. La remise de denrées alimentaires est autorisée

En cas d'accord donné par écrit sur un document spécifique, le cadre de santé est chargé d'organiser la visite ; les familles sont accueillies par un soignant.

<sup>9</sup> En moyenne, un colis est reçu chaque semaine à l'UMD.

Des soignants accompagnent le patient jusqu'à la salle dédiée aux rencontres familiales. L'entrevue se déroule sous la surveillance du personnel soignant. La durée de la visite est déterminée par le médecin ; la plupart du temps, cette durée est fixée à une heure.

Seuls deux visiteurs sont autorisés en même temps dans la salle de rencontres. Les mineurs de moins de quinze ans ne sont pas admis.

La plupart des visites se déroulent le week-end ; en général, les visiteurs peuvent solliciter et obtenir un entretien avec le psychiatre.

S'il s'agit d'un patient détenu, les autorisations de visite sont délivrées par le directeur de l'établissement pénitentiaire ou le magistrat concerné.

En 2012, trente et une visites se sont déroulées à l'UMD. Elles concernaient cinquante-six visiteurs.

### **3.12.3 Le téléphone**

Les patients ne sont pas autorisés à détenir un téléphone portable. Un *point-phone* est installé dans un local vitré de la salle de jour, sans numérotation possible. L'insonorisation est jugée insuffisante. Le numéro demandé est composé par un personnel soignant qui se tient dans le PC infirmier. Une autorisation médicale préalable est nécessaire. Le personnel soignant a, à sa disposition, un tableau de consignes individualisées concernant le régime des visites, des communications téléphoniques, de la correspondance, des vêtements etc. Toutes les communications téléphoniques passées par le patient sont notées sur un registre *ad hoc*.

Le temps des conversations téléphoniques n'est pas limité. Les conversations ne sont ni écoutées ni enregistrées.

Un téléphone est éventuellement à la disposition des patients dans les bureaux de consultation si les malades souhaitent effectuer des démarches administratives ; dans cette hypothèse, ils sont accompagnés par une assistante sociale ou un personnel soignant.

Si le patient est sous écrou, l'administration pénitentiaire transmet à l'UMD la liste des interlocuteurs autorisés.

Les patients ont la possibilité d'acheter auprès des cadres de santé, des cartes téléphoniques d'une valeur de cinq ou dix euros.

### **3.12.4 L'informatique et l'accès à Internet**

Les malades hospitalisés à l'UMD n'ont pas accès à Internet. Il existe toutefois un atelier informatique, mais sans accès à Internet. Les patients peuvent ainsi se familiariser avec les techniques informatiques de traitement de texte.

A l'arrivée à l'UMD, les données stockées dans les baladeurs MP3 en possession des malades sont extraites puis réintroduites à la sortie de la structure.

### **3.12.5 Le droit de vote**

A l'occasion des élections présidentielles puis législatives de l'année 2012, des affiches invitant les patients à voter par procuration ont été apposées sur les murs des couloirs de l'UMD. Aucun patient ne s'est manifesté.

## **3.13 Les permissions de sortie**

Les données portant sur les trente-quatre personnes admises à l'UMD, depuis son ouverture jusqu'au 15 janvier 2013, montrent que vingt-huit d'entre elles ont bénéficié de

sorties accompagnées de personnel de l'UMD. (cf. tableau N° 2 **nombre de sorties accompagnées réalisées dans cette période**).

*Tableau 2 : nombre de sorties accompagnées réalisées dans cette période*

Objet de la sortie	Nbre
consultations médicales dans un établissement hospitalier ou en cabinet privé	48
cafétéria dans l'enceinte de l'établissement	5
déjeuner dans la ville et promenade dans une galerie marchande	1
convocation du juge de l'application des peines au TGI de Châlons-en-Champagne	4
TOTAL	58

Deux ou trois membres du personnel de l'unité accompagnent systématiquement le patient. Ils sont porteurs d'une valise contenant du matériel de contention et un traitement.

Depuis la mise en service de l'UMD, le préfet ne s'est jamais opposé à l'octroi d'une permission de sortie.

Sur les vingt-deux personnes présentes à l'UMD le 15 janvier 2013, treize ont bénéficié de sorties accompagnées de personnel de l'UMD depuis leur admission.

*Tableau 3 : nombre de sorties accompagnées réalisées pour ces personnes*

Objet de la sortie	Nbre
consultations médicales dans un établissement hospitalier ou en cabinet privé	39
cafétéria dans l'enceinte de l'établissement	4
déjeuner dans la ville et promenade dans une galerie marchande	1
convocation du juge de l'application des peines	2
total	46

### **3.14 Les visites des autorités**

Un substitut du procureur de la République de Châlons-en-Champagne s'est rendu à l'UMD le 11 décembre 2012 : il a rencontré, à cette occasion, trois patients.

Les patients sont avisés de sa venue par une information orale donnée lors des repas dans le réfectoire. Un document est apposé sur la vitre des bureaux du PC infirmier.

### **3.15 La commission départementale des soins psychiatriques**

Depuis l'ouverture de l'UMD, la commission départementale de soins psychiatriques s'est rendue à deux reprises, les 13 juin 2012 et 12 décembre 2012, à l'EPSMM. Le compte rendu de la dernière réunion n'était pas disponible lors de la visite des contrôleurs.

Le 13 juin 2012, elle s'est rendue à l'UMD et a rencontré quatre patients mentionnant, à chaque fois, comme avis le maintien à l'unité des personnes rencontrées. Lors de la seconde visite, le 12 décembre 2012, la commission a rencontré deux patients.

### 3.16 Le traitement des plaintes et réclamations

#### 3.16.1 La commission de des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Il n'existe pas de commission particulière pour l'UMD : c'est donc celle de l'EPSMM qui est compétente pour les réclamations des patients hospitalisés au sein de l'UMD.

Le dernier rapport de la CRUQPC concerne l'année 2011, couvrant une période pendant laquelle l'UMD n'était pas ouverte.

#### 3.16.2 Les évènements indésirables

Selon les informations fournies par la direction de l'EPSMM, le nombre d'évènements indésirables recensés en 2012 s'est élevé à 616 pour l'ensemble des pôles de l'hôpital, dont 39 pour l'UMD, qui fait l'objet d'un décompte spécifique au sein du pôle 51P01 auquel elle est rattachée (6,3%).

Parmi ceux-ci :

- vingt-cinq portent sur des incidents logistiques (dont vingt concernaient la restauration) ;
- six, la vie hospitalière (dont deux des agressions physiques, deux la prise en charge du patient et deux l'utilisation du matériel de contention) ;
- huit, la sécurité (dont deux relatifs à des dysfonctionnements des dispositifs de protection du travailleur isolé, deux, à des problèmes d'accès, et un, à une fuite d'un patient) ;
- deux sont des signalements qui ne sont pas classés comme des évènements indésirables.

Un modèle de fiche de signalement des évènements indésirables de deux pages a été établi en février 2012 par la direction « qualité-gestion des risques ». Il n'est pas spécifique à l'UMD.

## 4 CONDITIONS MATÉRIELLES D'HOSPITALISATION

### 4.1 Eléments communs aux deux unités

#### 4.1.1 Les soins somatiques

Un médecin généraliste de l'EPSMM assure la prise en charge somatique des patients de l'UMD. Il exerce principalement dans la maison d'accueil spécialisée de cet établissement et se rend à l'UMD pour examiner les malades entrants, ainsi que chaque fois que cela est nécessaire. Il est avisé par courriel que lui adresse le cadre de santé et planifie sa visite le lendemain de l'arrivée. Un électrocardiogramme est fait systématiquement à l'arrivée, ainsi qu'un bilan biologique.

La proximité du centre hospitalier général facilite la prise en charge des patients, les équipes soignantes des deux établissements ayant, selon le médecin généraliste, de longues années de pratiques coordonnées. Il n'y aurait aucune difficulté pour obtenir un rendez-vous pour une consultation de spécialité. Un protocole existe entre le centre hospitalier général et l'EPSMM qui n'a pas été adapté à l'ouverture de l'UMD parce que cela n'est pas apparu utile.

Dans chaque unité de soins, un sac à dos d'urgence est disponible dans les bureaux de soins. Un défibrillateur est commun aux deux unités.

Un tableau établi par le secrétariat de l'UMD montre le nombre d'appels aux médecins de garde pour l'unité Renaudin, la première ouverte, durant l'année 2012 : trente-neuf appels téléphoniques à l'interne de garde, seize au médecin de garde et cinquante-et-un déplacements de ce praticien. Les déplacements concernent essentiellement des visites à l'isolement.

Un important travail sur la prise en charge de la douleur a été mené par le comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'EPSMM, dont les prescriptions étaient en cours de développement au sein de l'UMD au moment du contrôle.

#### **4.1.2 La restauration**

La restauration est assurée par le syndicat inter-hospitalier (SIH) auquel adhère l'EPSMM. Ce service livre en liaison chaude les repas le matin. Ils sont remis à température dans des armoires réfrigérées.

Depuis l'espace central, une pièce séparée, reliée à un office sert de salle de restauration.

Leur aménagement intérieur a été conçu de manière similaire : des tables fixées au sol sont installées, certaines pouvant recevoir jusqu'à six personnes assises sur des bancs, eux aussi rivés au sol, d'autres, deux personnes, d'autres enfin une seule.

Le cloisonnement d'avec l'espace central est effectué par une paroi vitrée à 1,20m. Des tablettes ont été fixées contre cette séparation et des patients peuvent s'y asseoir et prendre leurs repas dessus.

#### **4.1.3 Les vêtements et le linge**

Il n'existe pas, au sein de l'UMD, de dispositif particulier de distribution et de nettoyage du linge qui soit différent de celui en place au sein de l'EPSMM. Dans l'aménagement des locaux, deux espaces ont été construits afin que le linge propre et sale soit amené, nettoyé par la blanchisserie du SIH ou apporté à celle-ci. Les professionnels de la blanchisserie du SIH accèdent à ces locaux une fois par jour et effectuent les opérations. Il en existe une traçabilité, commune à l'ensemble de l'établissement.

#### **4.1.4 Les cultes**

L'exercice des cultes au sein de l'UMD ne répond pas à des règles différentes de celles de l'hôpital. A la différence des autres patients, ils ne peuvent cependant pas sortir de l'UMD pour aller aux offices religieux

#### **4.1.5 Les activités**

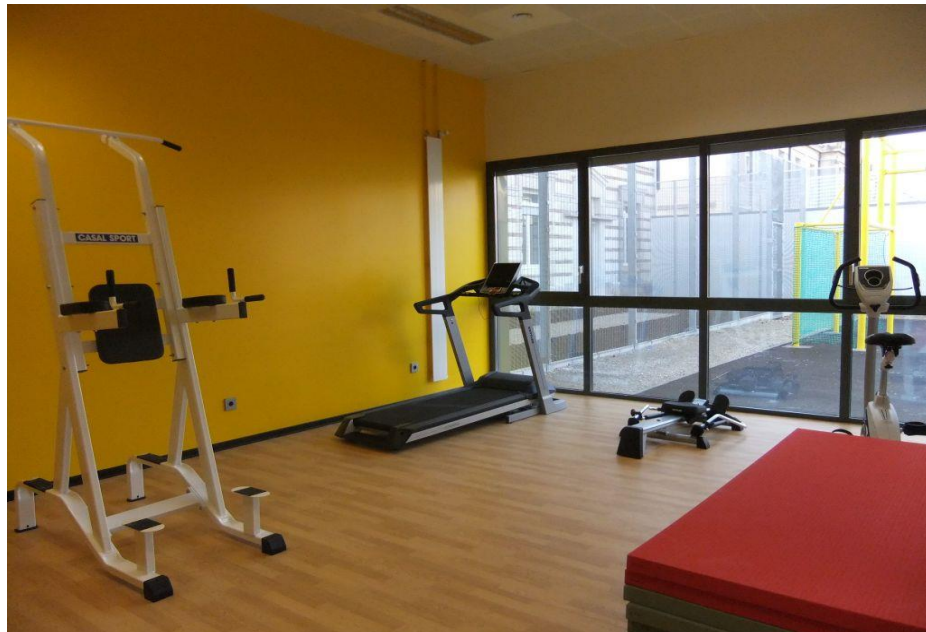
##### **4.1.5.1 Les activités d'ergothérapie**

L'un des éléments essentiels de la prise en charge au sein de l'UMD repose sur les activités de sociothérapie. Un bâtiment leur est dédié à l'extérieur des deux unités d'hospitalisation à temps plein mais dans l'emprise de l'UMD. Les patients s'y rendent accompagnés en prenant l'allée de desserte de l'unité.

Le document de présentation de l'UMD précise qu'il existe quatre types d'activités :

- celles co-animées par les infirmiers et des intervenants extérieurs ;

- celles qui sont regroupées autour d'un pôle d'activités culturelles, et dans lequel sont effectuées des activités artistiques comme du dessin ;
- les activités sportives ;
- la prise en charge en relaxation.



*Image 4: la salle de sport*

En outre, une salle destinée à une activité informatique est en place. Lors de la visite, les contrôleurs ont pu observer que certaines de ces activités étaient déjà en place. Mais il a été indiqué que l'ensemble du projet n'était pas encore déployé. Les patients rencontrés ont exprimé de l'intérêt pour les activités suivies. Lors de la visite, à l'arrivée des contrôleurs, aucune des salles d'activité n'était occupée. Le deuxième jour, les contrôleurs ont croisé des patients se rendant accompagnés vers la zone de sociothérapie.

**Une cafétéria**, située à l'extérieur des deux unités est accessible les lundis, mercredis, vendredis et dimanches à certaines heures de la journée où les patients, qui s'y rendent accompagnés, peuvent se réunir, prendre une boisson, écouter de la musique ou jouer d'un instrument. Elle est présentée comme une « salle de défolement », selon les propos rapportés aux contrôleurs. Ils ont la possibilité de consommer sur place des jus de fruit ou du café. Les biscuits sont vendus en petite quantité. Une association, « l'accueil », gère la cafétéria de l'UMD et la cafétéria de l'hôpital. Cette cafétéria est considérée par le personnel comme un « outil thérapeutique important ». Les achats ne sont pas effectués en espèces ; la banque des patients rembourse l'association. La cafétéria ne vend pas de tabac. Un buraliste reçoit les commandes par Internet. Le tabac à rouler est interdit.



Image 5 la cafétéria

#### 4.1.5.2 Les activités à l'intérieur des pavillons

A l'intérieur des unités, un grand espace est destiné à recevoir les patients lorsqu'ils ne sont pas dans leurs chambres. Des tables et des chaises, ainsi que quelques journaux sont à leur disposition. Cet espace est dénommé, dans les documents de présentation de l'UMD, « espace central ». Il comporte des parties séparées des autres où sont installées une table de ping-pong amovible, un baby-foot.



Image 6 : l'espace central de l'unité Dagonet

Dans la première unité, deux postes de télévision ont été installés. Lors du contrôle, dans une salle séparée de l'espace central par une cloison vitrée, un téléviseur était en marche tandis que des patients jouaient avec un personnel soignant à un jeu de société.

Les patients peuvent garder, uniquement dans leur chambre et sur prescription médicale, des lecteurs de musique de type MP3 chargés par les personnels soignants (alors que la règle est que les données stockées des MP3 sont extraites à l'arrivée à l'UMD pour y être réintroduites à la sortie cf. supra §3.12.4) et certains disent pouvoir se mettre à l'écart et écouter de la musique.

## 4.2 Le parcours du patient.

Le parcours du patient se décompose chronologiquement en quatre phases :

### ✓ la première période d'observation

Le patient est systématiquement accueilli en chambre d'isolement pour une durée de quarante-huit heures au minimum, avec un système d'élargissement progressif vers le

collectif : après un premier délai de 24h, le patient a accès à la table située près de la chambre d'isolement pour prendre ses repas, puis il a la possibilité de se rendre à la cour de l'espace « soins intensifs ». Pendant cette période le patient est privé de tabac ; des substituts nicotiniques lui sont proposés.

A l'issue de la période d'observation de quarante-huit heures, 98% des patients sont affectés dans une chambre ordinaire, selon les données de l'EPSMM.

La chambre qu'occupera le patient est désignée avant son arrivée à l'UMD. Il est tenu compte du « voisinage » car certains malades se manifestent « en criant beaucoup la nuit ». Les vêtements et le nécessaire de toilette sont immédiatement placés dans des armoires fermant à clef.

#### ✓ **la deuxième période d'observation**

Cette seconde période d'observation dure entre une et deux semaines. Il est proposé au patient d'intégrer le collectif de manière progressive pour un accès complet ou partiel en zone de jour.

En l'état, le nombre de soignants est supérieur au nombre de patients. Un ou plusieurs soignants se proposent pour être référents. La dimension relationnelle est déterminante pour effectuer ce choix. Le plus souvent, deux soignants sont désignés afin de « diluer la relation » ; il s'agit d'éviter qu'un patient « se sente persécuté par une seule personne ». Les référents désignés se rendent aux commissions de suivi. En cas de difficultés, le soignant référent peut demander à se désengager.

A la fin de cette seconde phase d'observation, le patient est invité à visiter les espaces collectifs de sociothérapie et de sport. Les différents ateliers sont présentés par l'ergothérapeute et les soignants ; les installations sportives sont visitées en compagnie du moniteur de sport, en observant que les activités doivent être adaptées aux capacités du patient.

Un programme d'activités hebdomadaire est élaboré par l'équipe de la sociothérapie et une possibilité de participation aux activités est prescrite par le médecin. Le projet de soins démarre ainsi et l'on multiplie les temps de médiation thérapeutique au travers des activités. A l'UMD, « on récupère des patients qui ont été placés longtemps à l'isolement, qui n'ont plus la notion du temps et de l'espace. Pour la plupart d'entre-deux, il est difficile d'intégrer des relations collectives ».

#### ✓ **la troisième phase : mise en œuvre du projet de soins individualisé**

Le programme d'activités évolue au fil des semaines, ponctué par des allers et retours entre l'unité de soins et la sociothérapie. En cas d'incident, il est possible de revenir en arrière sur les phases précédentes ; parfois, le patient peut se retrouver en chambre d'isolement.

Cette troisième phase est la plus longue du séjour à l'UMD.

#### ✓ **dernière phase : préparation à la sortie de l'UMD**

Le psychiatre fait une proposition de sortie de l'UMD lors de la commission de suivi médicale (CSM, cf. infra §.6) avec une argumentation médicale.

En moyenne, cette proposition de sortie intervient au bout de neuf mois de séjour à l'UMD, mais elle peut exceptionnellement être formulée après un séjour de trois mois.

Lors de cette phase de préparation à la sortie, on apprend au patient à gérer de manière autonome certains gestes de la vie quotidienne comme laver lui-même ses effets personnels.



Des sorties thérapeutiques, soumises à autorisation préfectorale, sont programmées. Elles sont inférieures à une journée ; il s'agit, la plupart du temps de permettre au patient d'effectuer des achats. Le nombre d'accompagnants est défini par le médecin (trois personnes au minimum).

Trois semaines avant la sortie, des contacts sont pris avec l'équipe soignante de l'hôpital qui a adressé le patient à l'UMD qui peut ainsi prendre toutes les dispositions nécessaires pour le récupérer.

### 4.3 Les unités

L'UMD est composée de deux unités autonomes, comportant vingt lits chacune. Il s'agit des unités « Dagonet » et « Renaudin ».

L'architecture de chacune de ces deux unités est identique.

#### 4.3.1 Les locaux

Chacune des deux unités d'hospitalisation est organisée en cinq zones :

- **La zone de surveillance et de soins** commandant l'accès.

Elle comporte un sas, le PC infirmiers, les locaux de soins, le bureau du cadre, un bureau polyvalent. L'équipe médicale a à sa disposition une salle de détente contiguë au PC infirmiers.

- **La zone de jour** dispose d'un accès de plain-pied à une aire extérieure, protégée en partie par un auvent. Cette cour, entourée d'un grillage, comporte deux tables et un banc en béton. Afin d'éviter des communications avec les immeubles voisins, ces grillages ont été opacifiés.

Au sein de la zone de jour, les patients ont à leur disposition des salles d'activités ainsi qu'une salle à manger avec un office attenant. Dans la salle de jour (104 m<sup>2</sup>) ont été disposés une table de ping-pong, un baby-foot, des sièges et une cabine téléphonique. Dans un local attenant à la salle de jour, un poste de télévision est protégé par du verre incassable.

La salle à manger comporte deux grandes tables avec bancs et cinq petites tables. Le tout n'a pas été fixé en raison de l'existence d'un chauffage au sol. Afin d'éviter la projection d'objets, du mobilier extrêmement lourd a été choisi. Des serviettes en tissu sont posées sur les bancs.

Pour manger, les patients disposent de couverts en plastique.

- **La zone d'isolement**, destinée aux arrivants et aux patients traversant une période agitée, comporte deux chambres avec un sas d'accès (cf. § 5.1). Un séjour, commun aux deux chambres, partagé par les deux patients, est prévu ainsi qu'une cour spécifique de déambulation avec auvent.
- **La zone de nuit** comporte vingt chambres individuelles placées de part et d'autre d'un couloir central situé en rez-de-chaussée. La surface de chaque chambre est de 15,87 m<sup>2</sup>. Deux chambres sont dimensionnées pour accueillir une personne à mobilité réduite (19,18 m<sup>2</sup>).

Ces zones sont présentées comme partie du parcours de soins du patient.

Les chambres sont sommairement meublées d'un lit scellé, d'une table et d'un tabouret en bois scellés. Le matelas ignifugé est contenu dans une housse indéchirable. Un oreiller

ignifugé et un dessus de lit sont posés sur le matelas. Les deux fenêtres ne peuvent être ouvertes qu'avec l'aide d'une clef. Deux armoires encastrées, sans penderie, ne peuvent être ouvertes qu'avec une clef détenue par le personnel soignant. Aucune horloge n'est disposée dans la chambre qui dispose d'une veilleuse et d'une lampe de chevet. L'éclairage artificiel est assuré par deux néons. Il est impossible de régler l'intensité de la lumière.

Chaque chambre est équipée d'une salle de bain de 2,48 m<sup>2</sup>, avec douche à l'italienne, WC à l'anglaise sans abattant, un lavabo qui dessert de l'eau froide et chaude. Depuis le couloir, un oculus permet d'observer la salle de bain. Il a été affirmé aux contrôleurs que, dans trois ou quatre chambres, les patients devaient se doucher à l'eau froide car le ballon d'eau chaude ne fonctionnait pas.

Afin de faciliter les interventions éventuelles, chaque chambre dispose d'une double entrée. Les portes ne comportent pas un entrebâilleur ; cette situation a été vivement dénoncée par le personnel soignant. La direction dans sa réponse indique qu'au contraire toutes les portes comportent un entrebâilleur sauf les chambres d'isolement.

Un interphone permet d'entendre le patient mais pas de communiquer avec lui. Un voyant d'appel est situé au-dessus de la porte.

Les portes des chambres comportent un oculus (0,30m sur 0,30m) avec du verre renforcé. Ces portes ne sont jamais maintenues en position ouverte afin d'éviter des incidents ; elles sont maintenues fermées sur le chambranle opposé.

Devant chaque porte, le personnel soignant dispose de vingt-deux boutons permettant d'actionner différents éclairages et veilleuses.

Les chaussures des patients sont déposées devant les portes.

### **4.3.2 Fonctionnement**

#### **4.3.2.1 La journée type**

L'emploi du temps de chaque patient est affiché sur sa porte.

Le réveil est fait par l'équipe soignante à partir de 7h. La distribution des médicaments a lieu dans la zone de jour. Un soignant se tient près du chariot à médicaments.

Le petit-déjeuner se prend dans la salle à manger. Parfois, il n'est remis qu'une cuillère en plastique à certains patients. A la fin des repas, les couverts en plastique sont comptés.

Les patients qui souhaitent fumer peuvent se rendre sur la cour. Un allume cigares électrique est fixé au mur.

Des activités individuelles (puis collectives dans les phases ultimes) sont organisées.

Le retour en unité d'hébergement se déroule vers 11h45.

Le déjeuner est pris à midi dans la salle à manger.

Les patients se retirent en chambre de 13h à 15h.

De 15h à 17h30 se déroulent les activités. Le dîner se prend dans la salle à manger à 19h.

A partir de 20h, les patients regagnent leur chambre.

L'extinction des feux est fixée à 21h et les MP3 sont ramassés.

La nuit, trois personnels soignants sont présents dans chaque unité (deux infirmiers et un aide-soignant). Avant la mise en service de la seconde unité, ils étaient au nombre de quatre.

#### 4.3.2.2 Les règles de vie et les activités

Les règles de vie sont identiques dans les deux unités. Il s'agit pour les soignants d'apprendre aux patients « le respect mutuel afin d'éviter les agressions verbales ou physiques ».

Le patient doit faire son lit, le cas échéant, en présence des soignants.

La tenue vestimentaire varie « en fonction de l'état de santé du patient ». Suite à des incidents, le patient peut être dans l'obligation de porter un pyjama (à manches courtes ou à manches longues, avec poches ou sans poches).

Les fumeurs peuvent consommer cinq cigarettes par jour (après le petit-déjeuner, après le déjeuner, au lever de la siseste, au retour des activités, après le repas du soir). Le tabac est décrit par le personnel comme une source de conflits. Des patchs sont proposés. Les patients fument exclusivement sur les cours.

Les patients sont invités à participer à de nombreuses activités. Conformément au projet médical, le premier type d'activités concerne le sport et ce pendant un mois. Dans un deuxième temps, une prise en charge par l'ergothérapeute est prescrite.

En 2012, 98% des patients ont participé à une activité socio thérapeutique. 80% de ces patients ont été pris en charge deux fois par semaine.

Le jour du contrôle, sur vingt-deux patients accueillis, deux patients ne bénéficiaient pas de ce type de prise en charge : un patient décrit comme délirant et un autre présentant des troubles de démence.

Au moment du contrôle, la moyenne de fréquentation de l'espace sociothérapie était de six fois par semaine par patient.

La durée minimale d'une prise en charge socio thérapeutique est d'une heure. Deux activités « sport » sont proposées par demi-journée (y compris les week-ends). En moyenne, trois activités d'ergothérapie sont également proposées quatre jours par semaine.

Les activités sportives comportent les séances suivantes : musculation, « cardiotraining », avec prise en charge individuelle ou collective.

Les activités d'ergothérapie sont ensuite proposées. Ces activités sont les suivantes : jardinerie, menuiserie, poterie, informatique et théâtre. « On utilise l'activité pour mettre en place une relation avec le patient ».

Selon le personnel rencontré, « les patients sont très demandeurs pour effectuer des activités de socio thérapie ».

## 5 RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

Lors de toute admission dans l'UMD, les patients sont placés pour une durée minimale de quarante-huit heures dans l'une des chambres d'isolement de l'unité dans laquelle ils sont affectés.

## 5.1 Les chambres d'isolement

Les deux unités de l'UMD disposent chacune de deux chambres d'isolement qui présentent une configuration quasi identique : l'une est une chambre ordinaire (d'une surface de 14,64 m<sup>2</sup> à Dagonet et de 16,46 m<sup>2</sup> à Renaudin), l'autre – un peu plus grande – est une chambre pour personne à mobilité réduite (d'une surface de 15,67 m<sup>2</sup> à Dagonet et de 18,31 m<sup>2</sup> à Renaudin).

Les chambres se trouvent dans un secteur clos dont la porte se trouve en face du sas d'entrée de l'unité. Une porte pleine donne dans un sas d'accès à chacune des deux chambres du secteur. Les portes des chambres sont percées d'un oculus vitré permettant de voir l'intégralité de la pièce, sans avoir à y entrer.

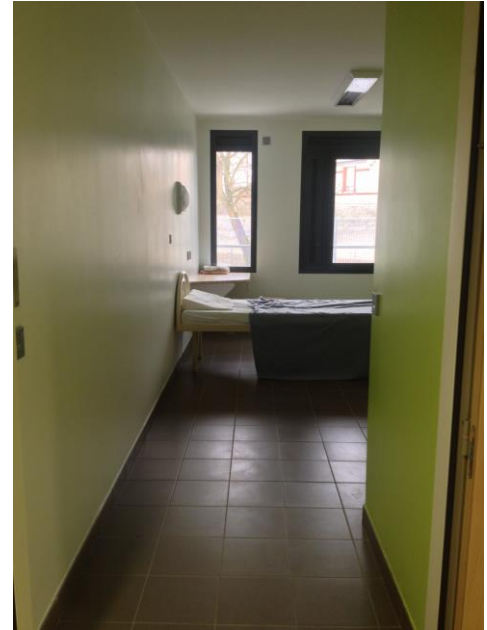
Entre les deux chambres, un espace central (d'une surface de 12,54 m<sup>2</sup> à Dagonet et de 13,81 m<sup>2</sup> à Renaudin) est équipé d'un bloc constitué d'une tablette et d'un siège permettant aux personnes de prendre seuls leur repas. De cet espace, on accède à une cour dite de déambulation, d'une surface de 44,93 m<sup>2</sup> à Dagonet et de 55,17 m<sup>2</sup> à Renaudin totalement dépourvue d'équipement.

Les chambres sont propres et claires en raison de la présence d'une large baie vitrée. La vue donne sur un espace sans passage et le mur de l'hôpital. Elles sont équipées d'un lit fixé au sol et disposé au centre de la pièce, ainsi que d'une cuvette de WC en inox scellée dans le mur. Le lit est dressé avec draps et couvertures ; l'armature est prévue pour y fixer des lanières de contention. Un dispositif dans un boîtier sous clef permet de régler la tête du lit. Un pyjama et une bouteille d'eau de 33 cl étaient posés dessus au moment de la visite des contrôleurs. Une horloge numérique est encastrée ans le mur et protégée par une vitre incassable.

Chaque chambre ouvre sur un espace sanitaire (d'une surface de 5,73 m<sup>2</sup> à Dagonet et de 5,29 m<sup>2</sup> à Renaudin) dans lequel sont aménagés une douche à l'italienne et un lavabo. La zone n'est accessible qu'au moment de la toilette en présence du personnel.

Une caméra de surveillance se trouve au plafond de chaque chambre. Les images sont visionnées en permanence depuis le PC infirmiers. Un cache est disposé afin de ne pas voir des écrans de contrôle une personne utilisant le WC.

Une armoire, dans le sas, sert de réserve pour tout ce qui est mis à la disposition du patient pendant son séjour en isolement : oreillers, taies, t-shirts, draps-housses, serviettes de bain, gants de toilette, rouleaux de papier toilette, pyjama, sous-vêtements.



## 5.2 La procédure d'isolement

Le protocole de mise en chambre d'isolement, dont la dernière actualisation date d'octobre 2010, s'applique dans l'ensemble de l'établissement, dont l'UMD. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est en cours à l'EPSMM, depuis septembre 2011, sur la pertinence des mises en chambre d'isolement.

Comme cela a été indiqué (cf. *supra* § 3.2), le principe est que tout patient entrant à l'UMD est placé en observation, pour une période minimale de 48 heures, en chambre d'isolement, sauf en cas de contre-indication médicale. La décision est confirmée dans l'heure par le psychiatre, y compris si ce dernier a déjà rencontré le patient lors de son arrivée, comme cela a été le cas lors de l'admission de 17 janvier 2013 à laquelle ont assisté les contrôleurs. Un interne n'est pas habilité à procéder à cette confirmation du placement.

L'examen somatique est réalisé, au plus tard, le lendemain.

Pendant les 24 premières heures, le patient ne quitte pas la chambre ; dans les 24 heures suivantes, il peut être autorisé à prendre son repas dans l'espace central contigu à sa chambre et se rendre dans la cour mais pas pour y fumer.

Le département d'information médicale de l'EPSMM a transmis l'information du nombre de jours en isolement concernant les vingt-trois patients hospitalisés à l'UMD, pour la période allant de janvier à septembre 2012, sans toutefois détailler les mises en chambres liées au processus d'entrée et celles faisant suite à des crises aiguës :

- onze patients comptabilisent d'un à cinq jours de placement en chambre d'isolement : deux ont effectué deux jours, sept trois jours, un de quatre jours et un de cinq jours ;
- sept patients comptabilisent de six à quinze jours de placement en chambre d'isolement : un a six jours, deux sept jours, un neuf jours, deux onze jours et un quinze jours ;
- cinq patients comptabilisent de seize à trente jours de placement en chambre d'isolement : deux ont dix-sept jours, deux dix-neuf jours et un trente jours.

S'agissant de ces cinq derniers patients, la proportion des journées en isolement par rapport au nombre des journées de présence est la suivante :

Journées de présence	Dont en isolement	Proportion (%)
194	17	8,8
159	17	10,7
180	19	10,6
166	19	11,4
144	30	20,8

Il a été indiqué que la surveillance en chambre d'isolement est horaire ; il n'existe aucune modalité de vérification que cette surveillance est effective. Dans sa réponse la direction de l'établissement indique que le suivi de la surveillance est assuré dans le dossier informatisé CORTEXTE.

Le psychiatre visite tout patient isolé toutes les 24 heures, y compris le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Il n'existe pas de registre d'isolement. Les mesures d'isolement sont consignées dans le dossier informatisé du patient (CORTEXTE).

### 5.3 Le recours à la contention

Un protocole « Contention » est en évaluation sur l'UMD. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est en cours à l'EPSMM, depuis octobre 2012, sur la prévention des risques liés aux contentions physiques.

Il fait référence à la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (« Les hommes naissent libres et demeurent égaux en droit »), à l'article premier de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, à la loi du 5 juillet 2011, au code de déontologie médicale, au décret du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et aux règles professionnelles, à la charte du patient hospitalisé, à l'article 122-7 du code pénal, à un document d'octobre 2000 rédigé par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES – remplacée depuis 2005 par la Haute autorité de santé) intitulé : « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » et aux recommandations du jury de la conférence de consensus sur « L'agitation en urgence » de 2002.

Le document contient une définition de la contention : « la contention d'un patient est définie comme la limitation de son autonomie et de ses mouvements au moyen d'un procédé mécanique. C'est à la fois une réponse et une prévention de ses conduites dangereuses. La contention ne doit pas limiter les contacts relationnels du patient ».

Le protocole indique ce qui n'est pas considéré comme relevant de la contention : « le maintien bref de la personne afin de la calmer ou de la réconforter ; le maintien plus ou moins prolongé lors d'une escorte d'un endroit à un autre ; les dispositifs médicaux incluant des appareils pour maintenir une bonne posture corporelle ou conforter l'équilibre ; les casques et équipements de sécurité employés pour protéger un patient des risques de traumatisme liés à une chute, ou pour éviter qu'il ne se blesse lors de mouvements involontaires. »

Le document précise les indications : « prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés ; mise en contention intégrée dans un programme thérapeutique ; utilisation à la demande du patient. » Les contre-indications somatiques et non somatiques sont également listées, notamment, parmi ces dernières, une utilisation « à titre de punition » ou « pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort ».

Le protocole décrit la procédure à suivre : la contention est réalisée sur prescription médicale d'un médecin senior qui doit se déplacer. En son absence et en cas d'urgence, l'interne ou l'équipe infirmière peut y recourir après avoir préalablement informé le psychiatre de garde ou d'astreinte par téléphone. Le déplacement et la prescription confirmant l'indication doivent avoir lieu dans l'heure qui suit la mise en contention. Les données concernant l'identité du patient, la date et l'heure de début de mise en contention sont renseignées. Le prescripteur est identifié.

La contention est prescrite pour une période maximale de 24 heures. Le renouvellement peut être réalisé par un interne. La nécessité du maintien de la mesure est évaluée plusieurs fois par jour par l'équipe médicale. Toute mesure de contention est associée à une sédation médicamenteuse.

Un paragraphe concerne spécifiquement l'UMD. Il distingue deux situations :

- « Contention au lit = mesure de soins intensifs : sur arceaux spécialement prévus à cet effet, en cas d'agitation majeure et de risque auto-agressif, avec surveillance infirmière horaire (...), repérer les sentiments de peur et d'humiliation » ;
- « Contention des membres supérieurs sans mesure d'isolement (contention "ambulatoire") : matériel adapté, mêmes règles de prescription, escorte obligatoire par 2 soignants. »

Un débriefing de la mesure est prévu avec le patient : « demander au patient comment il se sent ; description de son vécu par rapport à la mesure de contention ; décrire comment le personnel a vécu la situation de mise en contention ; expliquer les raisons de la mesure de contention ; définir avec le patient les mesures préventives permettant d'éviter la mise en contention ; recueil des souhaits de patient si une situation identique devait se reproduire. »

Chaque unité de l'UMD est dotée d'une armoire sur roulette contenant le matériel de contention et d'un sac d'intervention.

L'inventaire d'une armoire est ainsi décrit dans une fiche qui est apposée au dos de la porte :

Déambulations pied taille standard	<u>5</u>
Déambulations main taille standard	<u>5</u>
Lit main taille standard	<u>10</u>
Lit main taille large	<u>4</u>
Lit pied taille standard	<u>10</u>
Lit pied taille large	<u>4</u>
Jonction pied	<u>6</u>
Ceinture ventrale taille standard	<u>1</u>
Ceinture ventrale taille large	<u>1</u>
Rallonge ventrale	<u>2</u>
Ceintures pelviennes	<u>2</u>
Montage ventrale+Epaule+Pelvienne taille standard	<u>2</u>
Montage ventrale+Epaule+Pelvienne taille large	<u>2</u>
Tétons+Fermetures démontés	<u>126</u>

Pour le sac d'intervention :

Déambulation main taille standard	<u>1</u>
Déambulation pied taille standard	<u>1</u>
Fermetures + Tétons démontés	<u>5</u>

Comme pour le placement en chambre d'isolement, il n'existe pas de registre permettant de connaître la mise en contention qui est également consignée dans le dossier informatisé du patient (CORTEXTE).

Durant leurs trois jours de présence à l'UMD, les contrôleurs n'ont vu aucun patient sous contention.

## 6 LA COMMISSION DE SUIVI MEDICAL

La commission de suivi médical (CSM) prévue à l'article R. 3222-6 du code de la santé publique est composée, pour l'UMD de Châlons-en-Champagne, par un arrêté du directeur général de l'ARS de Champagne-Ardenne<sup>10</sup>.

Cette décision a nommé sept médecins, dont deux de l'EPSMM n'exerçant pas au sein de l'UMD, et cinq exerçant dans un autre établissement de la région (dont trois du centre hospitalier Belair à Charleville-Mézières - Ardennes).

Un médecin psychiatre, de l'EPSMM, a été élu président par ses pairs.

Chacun des membres a au moins un suppléant.

Une réunion mensuelle de la CSM est organisée dans une salle située au premier étage du bâtiment de l'administration de l'UMD.

Les contrôleurs ont assisté, avec l'accord des membres de la commission, à une réunion qui examinait la situation de quatre patients.

Le déroulement des réunions est à chaque fois identique : le médecin responsable de l'UMD vient présenter les situations des patients dont le placement à l'UMD arrive à échéance. Un échange s'engage sur la sortie ou le maintien du patient au sein de l'unité. Puis le patient est entendu hors de la présence du médecin de l'UMD. A l'issue, la commission délibère.

Chaque délibération est effectuée après l'audition du patient et du médecin de l'UMD. Elle est l'occasion d'un échange qui n'est pas de nature expertale mais clinique. Le médecin de l'ARS s'attache cependant à rappeler les objectifs d'ordre public qui peuvent être liés à la présence d'un patient en UMD.

La décision prise par la CSM est ensuite rédigée et notifiée en personne au patient par son président. Celui-ci se rend dans l'unité où est hospitalisé le patient.

## 7 HOSPITALISATION DES PATIENTS DÉTENUS

Concernant les patients détenus, l'ouverture d'une UMD à Châlons-en-Champagne est venue compléter un dispositif de soins en santé mentale qui comprenait déjà le SMPR de la maison d'arrêt de la ville et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) basée à Nancy.

Les patients, qui proviennent d'un établissement pénitentiaire et qui se trouvent à l'UMD dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale, sont pris en charge dans les mêmes conditions que les autres patients.

Un cadre de santé de l'UMD prend l'attache de l'établissement pénitentiaire d'origine pour se faire communiquer la situation pénale de la personne avant son admission et une fiche de renseignement concernant la correspondance (respect de la limitation éventuelle du droit de communiquer), les visites et le téléphone, pour connaître les personnes autorisées à entrer en contact avec elle.

<sup>10</sup> Arrêté N° 2011- 1230 en date du 19 décembre 2011 relatif à la désignation des membres de la commission du suivi médical de l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Champagne Ardenne, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.



Avant l'ouverture de l'UMD, la cadre de santé de l'unité Renaudin – comme un des deux psychiatres – exerçait au SMPR de la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne et maîtrise, de ce fait, parfaitement ces procédures.

Depuis l'ouverture, l'UMD a admis trois patients détenus, l'un en provenance du centre pénitentiaire d'Annœullin (Nord), un autre du centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne) et le troisième de la maison d'arrêt de Reims (Marne) – à propos de ce dernier, cf. *supra* § 3.1.2.

## 8 CONDITIONS DE TRAVAIL

Les personnels soignants exerçant au sein de l'UMD ont été recrutés par anticipation de l'ouverture, ainsi qu'il a été dit plus haut (cf. § 2.6 *supra*). Cette démarche a permis de travailler en amont autour du projet thérapeutique mais également d'engager un processus de formation-action afin d'aborder les différentes problématiques susceptibles d'intervenir en UMD. A cette fin, la direction des soins a notamment mis l'accent sur les questions de sécurité des patients et des agents en engageant un processus de formation autour du projet Omega (cf. *supra* § 2.5).

Le recrutement des personnels soignants s'est effectué pour partie par voie de mutation, mais aussi par l'affectation de jeunes professionnels sortant des instituts de formation en soins infirmiers.

Les organisations syndicales évoquent la difficulté des conditions de travail au sein de l'UMD mais insistent sur la nécessité de ne pas dissocier les conditions de travail dans cette unité de celles existant au sein de l'EPSMM en soulignant l'effet de vitrine, alors qu'existent des retards en équipements et en moyens humains sur l'ensemble du département de la Marne.

## 9 APPRECIATION GENERALE

Les unités ont ouvert très récemment, depuis moins d'un an pour l'une des deux, depuis moins de quatre mois pour la seconde, à la date du contrôle. D'emblée, le personnel médical a dû se montrer attentif à ce que les admissions correspondent bien aux indications propres à un placement en UMD.

Les premiers éléments qui se dégagent concernent les bénéficiaires de l'effort de la formation préalable des professionnels, aucun n'ayant une expérience préalable de la prise en charge de malades difficiles dans le contexte d'une UMD.

La direction de l'établissement a eu le souci de mettre en place un parcours professionnalisant permettant à l'ensemble des équipes de prendre la mesure des problématiques cliniques.

De leur côté, les médecins ont eu le souci de faire adhérer l'ensemble du personnel à la prise en charge des patients, comme en témoigne l'organisation mise en place au moment d'une arrivée au sein d'une unité d'admission (cf. §3.1).

Le discours des équipes est centré sur le souci de ne pas « chroniciser » les patients et favoriser leur sortie. La démarche de la commission de suivi médical telle qu'elle a pu être observée par les contrôleurs va dans le même sens.

Le respect des droits est particulièrement pris en compte, avec 90 % des patients admis à l'UMD qui se présentent devant le juge des libertés et de la détention, et l'assistance d'un avocat dans environ un cas sur deux. L'option prise par le président du tribunal de grande instance de tenir des audiences foraines, y compris au sein de l'UMD, s'avère un élément déterminant pour que le patient réalise le rôle protecteur du juge dans l'exercice de ses droits.

## 10 CONCLUSIONS

A l'issue de leur visite, les contrôleurs forment les observations et recommandations suivantes :

Observation n° 1 : Malgré les conditions précipitées de l'ouverture de l'UMD, la direction a fait le choix avec la commission médicale de l'établissement de mettre en place et de former une équipe cohérente mobilisée autour d'un projet thérapeutique clair.

Observation n° 2 : Une réflexion devrait être conduite sur le plan national afin de permettre la concertation entre UMD quand plusieurs – voire toutes – sont parallèlement saisies pour une admission par un même établissement, ce qui permettrait de « croiser » les demandes (cf. §. 3.1.1).

Observation n° 3 : L'implication du personnel lors de l'arrivée d'un patient à l'UMD mérite d'être soulignée, notamment le mode d'accueil personnalisé et la réunion de transmission d'informations avec les soignants de l'établissement d'origine chargés de son accompagnement (cf. §. 3.2).

Observation n° 4 : Une solution devrait être trouvée entre ARS et préfectures afin de réduire les délais de transmission des arrêtés de placement, de maintien ou de transfert et permettre leur notification dans des délais plus brefs (cf. §. 3.3 et 3.6).

Observation n° 5 : L'organisation mise en place pour le contrôle des hospitalisations sans consentement par le JLD, avec la présence de ce dernier au sein de l'UMD et la présence d'un avocat à l'audience, contribue au respect des droits des patients et à leur compréhension du rôle protecteur du juge (cf. §. 3.5).

Observation n° 6 : Les arrêtés préfectoraux de placement, de maintien ou de transfert à l'UMD devraient figurer dans le registre de la loi, de même que les ordonnances rendus par le juge des libertés et de la détention (cf. 3.6).

Observation n° 7 : L'absence de boîtes aux lettres au sein des unités est regrettable. Afin de garantir la liberté de correspondance, il est impératif qu'un registre spécifique soit ouvert afin d'assurer une traçabilité des correspondances adressées aux autorités administratives et judiciaires (cf. §. 3.12.1)

Observation n° 8 : Les mineurs de moins de quinze ans doivent pouvoir rendre visite à leurs proches admis à l'UMD, sauf décision médicale contraire (§ 3.12.2).

Observation n° 9 : : Il est impossible de régler l'intensité de la lumière dans les chambres, ce qui n'est pas propice à créer un environnement apaisant (§4.3.1). Dans trois ou quatre chambres les patients doivent se doucher à l'eau froide car un ballon d'eau chaude ne fonctionne pas (§4.3.1).

Observation n° 10 : Outre la traçabilité organisée dans le dossier médical du patient, les placements en chambre d'isolement, les mises en contention, ainsi que les modalités de surveillance assortissant ces mesures, devraient faire l'objet d'un mode d'enregistrement spécifique qui serait à la disposition des autorités chargées de les contrôler (cf. § 5.2 et 5.3).

Observation n° 11 : Le processus de fonctionnement de la commission de suivi médical est apparu exemplaire : procédure d'échange entre pairs sur la situation clinique du patient, audition de celui-ci, principe contradictoire, notification orale faite au patient par son président des décisions prises. (cf. § 6)

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Cconditions de la visite.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation générale de l'établissement .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Les conditions de l'ouverture de l'UMD .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>L'implantation.....</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Le bâtiminaire .....</b>	<b>6</b>
2.3.1	L'enceinte de l'UMD .....	6
2.3.2	La zone administrative et d'activités.....	7
2.3.3	Les unités d'hospitalisation.....	8
<b>2.4</b>	<b>Les personnels .....</b>	<b>8</b>
<b>2.5</b>	<b>L'activité.....</b>	<b>10</b>
<b>2.6</b>	<b>Le projet thérapeutique.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Hospitalisations sans consentement et exercice des droits .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>Les modalités d'admission des patients .....</b>	<b>14</b>
3.1.1	La procédure d'admission.....	14
3.1.2	Les admissions décidées.....	14
3.1.3	Les patients admis.....	15
<b>3.2</b>	<b>Les modalités d'arrivée du patient.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>La notification de l'arrêté préfectoral de placement .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4</b>	<b>Les informations données aux malades arrivants et les possibilités de recours .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5</b>	<b>Le juge des libertés et de la détention .....</b>	<b>20</b>
<b>3.6</b>	<b>Le registre de la loi .....</b>	<b>21</b>
<b>3.7</b>	<b>L'information donnée aux familles.....</b>	<b>22</b>
<b>3.8</b>	<b>La confidentialité de l'hospitalisation.....</b>	<b>23</b>
<b>3.9</b>	<b>L'accès du patient au dossier médical .....</b>	<b>23</b>
<b>3.10</b>	<b>Le recueil des observations des patients .....</b>	<b>24</b>
<b>3.11</b>	<b>Le collège des professionnels de santé .....</b>	<b>24</b>
<b>3.12</b>	<b>La communication avec l'extérieur .....</b>	<b>25</b>
3.12.1	Le courrier.....	25
3.12.2	Les visites.....	25
3.12.3	Le téléphone .....	26
3.12.4	L'informatique et l'accès à Internet .....	26
3.12.5	Le droit de vote .....	26
<b>3.13</b>	<b>Les permissions de sortie .....</b>	<b>26</b>

<b>3.14</b>	<b>Les visites des autorités .....</b>	<b>27</b>
<b>3.15</b>	<b>La commission départementale des soins psychiatriques .....</b>	<b>27</b>
<b>3.16</b>	<b>Le traitement des plaintes et réclamations.....</b>	<b>28</b>
3.16.1	La commission de des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).....	28
3.16.2	Les évènements indésirables.....	28
<b>4</b>	<b>Conditions matérielles d'hospitalisation .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Eléments communs aux deux unités.....</b>	<b>28</b>
4.1.1	Les soins somatiques.....	28
4.1.2	La restauration .....	29
4.1.3	Les vêtements et le linge.....	29
4.1.4	Les cultes.....	29
4.1.5	Les activités.....	29
<b>4.2</b>	<b>Le parcours du patient.....</b>	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>Les unités .....</b>	<b>33</b>
4.3.1	Les locaux.....	33
4.3.2	Fonctionnement.....	34
<b>5</b>	<b>Recours à l'isolement et à la contention .....</b>	<b>35</b>
<b>5.1</b>	<b>Les chambres d'isolement .....</b>	<b>36</b>
<b>5.2</b>	<b>La procédure d'isolement .....</b>	<b>37</b>
<b>5.3</b>	<b>Le recours à la contention.....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>la commission de suivi médical.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Hospitalisation des patients détenus .....</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>Conditions de travail .....</b>	<b>41</b>
<b>9</b>	<b>Appréciation générale .....</b>	<b>41</b>
<b>10</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>43</b>