



Rapport de visite :
Centre hospitalier de la
Haute-Marne, Hôpital
André Breton
(Saint-Dizier) et centre
médical Maine-de-
Biran (Chaumont)
(Haute-Marne)

8 au 12 février 2016 - 1^e visite

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs et un stagiaire ont effectué une première visite du Centre hospitalier de la Haute-Marne (Haute-Marne) du lundi 8 février au vendredi 12 février 2016.

Le rapport de constat portant sur cette visite a été adressé au directeur général du centre hospitalier le 26 juillet 2016 ; ses observations ont été intégrées dans le présent rapport.

Le centre hospitalier de la Haute-Marne, seul établissement de psychiatrie du département, dessert un secteur à caractère rural peuplé au 1er janvier 2016, de 181 521 habitants. Ses équipes interviennent sur plus de quarante sites médico-sociaux et sanitaires dans le département, dont trois structures d'hospitalisation complète accueillant les personnes en soins sans consentement et celles en soins libres : deux à Saint-Dizier au sein de l'hôpital André Breton et une à Chaumont au centre médical Maine de Biran.

L'hôpital André Breton accueille des patients en psychiatrie depuis 1824. Il dispose pour le pôle intersectoriel de psychiatrie générale de 55 lits répartis entre trois unités fermées – « Les Iris » de 25 lits destinés en priorité aux personnes en soins sans consentement, « Georges Brassens » de 25 lits pour les soins de longue durée et « Les Lilas » de 5 lits pour la géro-psycho-geriatrie –, pour le pôle de psychiatrie générale du secteur de Saint-Dizier de 30 lits dans l'unité ouverte « La Fabrique du Pré » et pour le pôle de prise en charge des enfants et adolescents de 5 lits dans l'unité fermée « MODADO ».

Le centre médical Maine de Biran à Chaumont est un bâtiment datant des années 1960. Il dispose de 48 lits répartis en deux pôles : 24 lits pour le pôle de psychiatrie générale du secteur de Chaumont et 24 lits pour le pôle de psychiatrie générale du secteur de Langres ; ces deux unités sont fermées.

Les patients admis en soins libres constituent la catégorie la plus représentée, pourtant ils sont majoritairement hospitalisés en unités fermées. En effet, parmi les six unités de psychiatrie pour adultes, seul le centre de soins « La Fabrique du Pré » est un service ouvert, accueillant près de 80 % de personnes rencontrant des problèmes d'ordre médico-social. Il ressort de ce contrôle qu'une réflexion approfondie doit impérativement être conduite en vue d'ouvrir les unités. En effet, à l'exception d'une d'entre elles, les unités sont fermées et, en dépit de la volonté de bientraitance manifestée par l'ensemble du personnel, le fonctionnement en milieu fermé n'est pas remis en cause.

Dans un contexte d'isolement géographique et de difficultés de recrutement médical, les effectifs du centre hospitalier de la Haute-Marne ont diminué de 7,8 % en trois ans. Ils comptaient 26,40 équivalents temps plein de personnel médical (ETP) en 2013 et 13,40 en 2015. Le personnel soignant a également diminué pendant la même période, passant de 358,68 à 345,08 ETP, le personnel éducatif et social est passé de 26,79 à 24,78 ETP, le personnel administratif et technique, lui, est passé de 72,11 à 65,24 ETP.

L'organisation générale de la psychiatrie dans le département et l'organisation de l'établissement conduisent à diriger les patients en soins libres ou sur demande d'un tiers vers les sites de Saint-Dizier et de Chaumont et ceux en soins sur décision du représentant de l'Etat exclusivement à Saint-Dizier. Cette situation, compte tenu de la rareté des transports en commun, défavorise le maintien des liens familiaux.

Si le registre de la loi est bien tenu et que les contrôles par les magistrats du parquet sont réguliers, les visites des autres autorités telles que le maire et le préfet sont exceptionnelles et celles de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) rares, cette commission rencontrant des difficultés pour recruter des psychiatres.

Les usagers sont présents au travers de la commission des usagers et sont écoutés. Ils pourraient être davantage consultés, notamment sur le contenu des règlements des unités et la préparation à la sortie.

L'absence de comité d'éthique interroge.

La prise en charge des patients admis sans consentement est bien assurée sur le plan médical. Cependant l'information des patients sur leurs droits est limitée au passage devant le juge des libertés et de la détention (JLD). Le livret d'accueil est très incomplet quant aux explications données sur l'ensemble des droits des patients et notamment sur les possibilités de recours qui leur sont offertes ; une formation des soignants sur ces sujets est nécessaire. Le circuit des notifications des décisions prises par le préfet doit être amélioré afin de s'assurer la réalité de la notification. La situation juridique des mineurs hospitalisés apparaît peu claire, au regard, notamment, de l'autorité parentale. Le règlement intérieur est à peu près inaccessible et périmé sur différents points. Les règles de vie des unités méritent d'être harmonisées. Si la confidentialité sur l'hospitalisation apparaît dans le livret d'accueil, les modalités de sa mise en œuvre sont floues.

Le traitement des plaintes et des réclamations des patients et des familles est correctement assuré, mais leur recueil gagnerait à être mieux organisé.

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé est à clarifier en vue de garantir les droits du patient à un examen contradictoire de sa situation.

Les audiences du JLD se tiennent sur le site de Saint-Dizier pour l'hôpital André Breton et au tribunal de grande instance de Chaumont pour le centre médical Maine de Biran. Le positionnement des soignants, quant à l'opportunité de la comparution du patient à l'audience, doit être clarifié. Par ailleurs l'information donnée aux patients sur leurs droits doit être plus largement assurée en amont de l'audience et non seulement au moment de celle-ci.

En ce qui concerne les droits généraux des patients, la protection juridique des majeurs est bien organisée, même si une plus grande concertation entre les mandataires permettrait d'harmoniser le suivi des mesures de protection. La conservation et la gestion des valeurs des patients sont défectueuses sauf dans le centre médical Maine de Biran où elles sont organisées et transparentes. La sexualité n'est pas un sujet tabou, les soignants sont attentifs aux personnes vulnérables, mais il n'y a pas de directive institutionnelle. L'exercice du droit de vote peut être amélioré, comme l'exercice du culte pour lequel les patients ne donnent pas d'indication à l'admission et qui ne bénéficie que du concours de l'aumônerie catholique.

Les conditions générales d'hospitalisation n'appellent pas d'observation générale sur les fonctions logistiques, ni sur l'accès au téléphone portable pour les majeurs comme pour les mineurs. L'accès à Internet, possible pour les mineurs de MODADO, mérite de faire l'objet d'une réflexion concernant son extension aux majeurs. Les visites aux patients sont organisées, avec un accès possible aux chambres, mais l'accès à la cafétéria est impossible pendant les week-ends et

les jours fériés alors que c'est le jour d'affluence des visiteurs. Les lieux collectifs sont diversifiés et les activités sont de qualité, mais leur accès est limité pour les patients hospitalisés sans consentement qui doivent faire l'objet d'un accompagnement systématique, même dans le parc qui est fermé. L'accès au tabac – à l'extérieur des unités exclusivement – est globalement bien géré.

Les soins somatiques sont assurés mais *a minima* ; le passage quotidien d'un médecin généraliste dans chaque unité apparaît nécessaire, notamment pour assurer la surveillance des patients sous contention. L'usage de la contention est raisonné, mais des chambres d'isolement sont inadaptées dans certaines unités (Iris et Brassens) où elles ne sont pas équipées de sonnette d'appel ni de fenêtre. Les mises à l'isolement, en chambre d'isolement ou en chambres ordinaires, doivent faire l'objet d'une méthode commune de décompte pour l'ensemble des unités. Un registre d'utilisation des chambres d'isolement et de la contention doit être ouvert.

Les personnes détenues sont traitées selon une stratégie thérapeutique et non sécuritaire exemplaire. Elles peuvent recevoir des visites toutefois leur accès au téléphone devrait être l'objet d'une réflexion.

L'unité MODADO souffre d'un manque d'espace source d'angoisse et de violence. Le suivi de ces mineurs est assuré essentiellement par un interne, ce qui est anormal. Les contrôleurs s'interrogent sur la capacité de l'équipe de l'unité à faire face à des patients aux profils très variés, dont certains relèvent de structures spécialisées (autistes). Les contrôleurs s'interrogent également sur les conséquences, à terme, d'un séjour en psychiatrie pour une jeune fille avant tout désignée par sa « radicalisation ».

Les locaux des unités de Maine de Biran à Chaumont doivent être mieux équipés, afin que chaque patient puisse disposer d'une table et d'une chaise, notamment.

En conclusion, même si dans ce centre hospitalier la volonté de bienveillance des patients est réelle, le caractère fermé des unités, avec toutes les conséquences qui en découlent, notamment sur les dispositions matérielles de certaines chambres d'isolement et d'absence de registre d'isolement et de contention, est problématique. La formation du personnel sur les droits des patients en soins sans consentement doit être complétée. Enfin une réflexion sur la situation des mineurs dans l'unité MODADO doit être élaborée.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

- | | |
|--|-----------|
| 1. BONNE PRATIQUE | 26 |
| <p>La création de l'équipe des auxiliaires de soins, capable d'intervenir en tout temps en soutien du personnel soignant, est une bonne pratique à souligner.</p> | |
| 2. BONNE PRATIQUE | 33 |
| <p>L'établissement offre une réelle écoute aux représentants des usagers, qui sont effectivement force de proposition au sein de la commission des usagers.</p> | |
| 3. BONNE PRATIQUE | 34 |
| <p>L'existence d'un guide de la bientraitance est une initiative à saluer ; il convient cependant de s'assurer qu'il irrigue réellement les pratiques professionnelles.</p> | |
| 4. BONNE PRATIQUE | 55 |
| <p>Avant les repas, la dispensation des médicaments est assurée dans les meilleures conditions au centre médical Maine de Biran : l'utilisation de la salle « atelier cuisine » qui jouxte la salle à manger permet à un infirmier de recevoir individuellement et confidentiellement chaque patient et de lui remettre ses médicaments.</p> | |
| 5. BONNE PRATIQUE | 56 |
| <p>Le linge personnel peut être lavé par le centre hospitalier de la Haute-Marne. Le livret d'accueil en précise les modalités.</p> | |
| 6. BONNE PRATIQUE | 59 |
| <p>Pour les patients adultes, l'accès au téléphone est facilité et sous contrôle médical. Pour les patients mineurs, l'accès au téléphone est possible et contrôlé. L'absence de point phone dans les unités Brassens et MODADO est compensée partiellement par un accès facilité aux téléphones utilisés par le personnel soignant.</p> | |
| 7. BONNE PRATIQUE | 70 |
| <p>La prise en charge des patients détenus se fait à l'identique de celle des autres patients en fonction de leur état clinique. Cette bonne pratique est suffisamment rare pour être signalée.</p> | |
| 8. BONNE PRATIQUE | 92 |
| <p>Les portes des salles d'eau du second étage du centre médical de Maine de Biran, du pôle de Langres, sont équipées de verrous utilisables depuis l'intérieur. Cette disposition matérielle mérite d'être étendue à l'ensemble des salles d'eau du centre médical.</p> | |
| 9. BONNE PRATIQUE | 94 |

Au centre médical de Chaumont, l'activité du personnel soignant est organisée de façon à ce que chaque pôle puisse faire accompagner en ville un patient qui aurait besoin de faire des courses. Cette disposition participe à l'autonomisation des patients.

10. BONNE PRATIQUE 95

Le volume et la qualité des activités thérapeutiques prescrites aux patients hospitalisés au centre médical de Chaumont, tant au sein du centre médical qu'à l'extérieur, sont à citer en exemple ; elles visent à socialiser les patients et participent au respect de leur dignité.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 20

Les personnes en hospitalisation complète sont dirigées vers les sites de Saint-Dizier et de Chaumont. Celles en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat sont hospitalisées systématiquement à Saint-Dizier. Seul Saint-Dizier dispose d'une unité ouverte pour accueillir des patients en hospitalisation complète. Des dispositions doivent être prise pour favoriser les liens familiaux, notamment pour les patients de Langres et de Chaumont.

2. RECOMMANDATION 23

A l'exception de la Fabrique du Pré, située à Saint-Dizier, toutes les unités d'hospitalisation complète sont fermées. Les patients en soins libres doivent pouvoir bénéficier d'hospitalisation complète dans des unités ouvertes.

3. RECOMMANDATION 31

La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP) ne peut manifestement remplir son rôle de contrôle compte-tenu de la difficulté de recruter des médecins psychiatres. Elle doit être remise en ordre de fonctionnement.

4. RECOMMANDATION 31

Les autorités, qui ont l'obligation de s'assurer que les conditions d'hospitalisation des malades sont conformes au respect de leurs droits fondamentaux, doivent mettre en oeuvre leur obligation de visite.

5. RECOMMANDATION 32

Les familles doivent être associées aux soins, notamment dans la préparation à la sortie, et tout particulièrement pour les mineurs.

6. RECOMMANDATION 33

Il est souhaitable que la commission des usagers porte également sa réflexion sur les règlements de fonctionnement des unités, les droits des patients et la place des familles.

7. RECOMMANDATION 35

L'établissement doit mettre un comité d'éthique en place.

8. RECOMMANDATION 38

Il convient de vérifier que le demandeur à l'admission d'un mineur est effectivement son représentant légal. En cas de placement préalable de l'enfant, il convient de vérifier la nature de ce placement et son incidence éventuelle sur l'exercice de l'autorité parentale.

9. RECOMMANDATION 38

Le circuit de notification des décisions prises par le préfet doit être amélioré afin d'assurer un contrôle des dites notifications au sein de l'hôpital.

10. RECOMMANDATION 39

Dans le cadre des plans de formation, l'accent doit être mis sur les droits des patients, insuffisamment connus à ce jour du personnel (aides-soignants, infirmiers et cadres). Un document retranscrivant l'ensemble des droits du patient, tels que mentionnés à l'article L3211-3 du code de la santé publique, doit impérativement être établi et remis à chaque nouveau patient lors de son admission.

11. RECOMMANDATION 41

Le livret d'accueil doit être complété par l'ajout des droits des patients hospitalisés sans consentement et des coordonnées des différentes autorités compétentes en matière de recours.

12. RECOMMANDATION 41

Le règlement intérieur général est à compléter pour prendre en compte les lois récentes sur la santé. Une réflexion doit être lancée sur l'uniformisation des règlements propres à chaque unité ; il conviendra que les modalités de modification et d'approbation de ces derniers règlements soient de même nature que le règlement intérieur général.

13. RECOMMANDATION 41

Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 sont mal connues des soignants et ne peuvent donc pas être correctement communiquées aux patients. Une formation des soignants et la mise en place de protocoles sont indispensables.

14. RECOMMANDATION 41

Le recueil d'éventuelles observations des patients est effectué de façon insuffisante, faute de compréhension de l'objectif par les soignants. Une formation des soignants et la mise en place de protocoles apparaissent indispensables.

15. RECOMMANDATION 42

Une formation du personnel assurant l'accueil des visiteurs et des standardistes à la garantie du respect de la vie privée et à la confidentialité absolue des informations concernant tout patient est à mettre en place.

16. RECOMMANDATION 44

Il convient de mettre en place un système permettant aux patients et à leur famille de faire valoir, anonymement ou non, leurs réclamations auprès de la direction ou des représentants des usagers ou de toute association compétente.

17. RECOMMANDATION 46

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit être clarifié afin de garantir le droit du patient à un examen contradictoire de sa situation.

18. RECOMMANDATION 47

Si les soignants s’efforcent d’expliquer pédagogiquement à chaque patient le sens de l’audience, il ne leur appartient pas de donner un avis d’opportunité sur sa présence à cette audience. Seul le médecin est habilité à délivrer un certificat de contre-indication à l’audience.

19. RECOMMANDATION 48

Outre la nécessité d’afficher la liste des avocats, il convient que le patient ait un accès plus complet aux droits découlant de sa convocation à l’audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

20. RECOMMANDATION 50

Davantage de concertation entre les mandataires permettrait une harmonisation des modalités de suivi des mesures de protection.

21. RECOMMANDATION 51

Les objets de valeur utilisés couramment par les patients (téléphones portables, clés, petites sommes de monnaie, etc.) sont conservés dans les unités selon des modalités certes efficaces mais qui ne sont pas explicites et qui sont apparues floues. Ni le règlement intérieur ni le livret d’accueil ni la note interne ne décrivent la réalité. Les usages en vigueur préservent les droits et la dignité des patients, mais avec une garantie insuffisante sur la protection de leurs valeurs et engagent anormalement la responsabilité du personnel soignant.

22. RECOMMANDATION 53

Il conviendrait d’engager une réflexion sur la gestion de la sexualité des patients, notamment pour ceux dont l’hospitalisation est de longue durée.

23. RECOMMANDATION 53

La mise en place d’une procédure ou d’un protocole visant à informer les patients de la proximité d’une élection en vue de leur permettre de voter ou de leur donner la possibilité d’établir une procuration doit être mise en place.

24. RECOMMANDATION 54

Lors de la procédure d’admission, il serait nécessaire de demander aux patients s’ils souhaitent demander la visite de l’aumônerie. En ce qui concerne les mineurs, il serait nécessaire de demander à la personne titulaire de l’autorité parentale si la visite de l’aumônerie est demandée.

25. RECOMMANDATION 54

La liste des représentants des cultes au sein de l’aumônerie mérite d’être élargie aux principaux cultes représentés dans le département.

26. RECOMMANDATION 56

Le stockage du linge sale à MODADO doit être effectué ailleurs que dans les sanitaires du personnel.

27. RECOMMANDATION 60

Seule l’unité MODADO dispose d’un accès contrôlé à Internet pour les patients. Cette disposition mérite d’être étendue aux autres unités.

28. RECOMMANDATION 61

Si les contrôleurs ont pu constater la volonté des soignants de faciliter l'accès des patients aux lieux collectifs et aux ateliers thérapeutiques situés à l'extérieur des unités, ils ont également mesuré que cette volonté est contrecarrée par la nécessité d'accompagner tous les patients en soins sans consentement par au moins un soignant, alors même que cet accompagnement systématique ne repose sur aucune directive écrite. Il appartient au centre hospitalier de clarifier les mesures d'accompagnement des patients.

29. RECOMMANDATION 62

Sur le site de l'hôpital André Breton, l'accès des patients à la cafétéria n'est pas possible pendant les week-ends et les jours fériés, alors que les visites sont nombreuses et les activités thérapeutiques réduites ou inexistantes. Une réflexion doit être conduite en relation avec celle sur le maintien d'un accompagnement systématique des patients sans motivation thérapeutique.

30. RECOMMANDATION : 67

Il est nécessaire de prévoir un temps de médecin généraliste ou somaticien suffisant pour permettre un passage quotidien dans toutes les unités et de mettre en place un programme de prévention et d'éducation.

31. RECOMMANDATION 67

Il faut prévoir une visite quotidienne systématique par un médecin généraliste ou somaticien pour les personnes placées sous contention.

32. RECOMMANDATION : 68

Une mise en cohérence de l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments doit être recherchée entre les différents sites d'hospitalisation du centre hospitalier de la Haute-Marne.

33. RECOMMANDATION 69

Il convient de réaménager les chambres d'isolement ne disposant pas de fenêtre ni de sonnette d'appel, ni de toilettes. Il convient de changer les lits métalliques au profit de lits en mousse, comme c'est le cas de Maine de Biran, et de prévoir une pendule.

34. RECOMMANDATION 69

Il est nécessaire de prévoir une méthode commune de décompte des mises à l'isolement, qui ne s'effectuent pas dans les chambres d'isolement, pour l'ensemble des unités.

35. RECOMMANDATION 69

Un registre d'utilisation des chambres d'isolement et de la contention doit être mis en place conformément aux dispositions de l'art. L 322-5-6 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

36. RECOMMANDATION 71

Si le protocole établi entre la maison d'arrêt et le centre hospitalier prévoit que le patient détenu peut recevoir des visiteurs dans des conditions précises comme prévu par l'article 35 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, il ne prévoit pas la possibilité de téléphoner, ni de correspondre par courrier ni de dialoguer avec un avocat comme cela est prévu par les articles 25, 39 et 40 de cette même loi. Ces droits doivent être ajoutés.

37. RECOMMANDATION 78

Il doit être mis fin à l'utilisation des prescriptions de contention « si besoin » par les aides-soignants la nuit dans l'unité les Lilas.

38. RECOMMANDATION 83

Globalement, les locaux sont propres et conviviaux mais le manque d'espace est crucial : il suscite des tensions (l'étude des événements indésirables montre qu'un quart des dégradations concerne MODADO ; les violences y sont nombreuses) et nuisent à la disponibilité des équipes et à la qualité de la prise en charge. Il conviendrait de fournir à cette unité, qui accueille des adolescents, l'espace nécessaire à leur prise en charge.

39. RECOMMANDATION 83

Le suivi médical des mineurs admis à MODADO est essentiellement assuré par un interne. Une réflexion sur la qualité d'un tel suivi mérite d'être initiée au sein du centre hospitalier.

40. RECOMMANDATION 85

Il conviendrait de stabiliser l'équipe soignante de MODADO et de parfaire sa formation, voire de diversifier les compétences pour répondre à la diversité des profils des patients ; il serait également opportun d'établir des fiches de poste. Il convient que l'équipe bénéficie d'une présence médicale continue, de nature à garantir l'existence d'un projet de soins adapté et son respect par l'équipe soignante.

41. RECOMMANDATION 86

Les contrôleurs s'interrogent sur la capacité de l'équipe de MODADO à faire face à des patients aux profils très variés, dont certains relèvent de structures spécialisées (autistes). Les contrôleurs s'interrogent également sur les conséquences, à terme, d'un séjour en psychiatrie pour une jeune fille avant tout désignée par sa « radicalisation ».

42. RECOMMANDATION 92

Il serait nécessaire que chaque patient puisse disposer dans sa chambre d'une table individuelle. Les salles d'eau pourraient être équipées de patères et, au moins pour celles utilisées par deux patients, les douches devraient être isolées du reste de la salle d'eau.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	15
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	17
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA HAUTE-MARNE REPOSE EXCLUSIVEMENT SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE-MARNE	17
2.2 L'ORGANISATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT CONDUIT GLOBALEMENT A DEFAVORISER LE MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX ET A MAINTENIR LES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE DANS DES UNITES FERMEES A L'EXCEPTION DE LA FABRIQUE DU PRE A SAINT-DIZIER	18
2.2.1 Le centre hospitalier de la Haute-Marne a une histoire ancienne	18
2.2.2 Le centre hospitalier de la Haute-Marne offre de l'hospitalisation complète pour des soins psychiatriques à Saint-Dizier et à Chaumont	19
2.2.3 Les transports en commun	20
2.2.4 L'organisation fonctionnelle	21
2.3 LE PERSONNEL : UNE EQUIPE DE PERSONNELS SOIGNANTS BIEN DIMENSIONNEE, MAIS UNE RESSOURCE MEDICALE INSUFFISANTE QUI PESE SUR L'ETABLISSEMENT	23
2.4 LES DONNEES FINANCIERES : LE BUDGET EST EQUILIBRE	26
2.5 L'ACTIVITE EST TOURNEE PRINCIPALEMENT VERS LES PATIENTS EN SOINS LIBRES, DANS DES UNITES FERMEES POUR HOSPITALISATION COMPLETE	26
2.6 LES CONTROLES : LES REGISTRES SONT BIEN TENUS ET LES CONTROLES SONT REGULIERS	29
2.6.1 Le registre de la loi	29
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques, une instance en quasi sommeil	30
2.6.3 La visite des autorités	31
2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT DONNEES A L'EXCEPTION DU COMITE D'ETHIQUE QUI N'EST PAS REUNI	31
2.7.1 Les représentants des usagers et de leurs familles ont leur place au sein de l'établissement	31
2.7.2 La commission des usagers, un fonctionnement correct	32
2.7.3 La bientraitance, une préoccupation réelle	33
2.7.4 Le comité d'éthique	35
2.7.5 Les questionnaires de satisfaction	35
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	36
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT : LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EST BIEN ASSUREE, MAIS L'INFORMATION SUR LES DROITS DU PATIENT (ARTICLE L. 3211-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE), AUTRES QUE LE PASSAGE DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, EST MECONNUE	36
3.1.1 Les modalités d'admission	36
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	38
3.1.3 La désignation d'une personne de confiance	39
3.1.4 La période initiale de soins et d'observation	39
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS : UN LIVRET D'ACCUEIL BIEN PRESENTE, MAIS INSUFFISAMMENT RENSEIGNE	40
3.2.1 Le livret d'accueil	40
3.2.2 Le règlement intérieur	41
3.2.3 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 complétée par celle du 27 septembre 2013	41
3.2.4 Le recueil des observations des patients	41

3.3	LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION : LE LIVRET D'ACCUEIL DONNE TOUTES LES INFORMATIONS, MAIS SA MISE EN ŒUVRE EST FLOUE	42
3.4	LES SORTIES : DES DECISIONS PREFERATORIALES SUR LES SORTIES RESSENTIES LE PLUS SOUVENT COMME RESTRICTIVES ET GENANT LE PROJET THERAPEUTIQUE	42
3.5	LES INCIDENTS	43
3.5.1	Plaintes et réclamations : un recueil insuffisamment organisé ; un traitement correct	43
3.5.2	La gestion des risques et événements indésirables, un traitement organisé.....	44
3.6	LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION NE SOULEVE GLOBALEMENT PAS DE DIFFICULTE.....	46
3.6.1	L'avis préalable des médecins psychiatres	46
3.6.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	47
4.	LES DROITS DES PATIENTS	49
4.1	LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST BIEN ORGANISEE.....	49
4.2	LES MODALITES DE CONSERVATION ET DE GESTION DES VALEURS DES PATIENTS SONT DEFAILLANTES SAUF DANS LE CENTRE MEDICAL MAINE-DE-BIRAN.	50
4.3	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST FORMALISE	51
4.4	LA SEXUALITE : LE SUJET N'EST PAS TABOU, MAIS IL N'Y A PAS DE DIRECTIVE INSTITUTIONNELLE.	52
4.5	L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST A AMELIORER.....	53
4.6	L'EXERCICE DU CULTE EST POSSIBLE POUR LES CATHOLIQUES MAIS EST GLOBALEMENT A AMELIORER .	53
5.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	54
5.1	LES FONCTIONS LOGISTIQUES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION GENERALE.....	54
5.1.1	La restauration	54
5.1.2	L'hygiène	56
5.1.3	La sécurité.....	57
5.1.4	Les transports.....	57
5.2	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : LE TELEPHONE PORTABLE EST LIBRE SAUF RESTRICTIONS THERAPEUTIQUES.	58
5.2.1	Le téléphone	58
5.2.2	Le courrier.....	59
5.2.3	La télévision	60
5.2.4	L'informatique et l'accès à Internet	60
5.2.5	Les visites	60
5.3	DES LIEUX COLLECTIFS DIVERSIFIES ET DES ACTIVITES DE QUALITE, DONT L'ACCES EST TOUTEFOIS LIMITE POUR LES PATIENTS HOSPITALISES SOUS CONTRAINTE MALGRE LA VOLONTE DES SOIGNANTS.....	61
5.3.1	La cafétéria.....	62
5.3.2	La Banque des Hospitalisés	62
5.3.3	Les installations sportives	62
5.3.4	Les ateliers d'ergothérapie.....	63
5.3.5	L'Espace Esquirol.....	64
5.3.6	L'atelier de musico thérapie.....	65
5.4	L'ACCES AU TABAC EST GLOBALEMENT BIEN GERE, A L'EXTERIEUR DES UNITES EXCLUSIVEMENT	66
5.5	LES SOINS SOMATIQUES : ILS SONT PRESENTS MAIS A MINIMA ; LA SURVEILLANCE DES PATIENTS SOUS CONTENTION INSUFFISANTE	67
5.5.1	L'accès au médecin généraliste.....	67
5.5.2	Les consultations spécialisées	67
5.5.3	La pharmacie.....	68
5.5.4	Le laboratoire.....	68
5.5.5	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	68
5.5.6	Le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS).....	68
5.6	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION : UN USAGE RAISONNE DE LA CONTENTION, MAIS DES INSTALLATIONS INADAPTEES DANS CERTAINES UNITES (IRIS ET BRASSENS)	68

5.7 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES : UNE PRISE EN CHARGE GUIDEE PAR UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE ET NON SECURITAIRE.....	70
6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE.....	71
6.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE GENERALE DE SAINT-DIZIER	71
6.1.1 Le centre de soins de la Fabrique du Pré à Saint-Dizier : un lieu ouvert, sans chambre d'isolement, sans contention.....	71
6.2 LE POLE INTERSECTORIEL DE PSYCHIATRIE GENERALE (TROIS UNITES : IRIS, LILAS, BRASSENS).....	72
6.2.1 Présentation générale.....	72
6.2.2 L'unité les Iris	72
6.2.3 L'unité Les Lilas	75
6.2.4 L'unité Georges Brassens	78
6.3 L'UNITE PEDOPSYCHIATRIQUE MODADO.....	81
6.3.1 Un espace restreint	81
6.3.2 Un personnel médical lointain, un personnel paramédical instable	83
6.3.3 Les patients	85
6.3.4 La prise en charge thérapeutique	86
6.4 LE CENTRE MEDICAL « MAINE DE BIRAN » A CHAUMONT.....	90
6.4.1 Présentation générale.....	90
6.4.2 Les pôles Chaumont et Langres.....	91
7. CONCLUSION.....	95

Rapport

Contrôleurs : Vianney Sevaistre, chef de mission ;

Jeanne Bastard ;

Marie-Agnès Credo ;

Dominique Legrand ;

François Moreau ;

Bénédicte Piana ;

Ludovic Spano, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite de l'hôpital André Breton du centre hospitalier de Haute-Marne à Saint-Dizier (52) du 8 au 12 février 2016.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'hôpital André Breton, à Saint-Dizier (Haute-Marne), établissement du centre hospitalier de la Haute-Marne le lundi 8 février à 15h15. Ils l'ont quitté le vendredi 12 février à 11h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du centre hospitalier de la Haute-Marne. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), la présidente du conseil de surveillance, conseillère départementale et adjointe au maire de Saint-Dizier, la directrice adjointe, des chefs de pôles et des médecins, des cadres de santé et des représentants des syndicats.

Des entretiens ont été organisés avec la secrétaire générale de la préfecture de la Haute-Marne et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Chaumont. Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Haute-Marne, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Chaumont, des avocats du barreau de Chaumont, les délégués régional et territorial de l'agence régionale de santé (ARS), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Les contrôleurs ont assisté à des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs et les ont rencontrés.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et de deux ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet ainsi qu'un télécopieur. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition dans un dossier électronique.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les 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.

Une réunion de restitution a eu lieu le jeudi 11 février en fin d'après-midi en présence du directeur, de la directrice adjointe, du président de la CME, de la directrice des soins et de l'assistante du directeur.

Le présent rapport a été adressé au directeur général du centre hospitalier de la Haute-Marne, à la préfète de la Haute-Marne, au président du tribunal de grande instance de Chaumont et au procureur de la République près ce tribunal par courriers en date du 26 juillet 2016 en vue de recueillir leurs avis.

Le directeur général du centre hospitalier de la Haute-Marne a fait savoir dans sa lettre en réponse en date du 19 août 2016 :

« Je me permets de vous faire savoir que l'établissement est globalement d'accord avec les conclusions de votre rapport tant en ce qui concerne les relevés de bonnes pratiques que les recommandations à mettre en œuvre.

De plus, je tiens à signaler la qualité du déroulement de la visite tant en matière de professionnalisme que de compréhension culturelle de l'hospitalisation psychiatrique.

Dans ces conditions, l'établissement n'a pas d'observation particulière à formuler et ce rapport peut être communiqué, en l'état, aux ministres concernés ».

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA HAUTE-MARNE REPOSE EXCLUSIVEMENT SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE-MARNE

Le département de la Haute-Marne compte trois secteurs de psychiatrie adulte, celui de Saint-Dizier, qui regroupe les anciens secteurs Saint-Dizier Ouest et Saint-Dizier Est, celui de Chaumont et celui de Langres, et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui recouvre la totalité du département. Selon les informations recueillies, en raison de l'évolution de la démographie, la Haute-Marne ne comporterait plus que deux secteurs de psychiatrie adulte, celui de Saint-Dizier et celui de Chaumont qui regrouperait les secteurs actuels de Chaumont et de Langres.

La population municipale de la Haute-Marne au 1^{er} janvier 2016 est de 181 521 habitants selon les termes du décret du 29 décembre 2015 (journal officiel du 31 décembre 2015) ; la population municipale était de 186 470 habitants au 1^{er} janvier 2011.

Dans le département de la Haute-Marne, l'organisation de la psychiatrie se confond avec celle du centre hospitalier de la Haute-Marne. En effet, il n'existe pas d'autre établissement public dans le département assurant les soins psychiatriques et il n'existe pas d'établissement privé de psychiatrie.

Ainsi, à travers des conventions de partenariat, le centre hospitalier de la Haute-Marne assure notamment :

- la prise en charge des urgences psychiatriques et la mise en place de la psychiatrie de liaison dans les centres hospitaliers de Saint-Dizier, de Chaumont et de Langres ;
- la mise à disposition de personnel dans les centres hospitaliers de Chaumont, de Bourbonne-les-Bains, de Joinville, de Wassy, de Montier-en-Der, de Fains-Veel (Meuse) et à la maison d'arrêt de Chaumont ;
- une politique de coopération avec les établissements de santé, les institutions sociales et médico-sociales : les centres hospitaliers de Chaumont, de Langres, de Saint-Dizier dans la Haute-Marne (52), le centre hospitalier de Bar-le-Duc dans la Meuse, le centre hospitalier universitaire de Reims dans la Marne, le centre hospitalier spécialisé de Fains-Veel , des maisons de retraite, des CAT, des IME, un centre d'éducation et de formation à Perrancey (52), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des établissements et service d'aide par le travail (ESAT), des associations, etc.

Ainsi, les équipes interviennent sur plus de quarante sites médico-sociaux et sanitaires dans le département.

2.2 L'ORGANISATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT CONDUIT GLOBALEMENT A DEFAVORISER LE MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX ET A MAINTENIR LES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE DANS DES UNITES FERMEES A L'EXCEPTION DE LA FABRIQUE DU PRE A SAINT-DIZIER

Le centre hospitalier de la Haute-Marne est un centre hospitalier polyvalent dont les missions sont orientées vers :

- la psychiatrie générale et infanto-juvénile pour l'ensemble du territoire haut-marnais, couplée avec des structures médico-sociales, intervenant en amont et en aval de la psychiatrie ;
- les soins de suite pour le Nord du département, avec des moyens et des compétences articulés avec celles des autres établissements du triangle de villes Saint-Dizier, Vitry-le-François, Bar-le-Duc (Meuse) ;
- la gériatrie pour le Nord du département, avec des moyens et une compétence acquise dans le traitement des démences séniles de type Alzheimer (DSTA), et le développement de cette compétence dans le cadre du triangle de villes susmentionné et de son bassin de population.

La direction du centre hospitalier de la Haute-Marne est implantée à Saint-Dizier dans l'hôpital André Breton qui en est la pierre angulaire.

2.2.1 Le centre hospitalier de la Haute-Marne a une histoire ancienne

L'hôpital André Breton accueille des patients en psychiatrie depuis 1824. En 1916, l'écrivain André Breton est affecté en tant que médecin auxiliaire au centre neuropsychiatrique de Saint-Dizier – c'est en 1997 que l'hôpital prendra son nom. Sont installés à Langres en 1978 un hôpital de jour en pédopsychiatrie et en 1984 un service d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adulte. En 1992, le service d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adulte est construit à Chaumont, le centre médical Maine de Biran ; cela conduira à ne pas conserver un tel service à Langres. Dans les années 1990, le centre hospitalier spécialisé devient le centre hospitalier de la Haute-Marne en diversifiant son offre de soins.

L'hôpital André Breton accueille et administre un institut de formation d'aides-soignants, appelé à déménager prochainement vers le centre hospitalier Geneviève de Gaulle Anthonioz à Saint-Dizier.

2.2.2 Le centre hospitalier de la Haute-Marne offre de l'hospitalisation complète pour des soins psychiatriques à Saint-Dizier et à Chaumont



*L'hôpital André Breton et la Fabrique du Pré vus du ciel
(photo du centre hospitalier de la Haute-Marne)*

L'hôpital André Breton occupe un espace clos de 15 hectares situé à proximité du centre-ville de Saint-Dizier. Les unités de soins, construites progressivement, maintenues en état et généralement sur un seul niveau, sont dispersées dans le milieu du parc autour d'une route ; chacune dispose d'un jardin clos, de superficies différentes, dans lequel les patients peuvent circuler librement. A proximité de la porte d'accès sont situés les bâtiments les plus anciens, datant du début du XIXème siècle, ainsi que les unités logistiques telles que la laverie et les cuisines.

La cafétéria et la banque des hospitalisés, les lieux d'activité, tels que les ateliers d'ergothérapie et d'art thérapie, l'espace culturel Esquirol, Jean-Baptiste Pussin, le gymnase et la chapelle sont abrités dans des bâtiments répartis dans l'ensemble du parc.

La circulation entre les différents bâtiments du site s'effectue à pied ou en véhicule.

Les modes de transport en commun sont évoqués dans le § 2.2.3 *infra*.



Plan de l'hôpital André Breton à Saint-Dizier
(vue extraite du site internet du centre hospitalier de la Haute-Marne)

Le centre médical Maine de Biran à Chaumont est un bâtiment datant des années 1960 occupant une surface au sol de 920 m² sur un terrain de 4 500 m². Un jardin de 3 000 m², clos par des grillages de 2,50 m de hauteur, est utilisé pour les promenades des patients.

Il comporte trois niveaux, le premier et le second étage étant destinés aux pôles de Chaumont et de Langres.

Recommandation

Les personnes en hospitalisation complète sont dirigées vers les sites de Saint-Dizier et de Chaumont. Celles en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat sont hospitalisées systématiquement à Saint-Dizier. Seul Saint-Dizier dispose d'une unité ouverte pour accueillir des patients en hospitalisation complète. Des dispositions doivent être prise pour favoriser les liens familiaux, notamment pour les patients de Langres et de Chaumont.

2.2.3 Les transports en commun

La gare SNCF de Saint-Dizier est à un quart d'heure à pied de la porte de l'hôpital André Breton. La station de bus « Pasteur » est à proximité immédiate de l'accès unique de l'hôpital André Breton. Les transports en commun du réseau Ticéa de la société TRANSDEV desservent la commune de Saint-Dizier et pour certaines la gare SNCF et le centre hospitalier général :

- trois lignes de bus (lignes 1, 2 et 3) à heures fixes : un bus toutes les 30 minutes pour les lignes 1 et 2, toutes les 60 minutes pour la ligne 3 qui dessert l'hôpital André Breton du lundi au samedi de 7h14 à 19h14 en direction du centre-ville et de l'Ouest, et de 7h44 à 19h44 en direction du Sud et de l'Est – en période scolaire, du lundi au vendredi la fréquence des bus est doublée en début de matinée, au moment du déjeuner et dans l'après-midi entre 15h et 17h ;

- trois autres lignes de bus de transport à la demande (TAD) A, B et C, la ligne TAD C desservant l'hôpital André Breton : « Le principe du transport à la demande : un bus vient vous chercher au point d'arrêt Ticéa le plus proche de chez vous à l'heure indiquée sur la fiche horaire. Il emprunte le trajet habituel de la ligne pour vous déposer à votre point d'arrêt Ticéa de destination. Pour cela, il convient de réserver par téléphone, la veille de votre trajet, avant 16h et durant les horaires d'ouverture de l'agence Ticéa, au 03 25 56 17 73 ou au numéro vert : 0 800 002 624 ». Dans chaque sens, cinq bus desservent l'hôpital André Breton du lundi au vendredi entre 8h dans le sens Nord-Sud (8h30 dans le sens Sud-Nord et 17h45 (17h10) ;

Les transports en commun dans la ville de Saint-Dizier sont peu fréquents le samedi et inexistant le dimanche.

Saint-Dizier est également desservie par chemin de fer : les transports express régionaux (TER) et les Intercités, qui circulent notamment vers Chaumont et Langres dans le département.

A Chaumont, la gare SNCF est éloignée du centre médical Maine de Biran de 2,5 km, soit 10 minutes en voiture et une demi-heure à pied ou en bus, la station de bus étant à proximité du centre médical.

Une ligne de bus dessert le centre médical. Un bus par heure environ circule de la gare vers le centre médical entre 7h et 19h et pareillement en sens inverse.

Les transports réguliers entre Langres et Saint-Dizier sont assurés par chemin de fer. Ainsi :

- en semaine, six trains quittent Langres vers Saint-Dizier entre 5h44 et 19h ; le samedi et le dimanche, quatre trains entre 5h43 le samedi ou 10h56 le dimanche et 19h ;
- en semaine huit trains quittent Saint-Dizier vers Langres entre 6h15 et 22h02 ; le samedi et le dimanche, cinq trains entre 6h15 le samedi ou 8h54 le dimanche et 22h03.

Pendant les week-ends, la fréquence des trains venant de Langres induit que pour visiter une personne hospitalisée à Saint-Dizier, la journée doit y être consacrée.

2.2.4 L'organisation fonctionnelle

Les pôles du centre hospitalier de la Haute-Marne sont les suivants :

- un pôle management ;
- un pôle logistique et technique ;
- trois pôles de psychiatrie générale (secteurs de Saint-Dizier, de Chaumont et de Langres) ;
- un pôle intersectoriel de psychiatrie générale (Saint-Dizier) ;
- un pôle de prise en charge des enfants et adolescents : psychiatrie infanto-juvénile et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- un pôle de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- un pôle de prise en charge de la personne âgée : soins de longue durée, accueil de jour, hébergement temporaire, centre médico-psychologique comportant une maison d'accueil spécialisée (MAS).

Le tableau du livret d'accueil, représenté ci-dessous, présente les différents centres de consultation « près de chez vous » :

Vous souhaitez consulter en	Lieux de consultation	Vous pouvez consulter au
Psychiatrie générale / adultes	Saint-Dizier Joinville Chaumont Langres	La Fabrique du Pré CMP ¹ Point du Jour CMP Jean Bodet CMP à Maine de Biran CMP La Tour Saint-Jean
Psychiatrie infanto-juvénile	Saint-Dizier Wassy Joinville Chaumont Langres	Centre des Lachats CMP La Récréation CMP Jehanne Madame CMP Gabriel Pertat CMP Winnicot CMP Alexis Juvet CMP Georges Heuyer
Rééducation de jeunes enfants	Saint-Dizier Chaumont	CASMP ² CASMP
Médecine physique et de réadaptation	Saint-Dizier	Hôpital André Breton
Alcoologie	Saint-Dizier	Hôpital André Breton

Le centre hospitalier de la Haute-Marne dispose de structures d'accueil et de soins dans tout le département dont trois structures d'hospitalisation complète :

- l'hôpital André Breton à Saint-Dizier, qui accueille en psychiatrie les patients de tous les secteurs dès lors qu'ils sont admis sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) et regroupe tous les services du centre hospitalier de la Haute-Marne ;
- le centre de soins La Fabrique du Pré à Saint-Dizier qui accueille en psychiatrie les patients du secteur de Saint-Dizier ; ce centre est ouvert ; il n'est pas inclus dans le périmètre fermé de l'hôpital André Breton mais lui est contigu.
- le centre médical Maine de Biran à Chaumont qui accueille en psychiatrie les patients des secteurs de Chaumont et de Langres.

Les personnes en soins sans consentement en hospitalisation complète et celles en soins libres en hospitalisation complète et/ou en hospitalisation de jour sont soignées à Saint-Dizier et à Chaumont selon la répartition suivante :

- l'hôpital André Breton, à Saint-Dizier, dispose

¹ CMP : centre médico-psychologique

² CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce

- de 55 lits pour le pôle intersectoriel de psychiatrie générale répartis entre trois unités – « Les Iris » de 25 lits en priorité pour les personnes en soins sans consentement, « Georges Brassens » de 25 lits pour les soins de longue durée et « Les Lilas » de 5 lits pour la géronto-psychiatrie ; ces trois unités sont fermées ;
- de 30 lits pour le pôle de psychiatrie générale du secteur de Saint-Dizier à La Fabrique du Pré ; cette unité est ouverte ;
- de 5 lits pour le pôle de prise en charge des enfants et adolescents « MODADO » ; cette unité est fermée ;
- le centre médical Maine de Biran, à Chaumont, dispose de 48 lits répartis en deux pôles : 24 lits pour le pôle de psychiatrie générale secteur de Chaumont et 24 lits pour le pôle de psychiatrie générale secteur de Langres ; ces deux unités sont fermées.

Recommandation

A l'exception de la Fabrique du Pré, située à Saint-Dizier, toutes les unités d'hospitalisation complète sont fermées. Les patients en soins libres doivent pouvoir bénéficier d'hospitalisation complète dans des unités ouvertes.

2.3 LE PERSONNEL : UNE EQUIPE DE PERSONNELS SOIGNANTS BIEN DIMENSIONNEE, MAIS UNE RESSOURCE MEDICALE INSUFFISANTE QUI PESE SUR L'ETABLISSEMENT

a) Le personnel médical

L'établissement a connu en 2014 trois départs à la retraite et un *turn over* de 7,01 % contre 6,47 % en 2013.

Le tableau ci-dessous montre une nouvelle baisse en 2015 du nombre de praticiens comme de celui d'équivalent temps plein rémunéré (ETPR).

Evolution Equivalent Temps Plein Rémunéré (ETPR)	Tous services Psy Etablissement			dont psy Générale saint-Dizier			dont psy Intersectoriel adulte			dont psy générale Chaumont			dont psy générale Langres			dont psy infantojuvénile		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
personnel médical	26,40	14,90	13,40	4,25	3,25	2,97	4,35	2,35	2,45	4,45	2,20	1,34	5,45	2,20	2,24	7,90	4,90	4,40
Praticien attaché	15,4	1,00		3,25			2,35	1,00		2,2			3,2			4,4		
Praticien attaché Contractuel	1	1,50	2,00			0,40				1			1,00	1,00			0,50	1,00
Praticien généraliste avec DIU			1,00															1,00
Généraliste	0,5	0,50	0,50							0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25			
Spécialistes (par spécialité)																		
assistant et assistant associé interne	2	1,00	2,00									1,00	1	1,00	1,00	1		
	6	5,00	5,00	1	1,00	1,00	1	1,00	1,00	1	1,00	1,00	1	0,00	1,00	2	2,00	1,00

Source : établissement

De par le dimensionnement des effectifs médicaux, l'adéquation des moyens humains avec l'activité médicale psychiatrique est ce faisant tendue, ce d'autant que des départs en retraite s'annoncent et que les efforts de recrutement se heurtent à une faible attractivité régionale.

b) Le personnel non médical

Le personnel non médical, en légère diminution, reste bien dimensionné. Il est constitué à plus de 42 % d'infirmiers et à près de 21 % d'aides-soignants.

Equivalent temps plein rémunéré et répartition des personnels non médicaux

	Tous services Psy Etablissement			dont psy Générale saint-Dizier			dont psy Intersectoriel adulte			dont psy générale Chaumont			dont psy générale Langres			dont psy infantjuvénile		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
personnel services de soins et de reeducation	358,68	345,72	345,08	71,753	68,23	66,14	125,34	121,83	121,91	44,56	44,1	44,75	42,41	40,25	40,47	74,62	71,31	71,81
cadre sup	3,48	3,06	2,85	0,4	0,37	0,3	1,08	1,09	0,55	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	0,6	1
cadre sante	12,91	14,59	15	2	3,49	3	3,91	4,1	5,01	2	2	2	2	2	2	3	3	2,99
IDE	206,83	196,97	197,94	55,08	50,56	50,36	51,75	48,63	49,13	32,43	32,12	31,87	29,41	27,48	27,95	38,16	38,18	38,63
Aide soignant	102,06	98,89	97,07	11,49	11,03	10,19	66,88	66,29	65,2	5,76	5,85	6,26	6,07	6	6	11,86	9,72	9,42
ergothérapeute	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
psychologue	31,403	30,21	30,22	2,783	2,78	2,29	1,72	1,72	2,02	3,87	3,63	4,12	4,43	4,27	4,02	18,6	17,81	17,77
personnel éducatif et sociaux	26,79	25,89	24,78	1	1	1	5,61	6	6,65	3,69	3,5	3	5,11	5,07	4,73	11,38	10,32	9,4
personnel socio éducatif	19,88	18,94	17,91	0	0	0	4,68	5	5,65	2,26	2,15	1,61	3,88	3,92	3,5	9,06	7,87	7,15
assistante sociale	6,91	6,95	6,87	1	1	1	0,93	1	1	1,43	1,35	1,39	1,23	1,15	1,23	2,32	2,45	2,25
personnel administratif et technique	72,11	69,46	65,24	16,41	16,35	15,04	25,17	23,7	22	7,99	8,29	8	8,88	8,84	9,22	13,66	12,28	10,98
ASH	57,21	53,92	50,22	14,2	13,89	12,78	23,31	21,84	20,14	5,56	5,27	4,92	5,93	5,87	6,26	8,21	7,05	6,12
assistant médico administratif	14,9	15,54	15,02	2,21	2,46	2,26	1,86	1,86	1,86	2,43	3,02	3,08	2,95	2,97	2,96	5,45	5,23	4,86
autre	36,27	37,44	36,11	3,68	3,87	3,28	3,61	4,43	4,52	5,36	6,27	5,9	1	1,59	1,81	22,62	21,28	20,6

Source : établissement

Les représentants du personnel élus au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), rencontrés par les contrôleurs, ont fait état d'une précarisation de l'emploi liée selon eux à un taux important de contractuels dont la durée des contrats a été réduite mais qui sont d'avantage renouvelés, situation décrite comme étant source de difficultés relationnelles entre les salariés. Selon les indications de la direction des ressources humaines, le taux de contractuels est au jour de la visite de 13 à 14 % avec une durée moyenne de contrat de six mois et une ancienneté de deux à trois ans avant *stagiérisation*.

Malgré le ressenti exprimé par ces représentants du personnel, les contrôleurs ont pu constater, dans toutes les unités visitées, la bienveillance et la bienveillance dont les soignants font preuve envers les patients.

A peu de choses près, l'organisation de travail des différentes unités est homogène : trois équipes se succèdent le matin, l'après-midi et la nuit avec un chevauchement d'un quart d'heure pour effectuer le passage d'informations (6h – 13h/13h30 ; 13h – 20h45 ; 20h30 – 6h15). Ces équipes sont composées de cinq agents en journée (parfois réduits à quatre en cas de congés ou de maladie) et de trois agents la nuit dont un peut intervenir sur d'autres unités, démunies d'infirmiers, ne comportant que des aides-soignants (AS). Sur le site de Chaumont, les équipes de deux infirmiers et deux AS travaillent de 6h45/7h à 14h15 et de 14h à 21h30, l'équipe de nuit composée de deux infirmiers et un aide-soignant prenant le relais à 21h15.

Le travail de nuit est assuré par rotation du personnel, la directrice des soins restant à l'écoute des besoins des uns et des autres selon les déclarations recueillies. A Chaumont le cycle jour/nuit est établi sur une période de dix-sept semaines.

c) La gestion des ressources humaines

L'institut de formation d'aides-soignants (IFAS) est rattaché au centre hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) tandis que l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), bien qu'installé au sein du CHHM, est rattaché au centre hospitalier général.

Le recrutement se fait majoritairement par l'école ou sur candidature spontanée, assez rarement par *Pôle Emploi* ; priorité est donnée aux mutations internes lorsqu'un poste se libère. Ainsi, tout poste vacant ou susceptible de le devenir donne lieu à une information auprès du personnel, notamment par le canal d'un « Flash Info » transmis environ tous les trois mois avec la fiche de paie.

Les nouveaux embauchés sont soutenus à leur prise de fonction par un système de tutorat et bénéficient d'une initiation à la psychiatrie durant deux à trois fois deux jours dans l'année.

L'établissement a connu en 2013 une augmentation de l'absentéisme du personnel non médical celui-ci ayant atteint 8,13 % contre 6,73 % en 2012. Ce taux en légère diminution en 2014 est actuellement de l'ordre de 8 %. Les remplacements sont assurés systématiquement pour les congés de longue durée et le sont au cas par cas selon les besoins du service pour les congés maternité. Une gestion des retours de congés et des heures de travail permet de couvrir les congés maladies de courte durée. En revanche, pour le personnel médical l'absentéisme est faible.

Dans le cadre de la prévention des risques ont été mis en place :

- un plan handicap ; des réunions trimestrielles médecins, médecins du travail et DRH ;
- un audit des risques professionnels élaboré avec le service qualité et présenté au CHSCT avec les moyens mis en œuvre ;
- un audit sur les risques psychosociaux avec enquête préalable auprès des salariés, prévoyant une intervention avec des cabinets extérieurs lorsque des difficultés importantes se font jour dans des unités.

Est également assurée une formation spécifique à la violence, d'une durée de trois jours, pour laquelle tous les soignants se sont montrés volontaires. Cette formation est dispensée par un aide-soignant détenteur d'un diplôme « jeunesse et sport » ayant préalablement bénéficié d'une double formation : celle de formateur dans un établissement de formation et en interne une formation sur les actes de protection de la violence.

En 2015 2,9 % de la masse salariale ont été consacrés à la formation (contre 2,57 % en 2014 et 2,27 % en 2013). Ont ainsi été proposées aux infirmiers et aux aides-soignants des formations sur les thèmes suivants : événements indésirables – transmissions ciblées et chemin clinique – prévention alcoolisme – création d'un espace éthique – diffusion d'informations et accompagnement des patients. Les thèmes de formation prévus pour 2016 concernent : la nutrition ; les droits des patients ; l'éthique de la contention ; l'évaluation de la douleur ; la prévention du risque suicidaire.

La création au centre hospitalier de la Haute-Marne il y a une dizaine d'années d'une équipe « d'auxiliaires de soins » est un élément de la gestion des personnels soignants qui mérite d'être plus particulièrement souligné. L'établissement ayant alors besoin d'un agent de sécurité pour surveiller notamment le parking et le parc, une réflexion a été conduite pour créer une équipe de personnes formées d'une part « aides-soignants » - avec l'objectif qu'elles le deviennent toutes à terme – d'autre part à la gestion de la violence par la non-violence.

Au jour de la visite, cette équipe comprend six personnes sur l'établissement de Saint-Dizier et trois sur celui de Chaumont. Dotées d'un dispositif d'urgence, les « auxiliaires de soins » peuvent être appelés en cas de besoin pour n'importe quel service. Outre ces interventions ponctuelles, ces personnes passent régulièrement dans chacune des unités et y restent un temps suffisant pour être connues tant des soignants que des patients. Leur présence et leur compétence est unanimement saluée.

Bonne pratique

La création de l'équipe des auxiliaires de soins, capable d'intervenir en tout temps en soutien du personnel soignant, est une bonne pratique à souligner.

2.4 LES DONNEES FINANCIERES : LE BUDGET EST EQUILIBRE

Le budget global du centre hospitalier de la Haute-Marne est stable depuis 2013. Il s'élève à 50 M Euros ainsi répartis :

- le budget principal : 40 M Euros ;
- le budget annexe (USLD³, EHPAD⁴, MAS⁵, CAMSP⁶, IFAS⁷) : 10 M Euros.

La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) a été stable en 2013, 2014 et 2015 à 33,5 M Euros en dépit des annonces de baisse. Sur ce montant, 29 M Euros sont destinés à la psychiatrie.

Cette stabilité de la DAF est en fait une érosion de la capacité du centre hospitalier en raison de l'inflation et du glissement vieillissement technicité (GVT) – dans les services de psychiatrie la part du financement consacrée au personnel est de l'ordre de 80 % ; dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), cette part est de l'ordre de 60 %. Cette érosion s'est traduite par la diminution du nombre d'emplois par non remplacement de départs en retraite ou de fin de contrat.

2.5 L'ACTIVITE EST TOURNEE PRINCIPALEMENT VERS LES PATIENTS EN SOINS LIBRES, DANS DES UNITES FERMEES POUR HOSPITALISATION COMPLETE

Les éléments statistiques fournis font apparaître une file active sur l'ensemble de l'établissement en légère baisse au cours des trois dernières années (806 patients en 2015 contre 837 en 2013) avec une augmentation du nombre des journées d'hospitalisation (44 285 en 2015 pour 43 172 en 2013) et du taux d'occupation (85 % en 2015 contre 78 % en 2014 et 81 % en 2013). Les différents pôles de psychiatrie sont diversement touchés par cette évolution :

- hausse de la file active temps complet mais baisse du nombre de journées d'hospitalisation et du taux d'occupation pour le pôle de psychiatrie générale de Saint-Dizier ;
- baisse de la file active temps complet mais augmentation du temps d'hospitalisation et du taux d'occupation pour le pôle intersectoriel de psychiatrie générale de Saint-Dizier, celui de psychiatrie générale de Chaumont et le pôle intersectoriel de pédopsychiatrie ;

³ USLD : unité de soins de longue durée

⁴ EHPAD : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

⁵ MAS : maison d'accueil spécialisée

⁶ CASMP : centre d'action médico-sociale précoce

⁷ IFAS : institut de formation des aides-soignants

- augmentation de tous les indicateurs pour le pôle de psychiatrie générale de Langres.

Evolution des taux d'occupation des places d'hospitalisation complète (2013-2015)

Taux occupation	Total Etablissement	Pôle de psychiatrie générale Saint-Dizier	Pôle intersectoriel de psychiatrie générale	Pôle de psychiatrie générale Chaumont	Pôle de psychiatrie générale Langres	Pôle intersectoriel Pédopsychiatrie
2013	81 %	80 %	85 %	90 %	88 %	60 %
2014	78 %	69 %	81 %	84 %	84 %	71 %
2015	85 %	79 %	87 %	95 %	92 %	70 %

Source : établissement

La quasi-totalité des personnes admises sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), soit 3,5 % des patients, est hospitalisée dans l'unité Les Iris à Saint-Dizier, quel que soit leur secteur géographique d'origine. Les personnes admises à la demande d'un tiers (SDT), représentant 19 % des patients, sont dans leur grande majorité hospitalisées en psychiatrie générale soit à Saint-Dizier soit à Chaumont (pôle Chaumont ou pôle Langres) selon leur lieu d'habitation. Quelques patients chroniques, admis en SDRE ou SDT, sont hospitalisés dans le pôle intersectoriel à l'unité G. Brassens ou à l'unité de géronto-psychiatrie, à Saint-Dizier.

L'analyse par statut des patients montre que les personnes en soins libres représentent plus de 75 % des hospitalisés et que la durée moyenne de leur séjour est plus courte que celle des personnes hospitalisées sous contrainte. Les personnes détenues représentent un faible nombre des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat et connaissent des durées de séjour courtes.

Alors que les patients admis en soins libres constituent la catégorie la plus représentée dans l'établissement, ils sont majoritairement hospitalisés en unités fermées. En effet, parmi les six unités de psychiatrie pour adultes, seul le centre de soins « La Fabrique du Pré » est un service ouvert lequel accueille près de 80 % de personnes rencontrant des problèmes d'ordre médico-social.

Analyse de l'activité par statut d'hospitalisation des patients en 2015 hors pédopsychiatrie

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de Patients	Nombre de jours d'hospitalisation	DMS en jours	DMH en jours
Total SDRE	27	1 212	41,79	44,89
dont maire	2	55	27,5	27,5
dont préfet	22	885	40,23	40,23
dont détenus	4	44	11	11
dont irresponsabilité pénale	1	228	228	228
Total SDT	146	6 212	38,35	42,55
hospitalisation à la demande d'un tiers	4	619	206,33	154,75

soins sur demande d'un tiers	46	1 641	33,49	35,67
soins sur demande d'un tiers d'urgence	50	2 553	42,55	51,06
Soins sans demande d'un tiers en cas de péril imminent	50	1 394	28,45	27,88
soins pour péril imminent	1	5	5	5
Total soins libres	713	38 168	36,52	53,53
Total soins	775	45 592	36,89	58,83
Nombre de lits		135		
Taux d'occupation		92,5 %		

Source : établissement

Analyse de l'activité du pôle intersectoriel de pédopsychiatrie MODADO par statut d'hospitalisation des patients en 2015

Année 2015	Nombre patients	Nombre de jours hospitalisation	DMS	DMH
Ordonnance de placement provisoire (OPP)	1	84	84	84
Total OPP	1	84	84	84
Soins libres (SL)	30	1 480	19,47	49,33
Total SL	30	1 480	19,47	49,33
TOTAL DES SOINS	31	1 564	20,21	50,45
Nombre de lits	5			
Taux d'occupation	85,7 %			

Source : établissement

A la date de la visite, cette unité comptait parmi les patients une jeune fille de 13 ans, admise sur décision du représentant de l'Etat en date du 9 octobre 2015 ; sa situation sera évoquée dans les § 6.1.3 et 6.1.4 *infra*.

2.6 LES CONTROLES : LES REGISTRES SONT BIEN TENUS ET LES CONTROLES SONT REGULIERS

2.6.1 Le registre de la loi

Les registres de la loi sont conservés au secrétariat des admissions, au rez-de-chaussée du bâtiment administratif de l'hôpital.

Il n'existe pas de registre distinct pour l'enregistrement des mesures prises sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers.

Toutes les décisions sont donc enregistrées sur un registre unique qui renseigne de manière chronologique l'ensemble des documents légalement exigés pour les admissions de personnes, hommes ou femmes, en soins sous contrainte.

D'un modèle standard (43 cm de long, 30 cm de large et toilés de couleur vert foncé) ils étaient, au jour du contrôle, au nombre de dix, rangés par ordre chronologique depuis la date de leur ouverture ; chaque registre comporte 100 folios, dont la première page et la dernière sont paraphées par le maire de la commune.

Toutes les pièces concernant les patients sont photocopiées, puis collées sur le folio dans l'ordre de leur réception.

Chaque folio comporte quatre pages ; la première est destinée à recevoir, outre l'identité, les renseignements administratifs et judiciaires et la copie des arrêtés du maire et des représentants de l'Etat, tandis que sur les trois autres sont collés les certificats médicaux justifiant le maintien de l'hospitalisation sous contrainte, l'arrêté de main levée et le bulletin de sortie.

Les contrôleurs ont examiné, par sondages, les dix registres et ont plus particulièrement consulté le dernier ouvert le 2 octobre 2015 et rempli jusqu'au feuillet 65.

La dernière admission sur décision du représentant de l'Etat en date du 2 février 2016 concernait un patient réintégrant l'hôpital de Saint-Dizier, après un séjour d'une année à l'unité pour malades difficiles (UMD) de Sarreguemines (Moselle).

Du 2 octobre au jour du contrôle, huit patients ont ainsi été hospitalisés en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (aucune personne détenue).

Les arrêtés du préfet mentionnent les voies de recours, mais ne donnent pas les coordonnées du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ni celles de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La motivation des certificats médicaux est explicite quant à la nécessité du maintien des soins sous contrainte.

Les admissions sur demande d'un tiers sont enregistrées conformément aux exigences légales ; la demande du tiers figure au registre et la décision du directeur mentionne les voies de recours devant le juge des libertés et de la détention, sans autre précision quant aux droits fondamentaux du patient.

Analysant les dates d'entrée et de sortie, les contrôleurs ont constaté des durées de séjour, globalement courtes et que les programmes de soins étaient bien souvent mis en œuvre avant le délai des douze jours nécessitant le passage devant le juge des libertés.

Ainsi, au jour de l'examen de ce registre, seules quatre des personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat étaient encore hospitalisées à temps complet dans l'établissement ainsi qu'onze personnes admises sur demande d'un tiers dont cinq selon la procédure de péril imminent.

On trouve trace du malade le plus ancien dans le premier des dix registres, ouvert le 31 août 2006 et fermé le 19 mars 2007. Ce patient est hospitalisé au pavillon Brassens suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale. Les certificats médicaux mensuels sont tous collés (trente et une feuilles de collage) et les interventions annuelles du juge des libertés et de la détention, parfaitement annotées.

Les registres sont archivés au service des archives médicales à compter du jour où plus aucun des patients répertoriés ne fait plus l'objet d'une mesure sous contrainte.

L'agent plus particulièrement affecté à la tenue des registres, sous l'autorité de la responsable du bureau des admissions, attachée d'administration, s'efforce d'être à jour dans le classement des documents devant obligatoirement figurer à ce registre.

Lors de la visite des contrôleurs, il a pu être constaté qu'aucune pièce n'était en attente de classement.

Malgré les prescriptions de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation du registre de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre pour y parvenir alors que, de l'avis unanime, la tenue des registres est chronophage et fastidieuse.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques, une instance en quasi sommeil

Le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a démissionné en janvier 2015 ; la dernière réunion précédant cette démission s'est tenue en juillet 2014 ; la suivante a eu lieu le 3 décembre 2015, le médecin généraliste membre de la commission ayant accepté la présidence par intérim. Dans l'intervalle, les démarches de l'ARS tendant à trouver un médecin psychiatre pour présider la commission se sont avérées vaines ; l'ARS envisage de faire appel à un médecin d'un département limitrophe.

Le rapport établi à l'issue de la dernière réunion montre qu'elle s'est tenue à Saint-Dizier ; huit dossiers de patients admis à la demande d'un tiers depuis plus d'un an ont été examinés ; le procès-verbal ne fait pas état d'anomalies ; le médecin contacté estime que les certificats médicaux sont détaillés et font état de pathologies lourdes. Seul le pavillon des Iris a été visité ; les patients avaient été informés et trois d'entre eux, qui avaient sollicité un rendez-vous, ont été rencontrés ; il est dit que leur cas ne présente pas de difficulté au regard de la nécessité de soins en hospitalisation complète. Il n'est pas fait état de plaintes ou réclamations adressées à la CDSP.

Depuis la visite, une réunion s'est tenue à Chaumont, le 4 mars 2016 ; la totalité de la visite a été consacrée à l'examen des dossiers.

Une prochaine date a été retenue pour le 10 juin 2016.

Recommandation

La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP) ne peut manifestement remplir son rôle de contrôle compte-tenu de la difficulté de recruter des médecins psychiatres. Elle doit être remise en ordre de fonctionnement.

2.6.3 La visite des autorités

Les contrôleurs se sont fait remettre le document traçant la visite des autorités visées par l'article L 3222-4 du code de la santé publique. Entre le 27 août 2008 et le 28 mars 2014, treize personnes y ont apporté leur visa :

- huit émanent d'un magistrat du parquet ;
- un émane du secrétaire général de la préfecture ;
- un du premier adjoint du maire ;
- trois du président de la CDSP.

Il doit être précisé que le président du tribunal de grande instance vient régulièrement dans l'établissement hospitalier pour présider les audiences de JLD. Il serait opportun que l'un de ses déplacements soit l'occasion de mettre en œuvre les dispositions légales sus visées.

Recommandation

Les autorités, qui ont l'obligation de s'assurer que les conditions d'hospitalisation des malades sont conformes au respect de leurs droits fondamentaux, doivent mettre en oeuvre leur obligation de visite.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT DONNEES A L'EXCEPTION DU COMITE D'ETHIQUE QUI N'EST PAS REUNI

2.7.1 Les représentants des usagers et de leurs familles ont leur place au sein de l'établissement

Le livret d'accueil, dans une fiche « informations pratiques », indique les coordonnées de diverses associations d'usagers et familles d'usager en santé mentale (UNAFAM, UDAPEI, GEM). Les contrôleurs se sont entretenus avec plusieurs représentants des usagers. Leur discours s'est avéré mesuré : « ils font ce qu'ils peuvent ».

Les représentants contactés occupent tous diverses fonctions au sein d'autres instances, qui les placent en situation de recueillir des « plaintes » ou d'apprécier les difficultés auxquelles les usagers sont confrontés. Les griefs les plus importants concernent, pour l'essentiel, le manque d'activités dans les pavillons adultes et la place des familles.

Sur le premier point, les représentants des usagers regrettent le manque d'activités et l'étroitesse des locaux communs, notamment au pavillon des Iris, où les patients passeraient « beaucoup de temps enfermés dans le pavillon, sans accès à l'air libre et à un peu de nature ». Ils estiment que les patients (qu'ils savent souvent réticents) sont insuffisamment stimulés ; certains pensent que l'hôpital devrait s'ouvrir à des intervenants extérieurs qui pourraient utilement compléter l'intervention des professionnels.

Sur le second point, il est estimé que les familles ne sont pas suffisamment associées aux soins, moins encore à Chaumont qu'à Saint-Dizier. Plusieurs exemples ont été cités, de patients qui ont regagné le domicile familial sans que la famille soit prévenue et ait pu s'organiser pour les recevoir, y compris pour poursuivre le traitement. Les parents d'adolescents sont décrits comme particulièrement démunis face à un système qui les tient à distance, notamment au niveau des urgences.

Recommandation

Les familles doivent être associées aux soins, notamment dans la préparation à la sortie, et tout particulièrement pour les mineurs.

Ces mêmes points ont été mis en exergue dans une enquête de satisfaction réalisée auprès des partenaires institutionnels en 2008.

Les représentants des usagers regrettent que ne soit pas mis en place un conseil local de santé mentale⁸ rassemblant au sein d'une même instance l'ensemble des partenaires susceptibles d'intervenir dans la vie d'un patient.

2.7.2 La commission des usagers, un fonctionnement correct

La commission des usagers se réunit généralement quatre fois par an, toujours à Saint-Dizier ; la dernière réunion a eu lieu le 28 janvier 2016 ; la prochaine est prévue au mois de mai.

Son fonctionnement a été abordé à travers des entretiens avec sa présidente, plusieurs représentants des usagers, et l'étude des documents issus de cette instance.

Le livret d'accueil remis aux contrôleurs mentionne l'existence de cette commission mais ne décline pas l'identité de ses membres ni leurs coordonnées. Ces données ne sont pas affichées dans les unités mais sont disponibles sur le site internet de l'établissement.

La commission des usagers est présidée par la directrice adjointe en charge de la qualité, par ailleurs médiateur non médical. Malgré quelques difficultés exposées ci-dessous, les représentants des usagers s'estiment écoutés, se vivent comme force de propositions, et qualifient de « positives » leurs relations avec la directrice adjointe et l'ensemble de la commission.

Les participants reçoivent l'ordre du jour ainsi que les documents utiles à leur mission, conformément aux termes de l'article R1112-80 II 1° du code de la santé publique (bilan des réclamations (cf. *infra* § 3.5.1), bilan des demandes d'informations médicales (cf. *infra* § 4.3), bilan des enquêtes de satisfaction d'où il ressort que les sujets de critique concernent surtout le bruit et le manque d'activités, notamment aux Iris.

En revanche, les représentants des usagers souhaiteraient disposer de plus de temps pour étudier ces documents qualifiés par eux de techniques et de plus de temps de réunion pour réellement remplir les missions dévolues par l'article R1112-80 II 2° du même code (apprécier les pratiques, formuler des recommandations).

⁸ Une étude publiée en juin 2015 par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes indique qu'il existe une centaine de conseils locaux en France. Constitués localement et présidés par le maire, ils réunissent tous les acteurs (élus, santé, éducation, services sociaux, police, justice...) pour examiner les cas les plus difficiles.

Les représentants des usagers estiment globalement que la commission privilégie les données statistiques au détriment des conditions concrètes de vie des patients : manque d'espace et d'activités, postes de télévision en nombre insuffisant, manque de distributeurs de boissons ou de friandises... Depuis peu et à leur demande, la commission des usagers se penche sur le livret d'accueil, les questionnaires de satisfaction, la désignation de la personne de confiance, l'accès au dossier médical. La question de l'inventaire et celle de l'administration des traitements doivent également être mises à l'ordre du jour.

A la demande des représentants des usagers, la question de l'isolement avait été mise à l'ordre du jour de la réunion de décembre (dont le compte-rendu n'avait pas été rédigé lors de la visite) ; le sujet a finalement été reporté, pour permettre à un groupe de travail de terminer la révision du protocole d'isolement. Il est à noter que les usagers ne sont pas associés à ce groupe de travail, dont les conclusions devraient être soumises à la commission des usagers lors de sa prochaine réunion. La directrice adjointe s'est engagée à organiser une visite des chambres d'isolement.

Le règlement intérieur des unités, n'est pas abordé en commission et ne semble pas connu des représentants des usagers.

Les contrôleurs observent que nul n'a songé à mettre la question des droits des patients contraints à l'ordre du jour, alors même qu'aucun protocole n'existe en ce sens.

A l'issue de chaque séance, une feuille de suivi d'instance est dressée ; elle liste les préconisations de la commission et les suites données. Le récapitulatif de l'année 2015 montre que des améliorations ont été ou sont sur le point d'être apportées dans les domaines suivants : amélioration de la nourriture, amélioration de certains formulaires (désignation de la personne de confiance, recueil de consentement aux soins et informations, procédure d'inventaire et dépôt), diffusion du guide de bientraitance, modification du livret d'accueil. Les questions d'accès à la télévision, du niveau sonore de certaines unités et des activités ne semblaient pas encore avoir trouvé réponse au moment du contrôle.

Bonne pratique

L'établissement offre une réelle écoute aux représentants des usagers, qui sont effectivement force de proposition au sein de la commission des usagers.

Recommandation

Il est souhaitable que la commission des usagers porte également sa réflexion sur les règlements de fonctionnement des unités, les droits des patients et la place des familles.

2.7.3 La bientraitance, une préoccupation réelle

Des groupes de travail sur la bientraitance ont été institués en 2014, associant essentiellement cadres de santé, infirmières et aides-soignants. La réflexion a abouti, en février 2015, à l'élaboration d'un guide de la bientraitance. Le document a été présenté à la CME et à la commission des usagers, ainsi qu'à l'ensemble des cadres mais ni les médecins ni les représentants des usagers n'ont été associés à la réflexion. Les patients en revanche, y ont leur place à travers quelques dessins réalisés en atelier d'art thérapie.

Les cadres de santé ont été chargés de présenter le guide dans leur service ; certains sont particulièrement impliqués, notamment à travers un diplôme universitaire sur la bientraitance.

Il est prévu de reformer des groupes de travail pour voir de quelle manière les personnels s'en sont saisis. Sur ce point, le guide contient une grille d'autocontrôle, destinée à aider le professionnel à repérer ses pratiques contestables (« il m'arrive de » : tutoyer un patient sans son accord, entrer sans frapper, laisser la porte ouverte durant un soin, faire à la place d'un patient jugé trop lent, obliger un patient à participer à une activité occupationnelle, ne pas transmettre une information...).

Le guide est essentiellement destiné à prévenir, repérer et signaler les maltraitements faites aux personnes âgées mais, au-delà :

- il rappelle les principes qui guident l'intervention des professionnels du service public hospitalier (assurer le bien-être physique et moral des personnes accueillies, favoriser la liberté d'aller et venir, préserver l'autonomie, respecter la dignité et l'intimité...);
- il recense les différentes formes que peut prendre la maltraitance (physique/morale, active/passive, violences médicamenteuses, sociale, restrictive de liberté ou de droits...) ainsi que les facteurs de risques liés au professionnel ou à l'environnement professionnel (fatigue, manque de formation...) ou à la personne elle-même (exigeante, opposante, agressive, fortement handicapée...);
- il évoque les précautions à prendre (entendre la plainte ou toute autre forme d'expression de la souffrance, partager la réflexion, associer la personne...);
- il décrit les modalités de signalement (une « fiche d'alerte » est jointe au guide, il est conseillé de l'adresser au cadre de santé ou à la direction).

Bonne pratique

L'existence d'un guide de la bientraitance est une initiative à saluer ; il convient cependant de s'assurer qu'il irrigue réellement les pratiques professionnelles.

Les contrôleurs observent que, sous une rubrique du guide intitulée « que dit la loi », l'article 434-3 du code pénal⁹ est cité seulement dans son premier alinéa – qui fait obligation de signaler – à l'exclusion du second – qui exclut de cette obligation les personnes astreintes au secret professionnel (lesquelles sont renvoyées à leur responsabilité).

On note également que la fiche d'alerte destinée à la hiérarchie prévoit d'indiquer l'identité de la personne responsable de la maltraitance sans qu'ait été évoquée la question éthique sous-jacente ni envisagées d'autres modalités d'intervention.

⁹ 434-3 CP : Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

2.7.4 Le comité d'éthique

Il est inexistant et les contrôleurs n'ont pu obtenir d'information qui expliquerait un tel manque aux prescriptions réglementaires.

Recommandation

L'établissement doit mettre un comité d'éthique en place.

2.7.5 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction figure dans le livret d'accueil remis au patient à l'arrivée ; la direction indique que le questionnaire est à nouveau proposé dès que la sortie est programmée. Le bilan de l'année 2015 a été dressé le 14 janvier 2016. Le taux de réponse est en moyenne de 42 % pour la psychiatrie¹⁰.

On relèvera que la réponse à la question : « votre consentement préalable aux soins a-t-il été recherché » a obtenu un taux de réponse moyen de 50 % avec, paradoxalement, un taux de 53 % aux Iris (qui reçoit la majorité des patients admis en soins contraints). La directrice adjointe en charge de la qualité s'interroge sur la compréhension de la question.

L'accueil, la disponibilité des personnels, les prestations hôtelières, le respect du patient sous toutes ses formes, la prise en charge de la douleur obtiennent un très bon score (de 73 à 90 % de satisfaits et très satisfaits cumulés) ; la nourriture est l'objet de réponses très variées, avec un taux d'insatisfaction important à Maine de Biran (21 % de mécontents de la qualité gustative des repas) et MODADO (50 % de mécontents quant à la température des plats). Le taux d'insatisfaction le plus important (peu et pas satisfaits cumulés) concerne le niveau sonore (20,50 % en moyenne et 26,5 % aux Iris), la télévision (17,9 %). Les activités obtiennent un taux de satisfaction de 62,5 % contre 13,4 % d'insatisfaits, et un taux de « non concernés et non renseigné de 24,1 %) ; pour les soins de rééducation (kinésithérapie, balnéothérapie, ergothérapie, activités physiques adaptées), les taux sont respectivement de 32,6 %, 4,9 % et 62,2 %.

Les commentaires joints aux questionnaires font ressortir d'autres points de mécontentements, tout particulièrement aux Iris mais aussi à Maine de Biran (pôle Chaumont et, dans une moindre mesure pôle Langres) : température des douches (trop froide), mauvais état et manque de WC collectifs, souhait d'une climatisation des chambres, accès insuffisant à la chambre (fermé le matin y compris en cas de grande fatigue), accès insuffisant à la terrasse, positionnement du téléphone (manque de confidentialité), absence de fumeur protégé des intempéries, repas pris trop vite. La gentillesse du personnel est partout soulignée ; le manque d'activités est à nouveau généralement déploré.

¹⁰ Il varie de 20% (MODADO) à 46% (Maine de Biran au pôle Chaumont).

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT : LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EST BIEN ASSUREE, MAIS L'INFORMATION SUR LES DROITS DU PATIENT (ARTICLE L. 3211-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE), AUTRES QUE LE PASSAGE DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, EST MECONNUE

3.1.1 Les modalités d'admission

Les admissions au centre hospitalier de la Haute-Marne pour les personnes admises sous contrainte se font habituellement *via* les urgences de l'hôpital où est pratiqué un premier examen. Il peut cependant arriver que des « habitués » (personnes entrant et sortant de façon régulière) soient amenés directement au centre hospitalier et conduits à l'unité « les Iris » ou au centre médical Maine de Biran à Chaumont s'il s'agit de personnes en soins à la demande d'un tiers domiciliée sur les secteurs de Chaumont ou de Langres.

Les urgences de l'hôpital général prennent attache avec le centre hospitalier de la Haute-Marne afin de connaître les disponibilités d'accueil. Dans l'hypothèse d'une situation de sur-occupation des Iris pour les SDRE ou les SDT du secteur de Saint-Dizier, un patient de ce service est soit transférés à l'unité Brassens (s'il s'agit de patients chroniques), soit dirigé vers le service de soins libres de la Fabrique du Pré. A défaut de mutation possible et si le patient arrive en crise, il peut être placé en chambre d'isolement.

A Chaumont, en cas de sur-occupation d'un des deux pôles, le patient peut être admis dans l'autre service ou encore être placé en chambre d'isolement alors utilisée, pour une très courte période, en général moins de 24h, en chambre d'hébergement normal ; elle est alors dénommée « chambre d'isolement hôtelier » ; cet hébergement s'effectue toutes portes ouvertes et du mobilier adapté y est installé (table, chaise...). Les patients peuvent également être adressés à l'hôpital André Breton de Saint-Dizier.

A Saint-Dizier, l'arrivée s'effectue directement dans l'unité, le patient étant transféré des urgences par la famille, les pompiers ou les forces de l'ordre suivant la conjoncture. Les personnes détenues sont emmenées de l'établissement pénitentiaire à l'hôpital par deux infirmiers assistés de deux ambulanciers. Le bureau des admissions du centre hospitalier de la Haute-Marne ne rencontre donc jamais le patient ni la famille. L'entretien avec le médecin psychiatre a lieu dès l'admission, en présence ou non d'un infirmier selon les unités ; dans tous les cas, il est suivi d'un entretien avec l'infirmier au cours duquel le soignant procède à un inventaire des biens et des objets du patient, remet tous les documents utiles, explique les règles de vie.

S'agissant des personnes détenues, elles sont à leur arrivée systématiquement placées en chambre d'isolement après avoir été mis en pyjama et ce jusqu'à la visite du médecin ; les autres patients, en revanche, se voient attribuer immédiatement une chambre ou sont placés à l'isolement sans port du pyjama suivant leur état clinique.

Pour le site de Chaumont, deux infirmiers du centre hospitalier de la Haute-Marne sont affectés au service d'urgences de l'hôpital général, de 7h à 19h tous les jours de la semaine week-end inclus, chaque infirmier travaillant sur une journée de douze heures. Lors de l'admission aux urgences, les patients sont vus par le somaticien de l'établissement, une première évaluation est faite par les infirmiers du centre hospitalier de la Haute-Marne et un entretien a lieu avec le psychiatre ou l'interne de l'unité.

La vérification des certificats médicaux et de la demande du tiers, quand elle est nécessaire pour l'admission, est faite par l'équipe soignante de l'unité. Les originaux sont ensuite envoyés au bureau des entrées qui les conserve dans le dossier du patient et dans les registres de la loi. En cas de difficulté avec le ou les certificats médicaux, les infirmiers appellent le bureau des admissions – ou le directeur de garde en cas d'admission le week-end – qui entre en contact avec le médecin afin de régler le problème.

Les unités Brassens et Les Lilas reçoivent majoritairement des patients déjà hospitalisés à l'unité Iris. Elles n'ont donc pas de formalités administratives à effectuer, ni d'inventaires des vêtements, des biens ni des valeurs qui ont été réalisés dans la précédente unité. Les Iris signalent par télécopie au bureau des admissions le changement d'unité. Le dossier patient est conservé aux Iris mais un dossier réduit est ouvert dans la nouvelle unité.

Dans les cas exceptionnels de personnes admises aux Lilas en provenance de leur domicile, ces patients sont déjà connus du service ; une feuille de recueil des données des patients est établie par les Lilas avec mention de l'état civil, de la personne à prévenir et de la personne de confiance quand il y en a une de désignée.

L'unité MODADO est le seul lieu d'hospitalisation complète pour adolescents (13-18 ans) dans le département. L'admission y est considérée comme l'ultime recours et s'effectue très majoritairement à la demande des parents. Un guide spécifique d'admission a été élaboré, qui répond aux principes suivants :

- la décision relève d'un pédopsychiatre de l'intersecteur, agissant en lien avec les praticiens de l'unité MODADO ;
- l'admission est, autant que faire se peut, préparée ;
- l'adolescent, ses parents ou, à défaut, un représentant de l'institution à laquelle il est confié, sont rencontrés par un pédopsychiatre de l'intersecteur et un soignant de l'unité ;
- le fonctionnement de l'unité est exposé, l'adolescent est invité à visiter les lieux avec ses parents ;
- un projet de soins individualisé est proposé ; le médecin délivre les informations relatives au traitement envisagé ;
- le livret d'accueil de l'unité (et, en théorie, celui de l'établissement) sont remis au jeune et à ses parents.

En cas d'urgence, l'adolescent est admis aux urgences hospitalières ou au service de pédiatrie, où une consultation est organisée au plus vite avec l'équipe de liaison et un pédopsychiatre de l'intersecteur.

Au plan administratif, le guide d'admission prévoit que les unités se chargent de transmettre au bureau des admissions :

- le consentement du représentant légal ;
- un recueil de données socio-administratives comportant notamment les coordonnées du représentant légal, des personnes à prévenir, des travailleurs médico-sociaux référents.

Les contrôleurs observent que ces documents ne mentionnent pas l'existence d'une éventuelle mesure de protection administrative ou judiciaire de l'enfant¹¹. Le statut des personnes qui

¹¹ Une rubrique « mesures de protection est prévue, mais ne concerne que la curatelle ou la tutelle, à l'exclusion, notamment, des mesures d'assistance éducative.

signent la demande d'admission n'apparaît pas toujours aussi clair que le suggère la mention « parent ou tuteur légal » qui figure au-dessus de la signature : pour l'un des mineurs concernés, seule apparaît une signature illisible, sans mention de nom alors même que le recueil de données socio administratives montre que l'enfant vit chez un tiers et qu'il est suivi par une éducatrice, l'ensemble suggérant un placement dont la nature – administrative ou judiciaire – n'apparaît nulle part.

Recommandation

Il convient de vérifier que le demandeur à l'admission d'un mineur est effectivement son représentant légal. En cas de placement préalable de l'enfant, il convient de vérifier la nature de ce placement et son incidence éventuelle sur l'exercice de l'autorité parentale.

3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Pour les admissions à la demande d'un tiers ou les « périls imminents », la décision du directeur est préparée au bureau des entrées et adressée au patient dans l'unité. La notification de cette décision et des droits y afférents est faite en général par le médecin, à défaut par un infirmier ou un cadre de santé à l'unité Les Lilas ; cette notification est faite immédiatement après l'admission lorsque celle-ci intervient en semaine ; elle est différée au lundi en cas d'arrivée un vendredi soir ou au cours d'une fin de semaine (samedi et dimanche), ou au premier jour ouvrable suivant un jour férié.

Pour les personnes admises sur décision du préfet, l'arrêté est adressé par l'agence régionale de santé (ARS) directement au patient sous pli fermé, une copie étant envoyée à l'établissement. Cet arrêté est notifié au patient par le médecin, le cadre ou un infirmier. Un accusé de réception joint à l'arrêté est signé par le patient et retourné par celui-ci à l'ARS. Selon les précisions données par ce service, les accusés de réception sont toujours renvoyés permettant ainsi une vérification factuelle de la notification. En revanche, copies de ces accusés de réception ne sont pas retournées par l'ARS au bureau des admissions et ne figurent donc pas au dossier du patient ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs. L'équipe soignante donne des explications orales sur les motifs et la nature juridique de l'hospitalisation.

Recommandation

Le circuit de notification des décisions prises par le préfet doit être amélioré afin d'assurer un contrôle des dites notifications au sein de l'hôpital.

Si le patient est en situation critique lors de son entrée, priorité est donnée aux soins, la notification de la décision d'admission étant alors différée. Mention en est normalement faite au dossier du patient.

Ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs, les droits du patient ne sont pas annexés aux décisions d'admission (arrêté du préfet ou décision du directeur). L'arrêté préfectoral mentionne seulement dans son dernier article la possibilité d'un recours – sur la régularité et le bien-fondé – devant le juge des libertés et de la détention (JLD).

Un document retranscrivant les droits du patient a été élaboré il y a quelques années mais ce projet n'a pas vu le jour. Dès lors, au jour de la visite, la liste des droits des patients¹² n'est pas remise aux entrants, pas plus que ces droits ne leur sont notifiés. Les entretiens que les contrôleurs ont eus avec plusieurs infirmiers de différents services et avec des cadres de santé ont mis en évidence que, si les soignants maîtrisent l'audience du JLD et les délais dans lesquels celle-ci doit se tenir, ils ignorent en revanche l'étendue des droits des patients tels qu'inscrits dans la loi et plus particulièrement le droit de communiquer avec les autorités ou de saisir les commissions.

Le guide d'admission de l'unité MODADO ne vise pas les cas, très minoritaires, d'admission d'un patient mineur sur décision du représentant de l'Etat. **En pratique**, les décisions administratives parviennent à l'unité selon les mêmes voies que pour les majeurs et sont notifiées par le médecin chef de pôle, responsable de l'unité, qui explique au patient le contenu de la décision, recueille sa signature et en fait retour au bureau des admissions. Le droit de recours n'est évoqué que dans la mesure où le patient manifeste son opposition. Les droits de l'article L3211-3 du code de la santé publique ne font pas l'objet d'une notification formelle.

Recommandation

Dans le cadre des plans de formation, l'accent doit être mis sur les droits des patients, insuffisamment connus à ce jour du personnel (aides-soignants, infirmiers et cadres). Un document retranscrivant l'ensemble des droits du patient, tels que mentionnés à l'article L3211-3 du code de la santé publique, doit impérativement être établi et remis à chaque nouveau patient lors de son admission.

3.1.3 La désignation d'une personne de confiance

L'obligation de désigner une personne de confiance est expliquée au patient lors de l'entretien infirmier en même temps que lui est remis un document spécifique sur lequel peut être mentionnée l'identité de la personne de confiance. Une fois rempli et signé par le patient ce document est conservé dans son dossier.

A noter que dans l'unité Les Lilas, les patients sont souvent sous tutelle ou sont suivis par leurs familles qui font office de personnes de confiance.

A Chaumont, la désignation d'une personne de confiance est rare.

3.1.4 La période initiale de soins et d'observation

Les unités de Saint-Dizier ou de Chaumont ne disposent pas de lieux spécifiques pour la période initiale de soins et d'observation qui se déroule donc dans la chambre du patient. Dans chaque

¹² Article L3211-3 du code de la santé publique : Droits de communiquer avec les autorités (le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du TGI ou son délégué, le procureur de la République et le maire de la commune ou son représentant) ; de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la commission des relations avec les usagers (CRU) de l'établissement de santé ; de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; d'émettre ou de recevoir des courriers ; de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; d'exercer son droit de vote ; de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

unité, un médecin psychiatre est toujours présent si bien que la période d'observation est constante et non limitée aux premières heures. Il peut arriver que la période initiale s'effectue en chambre d'isolement pendant une durée variable selon l'état du patient.

Durant cette période, un examen somatique est systématiquement effectué par l'un des somaticiens intervenant dans l'ensemble de l'établissement.

Les différents certificats obligatoires de la période initiale et du suivi sont réalisés par les psychiatres et figurent au dossier patient comme les contrôleurs ont pu le constater. Les certificats mensuels sont signés du médecin et du patient. Toutes les informations relevant de la période initiale de soins et d'observation (le certificat des 24 h, celui des 72 h et la proposition de maintien en hospitalisation complète) sont adressées à l'ARS par le bureau des admissions.

A Chaumont les soignants ont précisé que l'attention portée au patient durant la période d'observation varie selon sa compliance aux soins ; que la situation du patient est évoquée au « *staff* » réunissant trois fois par semaine psychiatres, psychologue, cadre de santé, assistante sociale, interne, soignants et que le médecin s'enquière très régulièrement auprès des infirmiers de l'évolution du patient.

La période initiale d'observation et de soins ne donne lieu à aucun protocole spécifique à MODADO et s'effectue au cas par cas ; elle suppose que le patient soit sous le regard constant du soignant. En pratique, on observe, chez une majorité de patients, qu'une rupture des relations familiales est prescrite pendant cette période, de même qu'une rupture de scolarité.

Le médecin rédacteur des certificats médicaux prévus par la loi expose au patient son point de vue et l'usage que peut en faire le préfet. Les observations du patient, au sens de l'article L. 3211-3 CSP, ne sont pas portées au certificat en tant que telles mais la position du patient est généralement notée dans le corps du document.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS : UN LIVRET D'ACCUEIL BIEN PRESENTE, MAIS INSUFFISAMMENT RENSEIGNE

3.2.1 Le livret d'accueil

Le centre hospitalier de la Haute-Marne dispose d'un livret d'accueil commun à ses différents sites. Ce livret bien présenté, n'a pas été remis à jour depuis 2013 et n'est pas remis systématiquement aux patients arrivants.

S'il cite les principaux modes d'admission, il ne fait pas référence aux droits des patients hospitalisés sous contrainte, ni à la liste et aux coordonnées des différentes autorités de recours.

Recommandation

Le livret d'accueil doit être complété par l'ajout des droits des patients hospitalisés sans consentement et des coordonnées des différentes autorités compétentes en matière de recours.

3.2.2 Le règlement intérieur

La direction a mis à disposition des contrôleurs une version numérique du règlement intérieur du Centre hospitalier de Haute-Marne. Celui-ci date du 6 juillet 2007. Il a été constaté qu'il n'était ni distribué aux patients, ni affiché. La direction a toutefois indiqué qu'une mise à jour était en cours. Une information sur le journal « Flash News » de l'hôpital et une diffusion numérique sont prévues.

Il a également été mis à disposition des contrôleurs les règlements intérieurs de chaque unité. Il appert que ces documents ne sont pas uniformes et tendent à constituer des règles de bonne conduite.

Recommandation

Le règlement intérieur général est à compléter pour prendre en compte les lois récentes sur la santé. Une réflexion doit être lancée sur l'uniformisation des règlements propres à chaque unité ; il conviendra que les modalités de modification et d'approbation de ces derniers règlements soient de même nature que le règlement intérieur général.

3.2.3 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 complétée par celle du 27 septembre 2013

Ces informations sont transmises aux patients par les psychiatres ou par les soignants qui n'ont pas reçu de formation institutionnelle spécifique.

Recommandation

Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 sont mal connues des soignants et ne peuvent donc pas être correctement communiquées aux patients. Une formation des soignants et la mise en place de protocoles sont indispensables.

3.2.4 Le recueil des observations des patients

Le recueil d'éventuelles observations des patients est tracé dans son dossier médical informatisé dans une rubrique spécifique. La notion « d'observations » à la notification de décision paraît peu connue ni comprise des soignants.

Recommandation

Le recueil d'éventuelles observations des patients est effectué de façon insuffisante, faute de compréhension de l'objectif par les soignants. Une formation des soignants et la mise en place de protocoles apparaissent indispensables.

3.3 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION : LE LIVRET D'ACCUEIL DONNE TOUTES LES INFORMATIONS, MAIS SA MISE EN ŒUVRE EST FLOUE

L'ensemble du personnel de l'hôpital est évidemment astreint au secret médical et à une obligation de réserve.

Le livret d'accueil mentionne que le patient, durant son séjour, peut garder l'anonymat et refuser que sa présence dans l'établissement soit divulguée.

Il est indiqué aux contrôleurs que lorsqu'une personne est hospitalisée sous contrainte, sa famille n'est jointe qu'après s'être assuré du consentement de l'intéressé à faire connaître sa situation. Les règles en matière de secret professionnel interdisent au personnel de donner des renseignements par téléphone.

Dans les pavillons respectifs, ce principe est scrupuleusement respecté.

Il a toutefois été constaté que les agents, à l'accueil et au standard téléphonique, quoique sensibilisés à l'importance de la confidentialité et face à la difficulté à s'assurer de la qualité de l'interlocuteur, le mette parfois, à tort, en relation avec le pavillon où est hébergé le patient.

Recommandation

Une formation du personnel assurant l'accueil des visiteurs et des standardistes à la garantie du respect de la vie privée et à la confidentialité absolue des informations concernant tout patient est à mettre en place.

3.4 LES SORTIES : DES DECISIONS PREFECTORALES SUR LES SORTIES RESENTIES LE PLUS SOUVENT COMME RESTRICTIVES ET GENANT LE PROJET THERAPEUTIQUE

Concernant les sorties hors établissement il a été indiqué aux contrôleurs un sentiment très restrictif des autorités préfectorales à délivrer les autorisations. Il n'a pu être communiqué aux contrôleurs un état des demandes et des refus de sorties.

Il a par ailleurs été indiqué que des sorties/séjours sur cinq jours, de groupe de cinq à six patients en soins sous contrainte et/ou en soins libres sont organisées tout au long de l'année (cinq séjours en 2015).

Pour le site Maine de Biran il a été indiqué aux contrôleurs que l'accès à l'extérieur n'est pas autorisé en raison de la dangerosité de l'environnement (voie de circulation à fort trafic) et que l'escalier menant des étages au rez-de-chaussée est dangereux ; l'accès au parc de la maison médicale, au rez-de-chaussée, n'est possible que rarement et sous l'encadrement d'au moins un soignant.

Dans les deux secteurs – Chaumont et Langres – la pratique des sorties de courtes durées est assez développée ; ces sorties sont toujours précédées d'un certificat médical et sont parfois utilisées pour préparer une sortie avec ou sans programme de soins.

La question de l'opposition éventuelle du préfet ne se pose pas car les secteurs n'accueillent que des SDT.

3.5 LES INCIDENTS

3.5.1 Plaintes et réclamations : un recueil insuffisamment organisé ; un traitement correct

Il n'a pas été instauré de dispositif spécifique pour recueillir les plaintes et réclamations. Il n'existe, dans les unités, ni affichage ni autre système (boîte à idées...) permettant au patient de déposer, anonymement ou non, une réclamation.

Il est dit que les cadres de santé et plus largement le personnel n'hésitait pas à renvoyer les patients vers la direction.

Le traitement des plaintes incombe à la directrice adjointe en charge de la qualité ; elle est aussi médiateur non médical. Elle indique se rendre dans les unités lors de ses gardes et avoir à cette occasion des contacts directs avec les patients. Néanmoins les patients officiellement reçus, rares, faute de demandes, le sont « plutôt au titre de la fonction de direction que de médiateur ».

Le tableau récapitulatif des plaintes et réclamations pour l'année 2015 fait état de courriers ou appels téléphoniques émanant de vingt-six patients ; aucun n'a pris de caractère contentieux ; aucun ne s'est conclu par une médiation malgré deux propositions faites à des familles qui n'ont pas donné suite ; toutes les plaintes ont donné lieu à réponse.

La moitié a été adressée par des patients ayant quitté l'hôpital, sans qu'il soit possible de savoir à quel titre ils y avaient été admis. Le quart concerne les structures extra hospitalières, deux émanent de patients admis en soins contraints.

Parmi ces derniers, l'un s'est plaint de la suppression de sorties accompagnées, faute de personnel ; l'autre souhaitait un accès à Internet. Des explications ont été fournies par écrit aux patients dans un délai compris entre quatre et dix jours ; le premier a été informé qu'il n'était pas possible d'affecter du personnel complémentaire aux Iris, le deuxième que des raisons techniques empêchaient l'installation d'internet mais qu'une assistante sociale était à disposition pour aider les patients dans leurs démarches. On observera que la réponse apportée au premier patient, admis en SDT, aurait mérité une réflexion plus approfondie à propos des sorties (modalités, destination).

Les autres plaintes concernent pour moitié « la Fabrique du Pré » ; les Iris et Brassens sont également concernés, ainsi que des structures hébergeant des personnes âgées. Les motifs sont variés : qualité de la prise en charge dans ses aspects médicaux et paramédicaux (patient reçu par la directrice adjointe, renvoi vers le médecin, rencontre de la direction avec l'équipe pour la sensibiliser à la notion de bientraitance), qualité des repas (saisine du prestataire), communication d'informations à la famille sans l'accord du patient (renvoi vers le médecin), projet de sortie non agréé par la famille (proposition d'aide de divers organismes), difficulté à obtenir le dossier médical (égaré), demande de ventilateur (à cette demande formulée en août 2015 il a été répondu que l'établissement n'avait plus de ventilateurs en stock).

Les courriers donnent lieu à un accusé réception avant réponse au fond ; rarement à une rencontre avec le patient.

A plusieurs reprises la famille a été orientée vers le médiateur (mais n'a pas donné suite) ou invitée à déposer plainte (suite à réclamation concernant la non restitution d'une gourmette, contestée par l'hôpital).

Le tableau fait également état de deux commentaires négatifs laissés sur le site de l'hôpital concernant Rives de Marne et Verger, pôles de prise en charge de la personne âgée,) et de trois

remerciements concernant les mêmes services ainsi que la Clé des Champs (accueil de jour pour patients souffrant de pathologie type Alzheimer).

Depuis environ une année, les plaintes sont adressées pour avis aux membres de la commission des usagers avant que la direction ne rédige sa réponse.

Recommandation

Il convient de mettre en place un système permettant aux patients et à leur famille de faire valoir, anonymement ou non, leurs réclamations auprès de la direction ou des représentants des usagers ou de toute association compétente.

3.5.2 La gestion des risques et événements indésirables, un traitement organisé

La cellule en charge des événements indésirables ou des situations comportant un risque est composée de deux praticiens hospitaliers – un médecin et un pharmacien – et un cadre de santé, secondés par une secrétaire. Des correspondants nominativement désignés existent dans chaque pôle et secteur de soins.

Le circuit de signalement est défini depuis 2010 ; un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été conduit en 2014, incluant une évaluation des pratiques professionnelles portant, notamment, sur la contention et l'isolement. Le programme a été assorti d'une diffusion documentaire accessible *via* intranet. Diverses formations ont été proposées suite à cette analyse. Par ailleurs, la procédure de certification conduite par la HAS a conduit à utiliser pour la première fois au CHHM la méthode dite « du patient traceur » : le parcours de sept patients a été étudié avec soin, de l'amont à l'aval de l'hospitalisation ; il a mis en évidence divers points à améliorer (traçabilité des interventions, désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance, traçabilité de l'évaluation de la douleur, identité-vigilance) qui recourent l'analyse des fiches d'événements indésirables.

Les formulaires de signalement des événements indésirables sont accessibles sur intranet ; ils peuvent être remplis de manière anonyme, ou attribué à « l'équipe », dès lors que le signalement est susceptible de mettre son auteur en difficulté. Un travail est en cours, destiné à aider les professionnels à définir des priorités dans leurs signalements.

Près de 1 000 événements ont été déclarés en 2015 (963). Les signalements émanent très majoritairement des personnels soignants (IDE, AS). L'analyse des déclarations est effectuée mensuellement.

Les événements indésirables les plus fréquents concernent :

- les chutes (29,60 %) ; elles concernent essentiellement le Verger, le SSR et Brassens ;
- l'identité-vigilance (14,23 %) ; elle concerne essentiellement le DIM, le centre médico-psychologique du Point du jour, le pôle Chaumont au centre médical Maine de Biran et les Iris ;
- les violences (11,53 %) ; il s'agit très majoritairement d'agressions physiques, commises par un patient sur un soignant ; elles concernent essentiellement Brassens, MODADO et le Verger ; aucune agression sexuelle n'a été enregistrée ;
- la prise en charge des soins (9,35 %) ; elle concerne essentiellement la Fabrique du Pré, Maine de Biran pôle Langres et le SSR ; les motifs sont très variés (prise en charge médicale ou

soignante, privation de liberté, atteinte à la confidentialité, sortie sans information préalable des tiers...).

Quatre tentatives de suicide ont été répertoriées en 2015, deux signalées par les Iris, une par Jeanne de Mandé et une par MODADO. Le compte-rendu de ce dernier évènement montre qu'il s'agit en réalité d'une ancienne patiente, devenue majeure, qui a appelé le service. Une des tentatives (centre médical Jeanne Mance¹³) de suicide a donné lieu à une étude des causes et des propositions de sécurisation d'une terrasse.

Huit fugues ont été déclarées en 2015 (deux à Maine de Biran Chaumont, une à Brassens, une à la Fabrique du Pré, une à la Maison (appartements thérapeutiques à Saint-Dizier), une au Verger une aux Iris et une à MODADO).

Les fugues d'un patient admis en HDTU à Maine de Biran ont donné lieu à analyse ; le compte-rendu montre des personnels soucieux de protéger les patients sans entraver davantage leur liberté, la plupart étant admis en soins libres.

La fiche d'incident liée à la fugue de l'adolescent de MODADO montre que les démarches suivantes ont été accomplies : appel à l'équipe d'auxiliaires de soins, à l'accueil, au médecin, au cadre de santé et à l'administrateur de garde, ce dernier a prévenu la police ; le père a été prévenu.

Trois conduites addictives ont été signalées, concernant la Fabrique du Pré, Maine de Biran pôles Langres et Chaumont.

Les événements indésirables donnent lieu à une analyse des personnes concernées, des circonstances, des conséquences, des réponses apportées. Un comité de retour d'expérience composé de six cadres formés pour ce faire est chargé d'analyser les causes des événements indésirables les plus graves – suicide ou tentative, fugue, violences ou menaces appréciés selon leur gravité et leur lien avec la pathologie ; il le fait en concertation avec l'équipe assurant la prise en charge du patient concerné ou, à tout le moins, lui fait part des résultats de son analyse. L'approche n'est aucunement disciplinaire et vise exclusivement à la réduction des risques. Elle aboutit à des propositions susceptibles d'aider l'ensemble des personnels, dont la diffusion est assurée par la direction.

Un retour d'expérience a notamment eu lieu, en mars et avril 2015 avec l'équipe de MODADO, à la suite de plusieurs agressions et auto agressions. Elle a notamment conduit à une réflexion sur les modalités de prises en charge de certains patients et à la mise en place d'une supervision pour l'équipe.

L'examen de l'ensemble des fiches descriptives des événements indésirables survenus lors premier semestre 2015 montre d'une part, que sous la rubrique « agression physique » se trouvent parfois des événements qui ne relèvent pas de cette catégorie (fenêtre qui se décroche au moment de la fermeture, porte reçue au visage lors de son ouverture par un soignant...), que l'alarme PTI est régulièrement défaillante, que la réponse à la violence est très différente selon les unités : Brassens répond majoritairement par une contention du patient dans sa chambre ou une mise en chambre d'isolement, régulièrement avec contention. MODADO fait appel aux auxiliaires de soins pour maîtriser physiquement la personne ; un traitement – prescrit si besoin – est parfois administré ; la mise en isolement y apparaît une réponse très minoritaire.

¹³ Hôpital de jour et centre d'activité thérapeutique à temps partiel, à Langres

Selon les renseignements fournis, aucun événement ne s'est conclu par une plainte ou un signalement au parquet, depuis plusieurs années.

3.6 LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION NE SOULEVE GLOBALEMENT PAS DE DIFFICULTE

Des informations recueillies, confirmées par l'analyse des éléments statistiques, il ressort que l'équipe qui prend en charge un patient hospitalisé sous contrainte est attentive à ce que la durée des soins prodigués selon cette procédure corresponde strictement à la nécessité de la pathologie et à l'impossibilité d'obtenir l'adhésion éclairée du malade à sa libre prise en charge.

3.6.1 L'avis préalable des médecins psychiatres

La loi du 27 septembre 2013 qui a modifié la procédure applicable à la main levée d'une mesure prise sur décision du représentant de l'Etat ne pose pas de difficulté.

Jusqu'aux jours de la visite des contrôleurs, les médecins psychiatres en charge du patient en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat n'ont pas été confrontés à l'avis contraire du préfet. Une telle hypothèse était pourtant envisagée dans un avenir proche concernant une mineure. Les informations échangées entre l'établissement et la préfecture annonçaient un désaccord quant à l'éventualité d'une mesure.

La nomination d'un deuxième psychiatre, voire d'un expert agréé, était d'ores et déjà recherchée.

Concernant le collège des professionnels de santé, deux patients admis depuis plus d'un an à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale relevaient, au jour du contrôle, de cette procédure.

Le médecin extérieur à la prise en charge est désigné par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement (CME), avec pour critère essentiel la disponibilité des praticiens.

Le membre non médical est en principe un cadre de santé.

La réunion *stricto sensu* du collège n'est pas apparue certaine, les renseignements recueillis par les contrôleurs n'étant pas concordants.

Il a été dit que le patient n'était pas systématiquement reçu par le collège qui travaillait plutôt sur dossier.

Recommandation

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit être clarifié afin de garantir le droit du patient à un examen contradictoire de sa situation.

3.6.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

a) Le cadre juridique, la requête et l'information du patient

L'audience du juge des libertés et de la détention (JLD), prévue douze jours après l'admission du patient hospitalisé sans consentement, donne lieu à saisine du magistrat dans un délai maximum de huit jours.

Les échanges entre le service hospitalier en charge de la procédure, le « bureau de la loi », et le greffe judiciaire sont dématérialisés.

Un formulaire standard comportant les renseignements d'identité est accompagné de la décision d'admission, des certificats médicaux de 24h et de 72h, de l'avis médical de saisine, de l'avis de compatibilité de l'état de santé du patient avec sa présence à l'audience.

Les renseignements recueillis confirment les constatations des contrôleurs qui ont examiné douze dossiers ; les certificats médicaux sont scrupuleusement motivés permettant ainsi au juge d'avoir de réelles informations pour statuer. Lors de la consultation du dernier registre de la loi, il n'a été relevé aucun « copier-coller ». Si cette pratique a existé lors des premières années de l'application de la loi de 2011, elle est maintenant abolie après qu'un travail de concertation a été mené avec les magistrats.

Le document saisissant le JLD et signé par le patient comporte en outre et si nécessaire, les coordonnées du tiers et du représentant légal.

Le greffe du JLD saisit le barreau pour désignation d'un avocat d'office quand elle est demandée, étant précisé que le tableau de l'ordre des avocats n'est pas apposé dans les unités pavillonnaires.

La convocation du patient à l'audience est adressée par le greffe judiciaire au bureau de la loi, qui en transmet une copie au cadre de l'unité. Formellement, cette convocation informe le patient de la date d'audience, de la nécessité d'être assisté d'un avocat ou représenté par un avocat si l'audition est impossible compte-tenu de l'avis médical, de la possibilité qui lui est offerte de faire parvenir des observations écrites au greffe et de consulter la requête et le dossier médical à l'hôpital.

Les soignants s'efforcent, et les contrôleurs l'ont constaté, d'expliquer pédagogiquement le sens et l'intérêt de l'audience, tout en précisant que la présence du patient n'est pas obligatoire.

Recommandation

Si les soignants s'efforcent d'expliquer pédagogiquement à chaque patient le sens de l'audience, il ne leur appartient pas de donner un avis d'opportunité sur sa présence à cette audience. Seul le médecin est habilité à délivrer un certificat de contre-indication à l'audience.

La plupart de ceux qui ne font pas l'objet d'une contre-indication médicale souhaitent y assister. Il est à signaler que le patient, qui n'est pas sensibilisé aux droits inhérents à sa convocation, ne demande jamais à consulter les pièces de son dossier – les soignants sont d'ailleurs dans l'ignorance totale de cette disposition.

Recommandation

Outre la nécessité d'afficher la liste des avocats, il convient que le patient ait un accès plus complet aux droits découlant de sa convocation à l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

b) L'audience

Si les prescriptions de la loi de septembre 2013 qui exigent, sauf exceptions motivées, la tenue des audiences dans une salle spécialement aménagée à l'hôpital André Breton sont respectées quant au site, peu d'aménagements ont été apportés à la salle de réunion utilisée pour les audiences du JLD.

L'audience se tient en effet au minimum une fois par semaine, le vendredi matin, au premier étage du bâtiment administratif, ce lieu n'étant pas expressément signalé comme « espace judiciaire ».

Les jours d'audience, les chaises et les tables de la salle de réunion sont disposées de telle sorte que le juge et son greffier soient assis en face du patient avec son avocat et des soignants accompagnateurs.

Le public a la possibilité d'assister au débat (ce qu'ont fait les contrôleurs) en prenant place sur le côté ; ce n'est toutefois qu'exceptionnellement que le public se présente.

Le ministère public n'est jamais représenté.

Les patients sont conduits depuis leur unité en véhicule sanitaire par un ou deux soignants.

Une fiche navette établie par le bureau de la loi en concertation avec le cadre de santé de l'unité permet de fixer un ordre de passage sans trop d'attente pour l'intéressé.

Le vendredi 12 février les contrôleurs ont assisté à l'audience présidée par le juge d'instance de Saint-Dizier, délégué par le président du tribunal de grande instance de Chaumont qui, selon l'ordonnance de roulement de la juridiction, exerce, sauf empêchement, cette fonction.

Deux patients étaient convoqués, à une demi-heure d'intervalle, chacun bénéficiant de l'assistance d'un avocat commis d'office.

Ils ont pu s'entretenir avec leur conseil, hors la présence des soignants et dans des conditions qui garantissent la confidentialité.

L'audience s'est ouverte une demi-heure après l'heure fixée et la magistrate revêtue de sa robe professionnelle, accompagnée de sa greffière, a pris le temps de se présenter et d'expliquer son rôle.

Soucieuse du respect du contradictoire, elle a pratiqué un recueil d'informations lui permettant de disposer d'éléments pour être en capacité de statuer. Elle a cherché le dialogue avec chacun des patients qui se sont exprimés pour s'opposer au maintien des soins sous contrainte affirmant qu'ils étaient prêts à suivre volontairement tout traitement proposé par le médecin.

L'avocat a présenté des arguments qui pouvaient apparaître pertinents, tenant compte de la situation médicale et personnelle de chacun des patients.

Les soignants, pendant l'audience, sont restés très proches du malade qu'ils accompagnaient, manifestant, certes par communication non verbale, leur opinion.

Le juge s'est retiré quelques instants pour délibérer, puis a fait connaître sa décision en termes simples et humains, sans omettre d'expliquer les diverses possibilités de recours, ce qui a eu pour effet de ne pas déstabiliser le patient qui s'est vu notifier le maintien de la mesure.

La notification formelle s'effectue l'après-midi dans l'unité par le cadre de santé ou un soignant de service après transmission par fax de l'ordonnance.

En 2015, le JLD a rendu 131 ordonnances, dont neuf mesures de levées parmi lesquelles trois dans un délai de 24 h.

Six recours ont donné lieu à la saisine de la cour d'appel de Dijon (Côte-d'Or) qui a confirmé la mesure dans quatre cas et a constaté la mise en œuvre d'un programme de soins dans les deux autres cas.

Le président du tribunal de grande instance de Chaumont a expliqué, par entretien téléphonique aux contrôleurs, que la charge de travail et les contraintes d'effectifs l'amenaient, certes exceptionnellement, à solliciter la tenue de l'audience au tribunal, ce qui est accepté par l'établissement hospitalier. Il apprécie l'esprit de concertation et les relations professionnelles constructives entre les deux institutions. Il considère que la logistique de l'audience est correctement assurée tout en relevant des différences qualitatives de pratique professionnelle suivant l'agent en charge de la préparation de l'audience.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST BIEN ORGANISEE

Au sein de l'hôpital André Breton, la fonctionnaire, attachée d'administration, responsable du bureau des admissions, exerce en sus la fonction de mandataire judiciaire. Inscrite sur la liste préfectorale, elle s'est formée volontairement, bien avant que cette formation ne soit devenue obligatoire suite à la réforme des tutelles découlant de la loi de 5 juillet 2007.

Sa fonction de mandataire est évidemment dissociée de son grade et sa responsabilité pénale peut être engagée.

Elle suit au jour du contrôle 101 mesures concernant l'ensemble des personnes qui dépendent du centre hospitalier de Haute-Marne ; seules 5 sont en soins sous contrainte.

L'UDAF et des mandataires familiaux habilités interviennent également, pour un nombre moindre de mesures. L'UDAF protège trois patients en soins sans consentement.

Tous disent n'avoir aucune difficulté à rencontrer leurs protégés au sein des unités.

Le service des majeurs protégés de l'hôpital André Breton s'efforce, en concertation avec les soignants et les médecins de repérer, au sein de l'unité, des patients susceptibles d'être protégés, ce travail se faisant, en outre, en liaison avec l'assistante sociale.

Il a été précisé qu'il n'était pas rare que des familles fassent la démarche auprès du service pour mettre en œuvre la mesure de protection.

Les modalités d'exercice de la mesure de protection sont conformes à la loi. Le mandataire se déplace aux audiences du juge des tutelles ; il est par contre absent lors des audiences devant le juge des libertés et de la détention.

Selon les renseignements recueillis, le juge des tutelles auditionne les patients, le plus souvent dans son bureau, au tribunal d'instance de Saint-Dizier ; il se déplace à l'hôpital en cas d'impossibilité par le malade de se rendre au tribunal.

Il n'est organisé aucune rencontre entre les différents mandataires, pas plus que de réunions avec les juges des tutelles.

Les décisions judiciaires font l'objet d'un versement dans le dossier administratif et dans le dossier infirmier de l'unité d'hospitalisation ; mention en est portée dans le registre de la loi.

Recommandation

Davantage de concertation entre les mandataires permettrait une harmonisation des modalités de suivi des mesures de protection.

4.2 LES MODALITES DE CONSERVATION ET DE GESTION DES VALEURS DES PATIENTS SONT DEFAYILLANTES SAUF DANS LE CENTRE MEDICAL MAINE-DE-BIRAN.

L'inventaire des biens est effectué de façon contradictoire au sein de la première unité qui admet le patient. La fiche inventaire précise le nom de l'unité, la date et l'heure, l'identité du patient et son adresse postale, les noms et les signatures du patient, de son représentant, le cas échéant, et de l'agent qui procède à l'inventaire. Si le patient n'est pas conscient ou est représenté, un second agent participe à l'inventaire et le signe. La « fiche d'inventaire » précise la nature des objets selon trois catégories :

- les « objets déposés et transférés » : ce sont théoriquement les objets de valeur qui sont déposés à la direction des services économiques et logistiques (DSEL) et transférés sans délai entre les mains du receveur des établissements hospitaliers. Les objets concernés sont les sommes d'argent, les cartes de crédit, les chèquiers, les bijoux, etc. En dehors des heures ouvrables, ces objets sont déposés sous enveloppe scellé dans le coffre-fort boîte à lettre de l'accueil, relevé par la DSEL. Les objets ainsi traités sont peu nombreux ;
- les objets « déposés et conservés » : ce sont théoriquement les objets qui sont déposés et conservés à la DSEL. Les objets concernés sont théoriquement les clés, les téléphones portables et leurs chargeurs – quand ils ne sont pas laissés aux patients –, les papiers d'identité, etc. En dehors des heures ouvrables, ces objets sont déposés sous enveloppe scellé dans le coffre-fort boîte à lettre de l'accueil, relevé par la DSEL. En réalité ces objets ainsi que des sommes d'argent et des chèques sont conservés au sein des unités selon des modalités qui peuvent varier d'une unité à une autre, mais qui permettent aux patients d'en disposer aisément en les demandant au personnel soignant : coffre-fort ou casiers personnalisés attribués à chaque patient situés dans le bureau des infirmiers ou dans un autre local du service (linge propre...). Les objets ainsi traités sont nombreux : tous les patients sont concernés, sauf exception ;
- les « objets gardés dans le service » : ce sont les objets d'usage courant tels que les prothèses oculaires, dentaires ou auditives, les vêtements, les sous-vêtements, les chaussures, les sacs, les accessoires de toilette, etc. En réalité la plupart de ces objets sont conservés par les patients dans les armoires qui leur sont attribués. Tous les patients sont concernés, sauf exception.

La note interne du centre hospitalier de la Haute-Marne prévoit que les dépôts volontaires d'argent peuvent être effectués à la banque des hospitalisés, située dans le même bâtiment que

la cafétéria et ouverte aux mêmes heures. En réalité la banque des hospitalisés ne travaille que pour les personnes placées sous tutelle.

Les objets conservés par la DSEL sont restitués théoriquement par la DSEL au patient ou à sa famille sur présentation du reçu établi à l'occasion du dépôt. De fait, la plupart des objets sont conservés au sein des unités et les patients les récupèrent avec ou sans inventaire contradictoire selon la nature de ces objets.

Des pratiques bonnes et mauvaises ont ainsi été relevées dans certaines unités :

- l'argent conservé par les patients est placé dans des enveloppes nominatives, conservées dans un sac à dos dans le bureau du cadre de l'unité, et apportées chez ce dernier le soir ;
- les mouvements d'argent sont tracés sur informatique ou font l'objet d'un décompte contradictoire par le personnel soignant ;
- des fonds sont parfois retirés dans une banque par le vagemestre après l'établissement de procuration par les patients ;
- à MODADO, un inventaire contradictoire est réalisé à l'arrivée. Briquets, rasoirs, parfum, et autres objets susceptibles d'être dangereux, de même que les objets interdits (téléphone portable) sont retirés et placés dans un casier individuel numéroté, en salle de soins, elle-même fermée. Les documents d'identité sont photocopiés et rendus à la famille. Autant que possible, il est demandé aux jeunes de ne pas apporter de valeurs ; dans le cas contraire, elles sont conservées au même endroit que le reste ; en principe, les jeunes disposent de sommes modiques, rarement supérieures à une vingtaine d'euros. L'unité ne dispose pas de coffre. On notera qu'un nouvel inventaire est réalisé après chaque sortie, donnant lieu, au retour, à quelques vérifications pratiquées dans le sas d'entrée : poches de veste retournées, palpation légère des poches de pantalon. Les jeunes ont décrit ces pratiques aux contrôleurs, sans s'en plaindre.

Recommandation

Les objets de valeur utilisés couramment par les patients (téléphones portables, clés, petites sommes de monnaie, etc.) sont conservés dans les unités selon des modalités certes efficaces mais qui ne sont pas explicites et qui sont apparues floues. Ni le règlement intérieur ni le livret d'accueil ni la note interne ne décrivent la réalité. Les usages en vigueur préservent les droits et la dignité des patients, mais avec une garantie insuffisante sur la protection de leurs valeurs et engagent anormalement la responsabilité du personnel soignant.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST FORMALISE

Les modalités d'accès au dossier médical sont portées à la connaissance des usagers grâce aux indications exhaustives mentionnées dans le livret d'accueil.

Les exigences de la loi (article L1111-7 du code de la santé publique modifié par la loi du 5 juillet 2011) sont très exactement respectées et peuvent être synthétisées comme suit :

- toute demande doit faire l'objet d'un courrier adressé au directeur en précisant le mode de consultation choisi (sur place ou par l'envoi en photocopies) ;
- une pièce d'identité doit obligatoirement être jointe ;
- l'accès au dossier médical est limité :
 - au patient,

- au représentant légal,
- aux ayants droits (en cas de décès),
- au médecin désigné par une de ces personnes, comme intermédiaire.

La consultation sur place est gratuite ainsi que la délivrance des copies et ce, bien que la loi prévoit une participation du demandeur correspondant au coût de la reproduction et de l'envoi des documents.

La gestion de ces demandes est assurée par un des agents du bureau des admissions qui en 2015 en a reçu trente-trois, la plupart émanant d'ayants droits.

Aucune requête n'a été formulée par un patient admis en soins sous contrainte en 2015, alors qu'une vient de l'être en 2016

Il a été précisé aux contrôleurs que quelques demandes le sont dans un but de recherches généalogiques. Elles sont recevables durant vingt-cinq ans après la date de décès ou 120 ans à compter du jour de la naissance.

Le délai moyen de transmission des informations est de dix jours pour un dossier de moins de cinq ans.

Pour garantir une totale confidentialité, la consultation sur place se fait dans un bureau médical après que le médecin ait remis le dossier au demandeur.

4.4 LA SEXUALITE : LE SUJET N'EST PAS TABOU, MAIS IL N'Y A PAS DE DIRECTIVE INSTITUTIONNELLE.

Rien n'est précisé dans le règlement intérieur pas plus que dans le livret d'accueil, à l'exception de cette remarque : « le personnel veillera au respect de votre intimité ».

Des échanges avec le personnel, il apparaît que si le sujet n'est pas abordé spontanément avec les patients, il n'y a pas de fin de non-recevoir dans l'hypothèse où l'un d'eux est demandeur d'explications.

S'agissant des couples « légitimes » et plus précisément des visites d'un conjoint, il n'est pas mis obstacle à ce que des relations aient lieu dans la chambre du patient qui bénéficie d'une chambre individuelle.

Dans l'hypothèse (rare) de deux patients exprimant le désir de vivre une relation amoureuse, il peut être envisagé de leur attribuer une chambre à deux lits.

Lorsque les patients sont en permission de sortie ou en programme de soins, il n'est pas habituel de fournir des préservatifs ni de s'enquérir des moyens de contraception utilisés par la femme. Les soignants disent toutefois être attentifs à leurs questionnements, voire à leurs inquiétudes pour les aider dans la gestion de leur sexualité.

Certains ont fait part aux contrôleurs de l'utilité qu'un tel sujet soit l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Recommandation

Il conviendrait d'engager une réflexion sur la gestion de la sexualité des patients, notamment pour ceux dont l'hospitalisation est de longue durée.

4.5 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST A AMELIORER

Le droit de vote est prévu dans le livret d'accueil, mais aucune démarche institutionnelle n'existe au niveau de l'établissement.

Les informations sont données au cas par cas aux patients par les soignants et selon des modalités variables selon les unités. Dans certaines unités, quand un patient a exprimé sa volonté de voter, une procuration est établie en liaison avec le bureau des admissions ou un membre de la famille – ou un volontaire – est sollicité pour conduire le patient dans le bureau de vote.

Une partie des patients, variable selon les unités sont placés sous tutelle. Lors des dernières élections, aucun patient hébergé en unité fermée n'a voté.

Recommandation

La mise en place d'une procédure ou d'un protocole visant à informer les patients de la proximité d'une élection en vue de leur permettre de voter ou de leur donner la possibilité d'établir une procuration doit être mise en place.

4.6 L'EXERCICE DU CULTE EST POSSIBLE POUR LES CATHOLIQUES MAIS EST GLOBALEMENT A AMELIORER

L'aumônier catholique est salarié de l'établissement et travaille à 30 %, sur le site de l'hôpital André Breton. Il est assisté par quatre bénévoles. Les autres cultes ne disposent pas d'aumônerie ; aucune coordonnée concernant des représentants de ces cultes n'est affichée.

Le livret d'accueil fait état dans la rubrique « votre séjour » : « Vous pouvez demander la visite d'un représentant de votre culte. [...] Un aumônier catholique est à votre disposition tous les jours, dimanche et jours fériés compris. N'hésitez pas à laisser un message sur la boîte vocale de l'aumônier pour toutes vos demandes [...] poste 2875. Le Père Etienne MPINGI-NZUZI assure la messe le vendredi à 14h30 (tous les 15 jours) ».

Les patients hospitalisés sous contrainte et qui en font la demande sont autorisés, en fonction de leur état, à participer aux offices qui se déroulent hors de leur unité ; ils sont toujours accompagnés par un ou deux soignants (les demandes sont rarissimes).

Les contrôleurs ont constaté que les horaires affichés à la chapelle pour la période du 29 janvier au 4 avril 2016 correspondaient au livret d'accueil, mais que le nom de l'aumônier avait changé. Ils ont également constaté que le répondeur du poste 2875 n'était pas personnalisé, qu'aucune annonce ne confirmait que c'était le numéro de l'aumônerie.

Un membre de l'aumônerie passe régulièrement, sans être sollicité, dans les unités de l'hôpital André Breton à Saint-Dizier, à l'exception de MODADO. Il ne se déplace pas au centre médical Maine de Biran à Chaumont.

Lors de la procédure d'admission, la fiche ne prévoit pas que le patient puisse demander la visite d'un représentant d'un culte. Il appartient aux familles ou aux personnels soignants d'informer l'aumônier catholique qu'un patient attend sa visite.

Les contrôleurs ont constaté que les patients étaient invités à prier dans leurs chambres plutôt que dans les espaces communs – cette mesure avait été observée par plusieurs patients –, qu'un mineur qui demandait à assister à un office religieux s'était vu opposer un refus par prescription médicale.

Recommandation

Lors de la procédure d'admission, il serait nécessaire de demander aux patients s'ils souhaitent demander la visite de l'aumônerie. En ce qui concerne les mineurs, il serait nécessaire de demander à la personne titulaire de l'autorité parentale si la visite de l'aumônerie est demandée.

Recommandation

La liste des représentants des cultes au sein de l'aumônerie mérite d'être élargie aux principaux cultes représentés dans le département.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LES FONCTIONS LOGISTIQUES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION GENERALE

5.1.1 La restauration

La restauration est assurée par le groupement de coopération sanitaire (GCS) restauration vallée de la Marne dont les bâtiments sont situés à l'intérieur du périmètre de l'hôpital André Breton à Saint-Dizier.

Les repas sont conçus selon les règles de la liaison froide et délivrés dans trente-huit lieux de consommation par des véhicules frigorifiques gérés par le garage du centre hospitalier de la Haute-Marne. Le GCS fournit notamment les unités du centre hospitalier, dont celles implantées à Chaumont et le centre hospitalier Geneviève de Gaulle-Anthonioz.

Le GCS a facturé 305 589 repas en 2015, soit une moyenne de 837 par jour pour un coût unitaire de 3,91 euros. Le GCS s'appuie sur une équipe de trente-neuf personnes pour assurer les achats, les sorties des magasins, la préparation, la cuisson, la répartition.

Quotidiennement trente-sept régimes spéciaux sont préparés pour répondre aux besoins des patients : des régimes normaux avec ou sans sel, légers avec ou sans sel, mixés avec ou sans sel, diabétique avec ou sans sel, mixés diabétiques, diabétiques hachés, sans résidu large, sans résidu strict, anti-diarrhéique, sans fibre, sans gluten, hyper protéinés avec ou sans sel, anti-vitamine K avec ou sans sel, sans porc ni poisson ni abat, enfants, hypocaloriques, légers avec ou sans sel, etc.

Le GCS ne fournit pas de repas professionnel, mais propose des mets de substitution pour les personnes qui veulent des repas halal ou kasher. Ainsi sont proposés des menus végétariens, comportant des œufs.

Les analyses sont conduites conformément à la réglementation en vigueur.

L'élaboration des menus est conçue pour six semaines. Deux réunions se succèdent au même rythme :

- la « pré-commission de menus », présidée par la diététicienne du GCS, réunit le responsable des cuisines, le cuisinier des plats chauds et le cuisinier des plats froids, les deux diététiciennes en poste respectivement à l'hôpital André Breton pour le centre hospitalier de la Haute-Marne et à l'hôpital général Geneviève de Gaulle-Anthonioz, pour l'établissement des menus avec quinze jours de décalage sur le cycle de six semaines ; cette réunion précède la suivante ;
- la « commission de menus » présidée par la diététicienne du GCS, réunit un représentant de chaque établissement client du GCS dans le but de prendre en compte les observations des patients et des soignants.

La diététicienne du centre hospitalier de la Haute-Marne anime trois à quatre ateliers de deux heures toutes les semaines pour les patients.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger de chaque unité. Les patients sont servis à table, aidés si besoin par les soignants – cf. *infra* § 6.

Selon les unités, les repas sont pris en ou deux services : le déjeuner à 12h ou à 11h30 et 12h, le dîner à 19h ou à 18h30 et 19h selon le profil des patients (autonomie, agressivité...) ; le dîner est servi à 18h aux Lilas – unité de géronto-psychiatrie – car il est partagé avec les personnes de l'EHPAD. Un goûter est servi à 16h.

L'examen des questionnaires de satisfaction – cf. *supra* § 2.7.5 - permet de connaître l'avis global des patients. Les contrôleurs ont reçu quelques récriminations de la part de patients hébergés aux Iris sur la qualité de la nourriture.

Bonne pratique

Avant les repas, la dispensation des médicaments est assurée dans les meilleures conditions au centre médical Maine de Biran : l'utilisation de la salle « atelier cuisine » qui jouxte la salle à manger permet à un infirmier de recevoir individuellement et confidentiellement chaque patient et de lui remettre ses médicaments.

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) a vocation à participer, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets, d'aménagements des locaux, des circuits et d'équipement qui ont une incidence dans ce domaine.

Le règlement intérieur de juillet 2007 définit la mission du CLAN. Il ne définit pas de calendrier de travail.

La dernière réunion du CLAN a eu lieu le 5 juillet 2013. Lors de la visite des contrôleurs, le CLAN ne s'était pas réuni depuis 30 mois et aucune réunion n'était programmée.

5.1.2 L'hygiène

a) Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a pour mission essentielle, la surveillance, la connaissance et la prévention des infections contractées à l'hôpital. Présidé par un praticien hospitalier, le comité de lutte contre les infections nosocomiales se réunit au moins quatre fois par an selon les termes du règlement intérieur datant du 6 juillet 2007.

Le président du CLIN a quitté ses fonctions en septembre 2014 et une infirmière hygiéniste a cessé son activité à la même date. Un nouveau président du CLIN a été nommé en janvier 2016 et une infirmière hygiéniste a pris ses fonctions en février 2016.

Pendant cette période transitoire, un cadre de santé a consacré une partie de son activité à cette mission.

La prochaine réunion du CLIN est prévue pour le 21 mars 2016, la précédente remontant au 20 juin 2014.

b) Le linge

Le centre hospitalier de la Haute-Marne dispose d'une blanchisserie implantée dans l'enceinte de l'hôpital André Breton.

Cette blanchisserie traite en moyenne 2,65 tonnes de linge par jour pour le compte du centre hospitalier et d'établissements extérieurs tels que des maisons de retraite, des EHPAD, la maison d'arrêt de Chaumont, le commissariat de police. Elle emploie dix-sept agents.

Elle dispose d'un tunnel de lavage qui lave et essore en 45 minutes. Elle traite le linge plat et également le linge personnel que peuvent lui envoyer les différentes unités. Elle possède la capacité de marquer le linge personnel ; les vêtements des patients sont lavés le plus souvent par leurs familles. Le livret d'accueil précise que la blanchisserie peut laver le linge personnel.

Les draps sont changés deux fois par semaine. Les serviettes de toilette et les gants de toilette sont changés tous les jours.

Selon les unités, le lavage du linge personnel est assuré majoritairement par les familles, par la laverie du centre hospitalier ou par les machines à laver dont disposent les unités.

Un vestiaire a été constitué par la lingerie avec le linge non récupéré. Chaque unité dispose d'un stock de vêtements propres et immédiatement utilisables pour les patients démunis.

A MODADO, le linge sale en attente d'enlèvement est stocké dans les sanitaires des personnels.

Bonne pratique

Le linge personnel peut être lavé par le centre hospitalier de la Haute-Marne. Le livret d'accueil en précise les modalités.

Recommandation

Le stockage du linge sale à MODADO doit être effectué ailleurs que dans les sanitaires du personnel.

c) La propreté des locaux

Les contrôleurs ont constaté la propreté permanente et le bon entretien des locaux.

5.1.3 La sécurité

L'hôpital André Breton est clos par des murs et des grillages, ou des murs surmontés de grillage de hauteurs variables, supérieures à 2,50 m.

A l'hôpital André Breton, il n'existe qu'un seul accès commun aux véhicules et aux piétons : les véhicules doivent franchir une barrière et les piétons un portillon. Une personne surveille nuit et jour cet accès et gère les ouvertures de la barrière et du portillon. Un nombre restreint de personnes assure cette fonction de surveillance ; également elles gèrent les clés de différents locaux et tiennent le standard téléphonique du centre hospitalier. Les permanences sont assurées selon le cycle suivant : 5h – 13h, 13h – 20h et 20h – 5h.

Il n'existe aucune caméra de vidéosurveillance dans le centre hospitalier de la Haute-Marne.

Toutes les unités fermées (Brassens, Iris, Lilas, MODADO) possèdent un sas d'accès, les deux portes du sas doivent être ouvertes successivement pour entrer ou pour sortir. Au centre médical Maine de Biran, l'accès à chacun des deux étages est commandé par une porte fermée à clé ; l'accès au centre médical est également commandé par une porte fermée à clé. Ces clés sont détenues par le personnel du centre. Il faut sonner pour se faire ouvrir par un soignant.

Chaque soignant est porteur d'une alarme personnelle (PTI).

Une équipe d'« auxiliaires de soins » permet à l'hôpital André Breton d'avoir en permanence au moins une personne en capacité d'apporter un soutien physique aux personnels soignants en cas de difficulté avec un patient. Ce thème a été abordé dans le § 2.3.c *supra*.

5.1.4 Les transports

Pour les sorties de l'établissement, les patients ont le libre choix de l'entreprise de transport, que les véhicules soient ou non sanitaires. Les frais occasionnés sont à la charge des patients.

L'établissement dispose de véhicules pour assurer les transports nécessaires de patients pour les soins internes au centre hospitalier ou vers le centre hospitalier général ainsi que les activités thérapeutiques. En l'absence de marché passé avec une entreprise de transports, en cas de besoin, l'établissement fait appel à tour de rôle aux entreprises locales sanitaires ou non sanitaires.

Le parc des véhicules du centre hospitalier comptait 100 véhicules, dont 16 microbus de neuf places, à la date du 25 juin 2016 et est stable pour honorer les besoins suivants :

- les transports de patients et des personnels des sites (hôpitaux de jour, CMP, centres médicaux, etc.) des différents services des différents pôles sis à Saint-Dizier, Chaumont, Langres, Wassy, Joinville ;
- les transports logistiques tels que ceux des repas préparés dans le centre de groupement de coopération sanitaire (GCS) restauration vallée de la Marne pour l'ensemble des sites ;
- les véhicules techniques tels que les charriots élévateurs ou les tracteurs et remorque pour l'entretien du parc de l'hôpital André Breton.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ce parc automobile est adapté aux besoins du centre hospitalier de la Haute-Marne. Les unités implantées sur le site de l'hôpital André Breton utilisent les véhicules du site tandis que les unités éloignées ont des véhicules attribués.

5.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : LE TELEPHONE PORTABLE EST LIBRE SAUF RESTRICTIONS THERAPEUTIQUES.

5.2.1 Le téléphone

Le livret d'accueil indique que « des cabines téléphoniques à carte sont à disposition dans l'établissement ». Les contrôleurs ont pu s'assurer que les patients pouvaient téléphoner sur simple demande aux personnels soignants (cabine téléphonique, utilisation du poste du bureau infirmier ou encore mobile) et recevoir des appels. En effet, si le règlement intérieur proscrit l'utilisation de téléphones portables au sein de l'établissement, il a été précisé aux contrôleurs que, sur autorisation médicale, les patients pouvaient utiliser leur téléphone personnel, dans des créneaux horaires réservés, les appareils étant selon les cas individuellement conservés par le patient ou gardés dans le local de soins. A noter qu'à l'unité Les Iris les chargeurs ne sont pas laissés à la libre disposition des patients pour des raisons de sécurité mais placés dans le casier personnel situé dans le bureau du cadre infirmier (une dizaine de patients était détenteur de téléphone portable).

Les cartes téléphoniques de 5 ou 10 euros peuvent être achetées à la cafétéria pour les pôles de l'hôpital André Breton à Saint-Dizier et en ville pour les pôles du centre médical Maine de Biran à Chaumont.

L'unité Brassens ne dispose pas de cabine téléphonique. Les patients, sous réserve de conditions restrictives prescrites par le médecin, utilisent, sous contrôle des soignants le téléphone du service. Le téléphone portable n'est pas interdit, mais aucun patient présent n'en était détenteur lors de la visite des contrôleurs ; son usage est toujours sous contrôle.

Aux Lilas, un *point phone* a été installé dans le couloir qui conduit des chambres vers la salle à manger. Il permet d'appeler un numéro extérieur ou d'être appelé. Ce *point phone* ne permet pas de téléphoner en confidentialité. Un fauteuil a été placé à proximité, cependant il faut être debout pour composer le numéro. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ce téléphone est très rarement utilisé. Le personnel soignant prête le plus souvent son téléphone de service. Les téléphones portables sont conservés par les patients, sauf décision médicale contraire.

A Maine de Biran, chaque étage dispose d'une cabine avec un *point phone* ; l'isolation garantit la confidentialité des conversations. Les cartes téléphoniques peuvent être achetées à l'extérieur dans des commerces de proximité ; un soignant accompagne le patient dans ce cas. Les appels venant de l'extérieur sont reçus dans la cabine téléphonique ou dans le bureau des infirmiers. Les téléphones portables sont conservés par les patients, sauf décision médicale contraire. Les « règles du fonctionnement interne de l'unité » font apparaître que « il est interdit de prendre des photos ou des images filmées ».

L'unité MODADO - pédopsychiatrie - ne dispose pas de cabine téléphonique et les portables personnels sont interdits. Le service a cependant acquis cinq téléphones portables dépourvus de dispositif permettant de photographier. Ainsi les jeunes qui ont une carte SIM peuvent l'utiliser dans un portable du service ; les autres appellent du téléphone fixe de l'unité. Le règlement de fonctionnement limite à deux appels entrants et deux sortants par semaine. Les modalités de l'appel, libre ou médiatisé, relèvent du contrat de soins.



Le point phone des Lilas à Saint-Dizier



La cabine téléphonique du pôle Chaumont (1^{er} étage) à Chaumont

Bonne pratique

Pour les patients adultes, l'accès au téléphone est facilité et sous contrôle médical. Pour les patients mineurs, l'accès au téléphone est possible et contrôlé. L'absence de point phone dans les unités Brassens et MODADO est compensée partiellement par un accès facilité aux téléphones utilisés par le personnel soignant.

5.2.2 Le courrier

Dans tout l'établissement le principe est celui de la liberté d'envoyer et recevoir du courrier, le détail et les éventuelles restrictions étant réglés par le contrat de soins.

Il a cependant été précisé aux contrôleurs que certains courriers, notamment ceux venant de l'ARS comportant notification de l'arrêt d'admission, pouvaient être ouverts par les soignants.

Le vaguemestre effectue deux levées du courrier chaque jour, à l'exception du week-end : une à 11h dans toutes les unités et une avant 15h dans les services disposant d'un secrétariat. Le courrier est ensuite distribué par les soignants individuellement sous pli fermé. Le courrier des personnes détenues transite obligatoirement par l'établissement pénitentiaire.

Les contrôleurs ont observé que les patients disposaient du matériel nécessaire – papier, stylo, enveloppe – celui-ci pouvant si besoin être mis à leur disposition dans les services.

L'affranchissement est en général effectué par le patient ; des timbres peuvent être achetés à la cafétéria. L'affranchissement peut parfois être pris en charge par l'établissement sur demande des services et selon la situation personnelle du patient.

A Maine de Biran (Chaumont), le courrier est récupéré à *La Poste* par la secrétaire du centre médical ; il est remis aux patients par le personnel soignant. Les patients remettent leur courrier au départ aux infirmiers qui le remettent à la secrétaire du centre médical qui le dépose à *La Poste*.

5.2.3 La télévision

Chaque unité dispose de téléviseurs installés dans des salles de vie commune, spécialement aménagées en salon, et d'accès libre. Le choix des programmes est en général arrêté par le personnel soignant ; néanmoins, l'utilisation de la télécommande est libre et, selon les informations recueillies auprès des soignants, la gestion des chaînes ne soulève pas de difficulté. Les contrôleurs ont constaté que la télévision restait allumée malgré l'absence de patients dans la salle ou pendant des activités. Les téléviseurs sont en général arrêtés à l'issue du premier film de la soirée.

Les postes de radio lecteurs de CD (sans cordon) sont admis.

A l'unité MODADO – pédopsychiatrie – l'usage de la télévision est limité à la fin de l'après-midi (« après le goûter et en soirée ») et est soumis à « la condition d'un accord entre tous, patients et soignants, sur le programme choisi ».

5.2.4 L'informatique et l'accès à Internet

L'accès à Internet n'est pas prévu dans les unités qui ne disposent d'ailleurs pas de poste informatique destiné aux patients.

A l'unité Brassens, l'utilisation d'ordinateur portable est tolérée selon le règlement intérieur de l'unité et selon le projet de soins de chaque patient, mais il n'y a pas d'accès Internet.

A l'unité MODADO – pédopsychiatrie – le règlement de fonctionnement évoque la console, mais pas l'ordinateur en tant que tel. En pratique, l'ordinateur personnel est interdit. En revanche il existe un poste informatique relié à Internet utilisable par les jeunes patients sous le contrôle étroit et permanent d'un soignant.

Recommandation

Seule l'unité MODADO dispose d'un accès contrôlé à Internet pour les patients. Cette disposition mérite d'être étendue aux autres unités.

5.2.5 Les visites

Le règlement intérieur de l'établissement prévoit des horaires de visites de 8h à 20h tous les jours, horaires pouvant être aménagés par les chefs de service suivant les nécessités de l'unité, des dérogations ou limitations à cette règle pouvant également être apportées par le médecin responsable. L'application de ces règles fluctue d'une unité à l'autre :

Au centre de soins « La Fabrique du Pré » les visites sont autorisées de 10h à 20h sous réserve des soins et des activités.

Aux Iris, les visites se passent de 14 à 18h, tous les jours de la semaine.

A l'unité Brassens, les patients peuvent, selon leur état et leur projet de soins, recevoir des visites dans deux petites salles prévues à cet effet situées à l'entrée de l'unité et dont l'accès s'effectue par le sas d'arrivée. Il n'y pas d'horaires ni de jours de visite formalisés dans le règlement intérieur de l'unité, ni dans le livret d'accueil de l'établissement.

A l'unité Les Lilas, les visites ont lieu *a priori* dans les chambres, mais également dans les salles polyvalentes ou, selon la météo, dans le jardin. Les horaires des visites ne sont pas limités ; les départs les plus tardifs interviennent à 20h30. Si le règlement intérieur général prévoit des limitations d'âge pour les mineurs – 12 ans –, dans les faits aucune limitation d'âge n'est imposée.

Au centre médical Maine de Biran de Chaumont, les horaires de visite varient d'un pôle à l'autre : 8h à 20h, mais limitées à 19h sur prescription médicale afin de respecter les horaires de repas des patients, pour le pôle de Chaumont ; 13h30 à 18h30 au pôle de Langres.

Dans toutes ces unités les visites peuvent s'effectuer dans les chambres ou dans un salon d'accueil prévu à cet effet. Pour les patients admis en soins libres, les visites peuvent également se dérouler dans le parc.

A l'unité MODADO, les visites, médiatisées ou non selon le contrat de soins, sont autorisées tous les jours, de 17h à 18h30 en semaine et le week-end selon l'activité du service. Elles se déroulent dans une salle spécifique ; les modalités précises sont prévues par le contrat de soins.

5.3 DES LIEUX COLLECTIFS DIVERSIFIES ET DES ACTIVITES DE QUALITE, DONT L'ACCES EST TOUTEFOIS LIMITE POUR LES PATIENTS HOSPITALISES SOUS CONTRAINTE MALGRE LA VOLONTE DES SOIGNANTS

Outre l'accès au parc, les patients hospitalisés à Saint-Dizier, bénéficient de divers lieux collectifs, de repos ou d'activités. L'accès à ces lieux s'effectue selon le statut, l'état et le projet de soins de chaque patient. Il est de fait limité pour les personnes hospitalisées sous contrainte, celles-ci devant être systématiquement accompagnées d'un, voire deux soignants, notamment pour les patients admis en SDRE. En tout état de cause, la limitation d'accès aux lieux collectifs se trouve aggravée par la fermeture de toutes les unités, exception faite de La Fabrique des Prés.

L'accès au parc de l'hôpital n'est cependant pas autorisé, ni pour les patients des Lilas ni pour les personnes hébergées à l'EHPAD qui peuvent en revanche se rendre dans l'enclos du Verger – jardin clos – dont la porte est ouverte en journée de 8h à 20h quand il fait beau ou sur demande et sous le contrôle d'un soignant quand la météo est peu propice, comme c'était le cas lors de la visite des contrôleurs en février 2016.

Recommandation

Si les contrôleurs ont pu constater la volonté des soignants de faciliter l'accès des patients aux lieux collectifs et aux ateliers thérapeutiques situés à l'extérieur des unités, ils ont également mesuré que cette volonté est contrecarrée par la nécessité d'accompagner tous les patients en soins sans consentement par au moins un soignant, alors même que cet accompagnement systématique ne repose sur aucune directive écrite. Il appartient au centre hospitalier de clarifier les mesures d'accompagnement des patients.

A Chaumont, le parc situé au rez-de-chaussée n'est accessible depuis les étages que sur demande et sous l'encadrement d'au moins un soignant.

Il n'existe pas de bibliothèque commune, un projet avec la médiathèque municipale n'ayant pu aboutir. Chaque service dispose toutefois d'une petite salle dédiée à cet effet où sont entreposés quelques livres – dont le stock n'est pas renouvelé – et des revues apportées par les patients ou le personnel.

5.3.1 La cafétéria

Ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 11h45 et de 13h à 17h, la cafétéria est tenue par deux agents en poste aménagé, qui gèrent directement leurs commandes. Les patients peuvent y trouver des boissons, des confiseries, ainsi que divers objets tels que bijoux, écharpes, bibelots, articles de maroquinerie, etc. Les agents ont indiqué aux contrôleurs connaître individuellement chaque patient ce qui leur permet d'adapter leurs demandes au cas par cas en tenant compte de leurs régimes.

L'accès à la cafétéria est totalement libre pour les personnes admises en soins libres (y compris pour ceux de « La Fabrique du Pré », la porte donnant accès au parc de l'établissement leur étant alors ouverte par un soignant). L'accès est également possible aux patients sous contrainte sous réserve d'un accompagnement par un soignant.

De manière très ponctuelle, un mineur peut être accompagné à la cafeteria pour y effectuer un achat.

Le centre médical Maine de Biran à Chaumont ne dispose pas de cafétéria. Deux distributeurs de boissons à pièces sont accessibles dans les salles à manger ouverte en permanence. Une fontaine à eau réfrigérée est placée dans l'accès de chaque salle à manger. Les patients sont accompagnés par un soignant pour aller faire des courses en ville, en cas de besoin.

Recommandation

Sur le site de l'hôpital André Breton, l'accès des patients à la cafétéria n'est pas possible pendant les week-ends et les jours fériés, alors que les visites sont nombreuses et les activités thérapeutiques réduites ou inexistantes. Une réflexion doit être conduite en relation avec celle sur le maintien d'un accompagnement systématique des patients sans motivation thérapeutique.

5.3.2 La Banque des Hospitalisés

Ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 11h30 et de 13h à 15h30, cette banque est tenue est par les deux agents en charge de la cafétéria. Elle gère les biens des majeurs protégés suivis par le mandataire de l'établissement ou sous tutelle familiale, y compris pour les patients qui ne sont plus hospitalisés, et ceux de tout autre patient sur demande des assistants sociaux.

5.3.3 Les installations sportives

Les activités sportives peuvent se dérouler dans un gymnase situé non loin de l'unité Les Iris. Ce lieu est ouvert à toutes les unités : hospitalisation complète, hospitalisation de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, pédopsychiatrie (CATTP) à raison d'un après-midi par semaine.

Les activités sont organisées par deux infirmiers, dont un à mi-temps. L'un d'eux est titulaire du brevet d'Etat délivré par le ministère de la jeunesse et des sports ; le second est en cours de préparation de ce diplôme.

Les activités proposées au gymnase sont : le volley-ball, l'escalade, le basket-ball, le football en salle, jeux de raquettes, tennis de table ou encore des jeux collectifs tels que ballon, quilles, pétanques.

La capacité maximale du gymnase, lorsque les deux éducateurs sportifs sont présents est de quinze patients. Toutes les activités se font sur prescription médicale.

A noter que le gymnase est également utilisé pour la gymnastique douce et pour des représentations diverses comme les bals, les spectacles ou animations.

Deux salles de musculation sont par ailleurs à disposition des patients : l'une à La Fabrique du Pré où se déplacent les éducateurs sportifs ; l'autre à Pussin – près du gymnase – accessible à tous les patients de l'établissement.

Au-delà de ces activités en salle, les éducateurs sportifs organisent des randonnées par groupe, ouvertes à tous les patients de l'établissement : deux fois par semaine des marches sont organisées à proximité de l'établissement (dans les bois, le long du canal ou encore en ville) ; une fois par semaine une sortie en microbus permet une randonnée en un lieu plus éloigné (un groupe le matin pour les patients de La Fabrique du Pré et un autre l'après-midi pour les patients des autres unités).

Enfin un partenariat avec l'association Sport en Tête a permis la participation de certains patients à des rencontres sportives de l'Est de la France et à des séjours sportifs d'une semaine (voile, randonnée notamment sur le GR 20, rafting). En 2015, l'établissement a pu mettre en place deux séjours de trois jours à la montagne, pour partie financée par le club ARETHUS créé au sein de l'hôpital.



Gymnase

5.3.4 Les ateliers d'ergothérapie

Ces ateliers sont animés chaque jour par une monitrice et une infirmière, personnel auquel s'ajoute une infirmière le vendredi. Les modes d'expression dispensés sont la vannerie, la poterie et la mosaïque. Les patients hospitalisés sous contrainte peuvent y être accueillis dès lors qu'ils sont accompagnés d'un soignant. Pour permettre aux patients de l'unité Les Iris de bénéficier de ces activités, un ergothérapeute se rend une demi-journée par semaine dans ce service.

En partenariat avec la ville, l'atelier organise, avec celui d'art thérapie, des visites au musée municipal et des travaux sur place de reproduction d'œuvres d'art et participe à des fouilles archéologiques.

Jouxtant les locaux d'ergothérapie, deux ateliers l'un de ferronnerie, l'autre de menuiserie sont actuellement fermés, faute de formateur. Toutefois un patient, menuisier de son état, continue d'utiliser le matériel pour fabriquer les fonds des objets en vannerie.



Ateliers d'ergothérapie



Ateliers ferronnerie et menuiserie

5.3.5 L'Espace Esquirol

Ancien bâtiment hospitalier converti en espace culturel, ce lieu accueille : des expositions d'œuvres de patients ; des réunions ; quelques activités sportives (aïkido et relaxation) ouvertes à tous les patients sur prescription médicale ; un atelier d'écriture ouvert depuis le 20 janvier 2016 pour une dizaine de patients par séance venant de toutes les unités (exception faite pour l'instant des patients des Iris) et animé par un écrivain ; un atelier d'art thérapie ouvert cinq jours par semaine principalement pour les personnes en CATTP et quelques patients en hospitalisation de jour, animé par deux infirmiers bénéficiant d'une formation art thérapie, en liaison avec le musée grâce à une convention ville/hôpital. Tous les quinze jours un responsable du musée municipal vient passer un moment dans l'établissement, en alternance à l'atelier d'art thérapie et à celui d'ergothérapie. Les animateurs de cet atelier interviennent deux demi-journées par semaine à l'unité Les Iris à défaut pour les patients de pouvoir se rendre à l'atelier.



Atelier d'art thérapie

5.3.6 L'atelier de musico thérapie

Deux infirmiers ayant bénéficié d'une formation « musique » validée par un certificat délivré par l'IFIS, interviennent sur cet atelier installé dans une salle du bâtiment Pussin. Les séances se déroulent tous les jours de la semaine, par demi-journée, de 9h à 11h30 et de 13h à 17h. Des activités chant et karaoké sont organisées en transversal au niveau des unités. Le travail avec les instruments s'effectue soit en groupe dans les unités, soit en individuel dans la salle de musique où les patients, et plus particulièrement ceux de l'unité Les Iris, se rendent accompagnés.



Instruments de l'atelier de musico thérapie

Pour les patients de l'unité MODADO, la plupart des activités sont organisées dans des locaux relevant du secteur infanto-juvénile (hôpital de jour situé à proximité immédiate de MODADO). Les mineurs bénéficient aussi de créneaux spécifiques (hors présence d'adultes) dans des pavillons équipés pour des activités (Esquirol, Pussin).

A l'unité Les Iris, les patients, dont les accès aux lieux collectifs sont de fait limités, disposent d'une grande salle d'activité au sous-sol du bâtiment dans laquelle des ateliers thérapeutiques sont animés, sur prescription médicale, par le personnel de la « socio » : art-thérapie, musique, relaxation-sport, ergothérapie ; on y trouve aussi un salon avec un grand poste de télévision ; des appareils sportifs servent de support lors des séances de sport : une table de ping-pong, deux vélos elliptiques, un rameur.

Du fait de l'éloignement, les personnes hospitalisées au centre médical Maine de Biran à Chaumont ne peuvent bénéficier de ces différentes infrastructures. Elles peuvent cependant avoir accès à plusieurs activités thérapeutiques (ergothérapie, art thérapie, musicothérapie) dont certaines sont communes aux deux pôles de cet établissement et à l'unité d'hospitalisation de jour Les Abbés Durand de Langres.

5.4 L'ACCES AU TABAC EST GLOBALEMENT BIEN GERE, A L'EXTERIEUR DES UNITES EXCLUSIVEMENT

L'article 47 du règlement intérieur de juillet 2007 prévoit les dispositions suivantes

« Cette interdiction [de fumer] est également applicable aux chambres dans la mesure où celles-ci sont assimilables à des lieux affectés à un usage collectif. Ne sont en revanche pas concernées les chambres des personnes accueillies dans les unités de soins de longue durée ou à la maison d'accueil spécialisée qui sont assimilables à des espaces privatifs. Il est cependant strictement interdit dans ce service de fumer dans les lits. De même, l'autorisation de fumer ne sera pas accordée si un patient fumeur partage sa chambre avec un patient non-fumeur ».

Les contrôleurs ont pu constater que l'interdiction de fumer à l'intérieur des locaux, prévue par décret, était respectée. Cependant la dérogation prévue par le règlement intérieur pour fumer dans les chambres des unités de soins de longue durée, donc de toutes les unités fermées, n'était pas de fait accordée.

En l'absence de fumeur, c'est-à-dire de pièce équipée d'extracteur de fumée, les fumeurs fument à l'extérieur dans les jardins fermés de chaque unité. Les portes donnant sur ces jardins sont ouvertes dans la journée et quand les conditions météorologiques sont satisfaisantes ; ainsi pendant la visite des contrôleurs, en raison des conditions hivernales (froid, pluie et vent) ces portes étaient ouvertes sur demande d'autant que ces jardins ne disposent pas tous de partie abritée. Au centre médical Maine de Biran, chaque étage possède un balcon abrité et sécurisé qui accueille les fumeurs. La nuit, selon les unités, il est ou non possible de fumer.

La consommation de cigarettes pour les patients en soins sans consentement ou en soins libres est le plus souvent contrôlée par les soignants qui conservent tabac et briquets en fonction de l'état du patient, par exemple :

- aux Iris, les soignants gèrent les modalités de consommation : les horaires et la quantité (même) ;
- à MODADO, sous réserve de l'accord du représentant légal, les jeunes peuvent être autorisés à fumer. Cigarettes et briquets sont entreposés dans un casier au nom du jeune, dans le bureau des soignants. Le nombre de cigarettes est limité à huit par jour, réparties au cours de la journée. Une aide au sevrage est systématiquement proposée aux fumeurs. Au moment de la visite, seule une jeune était demandeuse, et ses parents ne l'avaient pas autorisée à fumer ;
- à Brassens, la gestion des cigarettes est assurée par les soignants en fonction du budget alloué par les familles ou les tuteurs. Un tableau horaire de distribution des cigarettes est établi pour chaque fumeur. Une petite salle est dédiée au stockage et à la gestion des cigarettes.



Tableau horaire et gobelet nominatifs de distribution des cigarettes.

Si les cigarettes ne sont pas apportées par les parents lors des visites, ou par le patient à l'issue d'une sortie, l'achat s'effectue en compagnie d'un soignant, avec l'argent du patient.

5.5 LES SOINS SOMATIQUES : ILS SONT PRESENTS MAIS A MINIMA ; LA SURVEILLANCE DES PATIENTS SOUS CONTENTION INSUFFISANTE

5.5.1 L'accès au médecin généraliste

Pour le site de Saint-Dizier du centre hospitalier un seul médecin généraliste assure les soins somatiques, passant deux à trois fois par semaine dans chaque unité. Il n'est pas prévu de visite systématique du médecin généraliste pour les patients mis sous contention. L'ensemble des soignants rencontrés estiment insuffisant l'offre de soins somatiques.

Recommandation :

Il est nécessaire de prévoir un temps de médecin généraliste ou somaticien suffisant pour permettre un passage quotidien dans toutes les unités et de mettre en place un programme de prévention et d'éducation.

Recommandation

Il faut prévoir une visite quotidienne systématique par un médecin généraliste ou somaticien pour les personnes placées sous contention.

Pour le site Maine de Biran, une convention a été réalisée avec un praticien généraliste libéral qui passe tous les jours.

5.5.2 Les consultations spécialisées

Les consultations spécialisées ont lieu au sein du centre hospitalier général.

5.5.3 La pharmacie

Le site de Saint-Dizier du centre hospitalier bénéficie d'une prescription informatisée et d'une pharmacie sur place.

Sur le site de Maine de Biran les prescriptions ne sont pas informatisées et les médicaments sont fournis par une officine de ville qui livre les produits médicamenteux trois fois par semaine, en convention avec le centre hospitalier de la Haute-Marne.

Recommandation :

Une mise en cohérence de l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments doit être recherchée entre les différents sites d'hospitalisation du centre hospitalier de la Haute-Marne.

5.5.4 Le laboratoire

Sur le site de Saint-Dizier, les prélèvements sont déposés à la pharmacie avant d'être acheminés au centre hospitalier général de rattachement. Les résultats sont obtenus en ligne sur ordinateur.

Pour le site Maine de Biran, ce sont les soignants qui transportent eux-mêmes les prélèvements au centre hospitalier général de rattachement. Les résultats sont obtenus en retour par télécopie et courrier ou par téléphone s'ils sont urgents.

5.5.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le centre hospitalier de la Haute-Marne dispose d'un CLUD qui s'est réuni à trois reprises en 2015 (mars, juillet et novembre) et dont les contrôleurs ont pu consulter les comptes rendus.

5.5.6 Le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS)

Il n'y a pas de COVIRIS, la coordination des vigilances et des risques associés aux soins est traitée par un ensemble de commissions : gestion des risques *a priori*, gestion des risques à postériori, CREX. Les contrôleurs ont pu consulter les comptes rendus de ces commissions.

Depuis 2014 l'établissement dispose d'un « logiciel qualité » traitant une base documentaire et la gestion des risques.

Pour l'année 2015, sur 963 événements indésirables déclarés, 9,35 % concernaient la prise en charge et les soins, 4,90 % les médicaments.

5.6 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION : UN USAGE RAISONNE DE LA CONTENTION, MAIS DES INSTALLATIONS INADAPTEES DANS CERTAINES UNITES (IRIS ET BRASSENS)

Le centre hospitalier de la Haute-Marne dispose de six chambres d'isolement, quatre sur le pôle intersectoriel de Saint-Dizier (deux au pavillon Brassens et deux au pavillon Iris) et deux sur le site de Maine de Biran (une sur le secteur Chaumont et une sur le secteur Langres).

Si les chambres d'isolement du site Maine de Biran n'appellent pas de commentaire, celles du site de Saint-Dizier posent un certain nombre de questions quant à l'absence de fenêtre, de sonnette d'appel, de pendule, sur la présence de peinture sombre sur la totalité des surfaces (sol, murs, plafond) et de lit métallique fixé au sol au milieu de la pièce.

Recommandation

Il convient de réaménager les chambres d'isolement ne disposant pas de fenêtre ni de sonnette d'appel, ni de toilettes. Il convient de changer les lits métalliques au profit de lits en mousse, comme c'est le cas de Maine de Biran, et de prévoir une pendule.

L'utilisation des chambres d'isolement tout comme la contention sont alléguées comme rares par les soignants, elles répondent obligatoirement à une prescription médicale. Une « procédure d'utilisation des chambres d'isolement thérapeutique » datant du 29 mars 2013 et une « procédure de contention physique » datant du 11 avril 2014, consultable en ligne sur le logiciel Cariatide sont communes à toutes les unités. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces procédures sont en cours de révision.

Les modalités de placements et la surveillance sont tracées dans le dossier médical des patients, mais il n'y pas de registre relatif à l'utilisation de ces chambres ni de la pratique de la contention et aucun moyen informatique d'en évaluer l'utilisation.

Un flou important existe par ailleurs dans certaines unités quant au concept d'isolement. Ainsi à l'unité Brassens toute fermeture de porte de chambre, quel qu'en soit le motif et la durée est considérée comme mise en isolement. L'unité Brassens aurait ainsi comptabilisée 10 978 séquences d'isolement pour l'année 2015.

Recommandation

Il est nécessaire de prévoir une méthode commune de décompte des mises à l'isolement, qui ne s'effectuent pas dans les chambres d'isolement, pour l'ensemble des unités.

Les chiffres communiqués aux contrôleurs font état pour l'année 2015 de 561 patients placés à l'isolement, représentant 697 journées et 12 097 séquences.

Il n'y a pas de suivi systématique par un généraliste des patients sous contention et/ou en chambre d'isolement.

Recommandation

Un registre d'utilisation des chambres d'isolement et de la contention doit être mis en place conformément aux dispositions de l'art. L 322-5-6 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

L'utilisation des chambres d'isolement est alléguée comme rare par les soignants, une fois par semaine voire par quinzaine, il répond obligatoirement à une prescription médicale. Une « procédure d'utilisation des chambres d'isolement thérapeutique » datant du 29 mars 2013 et une « procédure de contention physique » datant du 11 avril 2014, consultable en ligne sur le logiciel Cariatide sont communes à toutes les unités.

5.7 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES : UNE PRISE EN CHARGE GUIDEE PAR UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE ET NON SECURITAIRE

Une convention relative à la prise en charge des détenus hospitalisés d'office en provenance de la maison d'arrêt de Chaumont a été signée le 31 janvier 2007 par la direction du centre hospitalier et la direction de la maison d'arrêt de Chaumont. Cette convention est conforme aux dispositions du code de procédure pénale (articles D 394 et D 398) et à l'article L 3214-5 du code de la santé.

Elle règle les modalités de transfert, à l'aller et au retour et les conditions spécifiques d'hébergement aux personnes détenues, qu'il s'agisse de personnes condamnées ou de personnes placées en détention provisoire.

Il n'existe pas d'unités réservées spécifiquement à l'hospitalisation de personnes incarcérées qui sont systématiquement admises à l'unité fermée Les Iris.

Le nombre d'hospitalisations est faible. C'est ainsi qu'en 2015 quatre patients détenus ont été admis en soins sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat, la durée de leur séjour étant de deux jours pour l'un, trois jours pour le deuxième, huit jours et vingt-cinq jours pour les deux derniers.

Dès notification de l'arrêté d'admission sous contrainte, l'établissement va chercher, dans les meilleurs délais, le patient à la maison d'arrêt de Chaumont en envoyant une équipe composée de deux ambulanciers et de deux infirmiers.

Lors de l'arrivée dans l'unité, le patient détenu est mis en pyjama et placé en chambre d'isolement jusqu'à la consultation du psychiatre. Il est exceptionnellement sédaté.

Il a été précisé que le médecin se déplace en général dans un délai très rapide ; selon prescription médicale, le patient sera maintenu en chambre d'isolement ou se verra attribuer une chambre identique à celle des autres malades et les modalités de son séjour ne seront pas différentes de celles des patients hospitalisés sous contrainte. Il bénéficie de l'accès aux locaux communs aux activités et prend ses repas en compagnie des autres patients.

Bonne pratique

La prise en charge des patients détenus se fait à l'identique de celle des autres patients en fonction de leur état clinique. Cette bonne pratique est suffisamment rare pour être signalée.

Il est autorisé à sortir et à fumer dans l'espace dédié à tous les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Il a été dit aux contrôleurs que le séjour des détenus était particulièrement court, la pathologie ayant conduit à la demande d'admission en soins sur décision du représentant de l'Etat étant réactionnelle à un événement conjoncturel en détention.

Le retour en maison d'arrêt est souhaité, voire demandé par le patient.

Selon les renseignements recueillis l'arrêté de mainlevée du préfet n'a jamais été refusé.

L'établissement en informe la maison d'arrêt qui envoie une escorte pénitentiaire chargée d'effectuer le retour.

Les seules restrictions des droits sont :

- l'impossibilité de recevoir et d'envoyer du courrier ;

- l'interdiction de téléphoner ;
- la limitation des visites aux seules autorisées par le directeur de la maison d'arrêt et par le juge d'instruction.

Au moment où il quitte l'unité hospitalière, la personne détenue subit une fouille pratiquée par un agent pénitentiaire, dans un local mis à disposition par l'hôpital immédiatement à la sortie de l'unité.

Recommandation

Si le protocole établi entre la maison d'arrêt et le centre hospitalier prévoit que le patient détenu peut recevoir des visiteurs dans des conditions précises comme prévu par l'article 35 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, il ne prévoit pas la possibilité de téléphoner, ni de correspondre par courrier ni de dialoguer avec un avocat comme cela est prévu par les articles 25, 39 et 40 de cette même loi. Ces droits doivent être ajoutés.

6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

6.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE GENERALE DE SAINT-DIZIER

6.1.1 Le centre de soins de la Fabrique du Pré à Saint-Dizier : un lieu ouvert, sans chambre d'isolement, sans contention

Seule unité ouverte d'hospitalisation complète du centre hospitalier de la Haute-Marne, elle est réservée, sauf très rares exceptions, aux patients admis en soins libres. Séparée du reste de l'établissement par un grillage doté d'une porte fermée à clé mais pouvant être ouverte à la demande, elle a un accès direct sur la ville par la rue des Lachats. Pour des raisons de sécurité les portes de l'unité sont fermées de 20h30 à 7h30 ; les patients ont néanmoins la possibilité de sortir entre 22 et 23h.

L'unité comprend trente lits, repartis dans vingt-six chambres individuelles et deux chambres doubles, dont deux chambres pour personnes à mobilité réduite, situées en rez-de-chaussée. Outre les sanitaires individuels équipant chaque chambre, les patients disposent d'une salle de bain et d'un local de balnéothérapie.

Les repas sont pris dans la salle à manger et diverses salles sont réservées aux activités : musculation, relaxation/musicothérapie, détente, poterie, art thérapie, salon esthétique, activités polyvalentes.

L'ensemble est clair, propre, bien entretenu.

a) Les personnels

L'équipe médicale est composée de deux psychiatres intervenant également en centre médico-psychologique (CMP), d'un interne, d'un praticien hospitalier à temps partiel et d'un addictologue présent à raison d'une demi-journée par semaine.

Le personnel non médical comprend un cadre de santé, vingt et un infirmiers, trois aides-soignants et une aide médico-psychologique.

Les équipes de soins sont constituées de trois infirmiers et d'un aide-soignant par demi-journée (matin et après-midi) et de deux infirmiers la nuit.

b) Les patients

Selon les informations recueillies auprès des soignants, 80 % des patients hospitalisés dans cette unité dépendent plus d'un accompagnement médico-social que d'un suivi psychiatrique.

Par ailleurs bon nombre de patients entrent et sortent plusieurs fois au cours d'une même année. La file active a ainsi augmentée régulièrement depuis 2013, passant entre ces deux années de 272 à 297 ; le nombre de journées d'hospitalisation a cependant diminué (8 810 en 2013 contre 8 617 en 2015).

L'unité ne pratique ni isolement ni contention ; la chambre d'isolement qui existait initialement dans l'unité a été transformée en salle d'entretien.

c) La prise en charge thérapeutique

i) La vie quotidienne

La journée est rythmée par les repas (petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 11h45, éventuelle collation à 16h et dîner à 18h45) et les activités qui priment sur les visites. Le rythme est similaire à celui décrit *infra* au § 6.3.2.d.

Les patients ont totale liberté d'aller et venir dans l'enceinte de l'établissement comme à l'extérieur.

ii) Les activités

Différentes activités sont proposées aux patients dont certaines font partie du projet thérapeutique (art thérapie, musicothérapie, activités sportives, relaxation, ergothérapie). Les plannings sont établis avec les intervenants. Des groupes de parole, des jeux de société, des ateliers de créativité sont également conduits par le personnel soignant selon ses disponibilités.

iii) Les soins

La présence permanente de psychiatres et celle régulière de somaticiens assurent au patient une bonne qualité de soins et d'écoute, les rencontres pouvant s'effectuer sur demande auprès du personnel soignant ou d'initiative du médecin.

Les entretiens avec les soignants sont nombreux et souvent spontanés comme ont pu le constater les contrôleurs lors de leur visite.

6.2 LE POLE INTERSECTORIEL DE PSYCHIATRIE GENERALE (TROIS UNITES : IRIS, LILAS, BRASSENS)

6.2.1 Présentation générale

Le pôle intersectoriel de psychiatrie générale compte trois unités : les Iris, les Lilas et Georges Brassens la plus souvent dénommée Brassens.

6.2.2 L'unité les Iris

a) Les locaux

Cette unité dispose sur deux étages de dix-neuf chambres individuelles et de trois chambres doubles pour un total de vingt-cinq lits d'hospitalisation, plus deux chambres d'isolement.

Toutes les chambres comportent outre un mobilier adapté une salle d'eau avec douche, WC, lavabo avec tablette et miroir.

L'unité dispose également d'une salle de bain, en cours de réfection et de trois WC communs hors chambre.

Les autres locaux se composent : d'une salle commune qui sert également de salle à manger, de deux salons équipés de téléviseurs, d'une salle d'activité avec table de ping-pong, d'une salle de baby-foot, d'une salle d'activité esthétique d'une bibliothèque, de deux salles de visites pour les familles d'une terrasse fermée, de deux bureaux médicaux, d'un bureau infirmier d'une salle de soins, d'une pharmacie, d'un bureau assistante sociale et d'un bureau cadre de santé.

b) Les personnels

Les ressources humaines de l'unité Iris se composent comme suit :

	Budgété	Pourvu
Ph psychiatre	4	2,35
contractuel	2	1,4
interne	1	1
Cadre de santé	1	1
IJE	2,85	2,85
Aide-soignant	5	5
Psychologue	1 pour le pôle	?
ASH	4	4
Assistante sociale	1 (pour le pôle psychiatrique)	0,60 à Iris
Personnel socio-éducatif	nc	nc

c) Les patients

Lors de la visite des contrôleurs vingt-deux patients étaient hébergés, seize hommes et six femmes.

	Hommes	Femmes
ASPRE	3	0
<i>urgence</i>	1	
<i>maire</i>	1	
<i>détenu</i>		
<i>décision judiciaire</i>	1	
<i>transformation SDT=>SRE</i>		
ASPT total	7	5
<i>DT</i>	2	
<i>urgence</i>	2	2
<i>péril imminent</i>	3	3
Soins libres	6	1
Total patients hospitalisés le 4 février 2016	16	6

Le patient le plus âgé avait 92 ans et le plus jeune, 25 ans. Le patient présent depuis le plus longtemps était hospitalisé depuis 440 jours.

Treize patients étaient en programme de soins.

Huit patients étaient sous tutelle.

Deux patients étaient en chambre d'isolement, l'un depuis le 31 décembre 2015, l'autre depuis la veille. Un patient était sous contention depuis la veille.

d) La prise en charge thérapeutique

i) La vie quotidienne

Iris est une unité fermée bien qu'avec une majorité de patients en soins libres (75 %).

La journée type s'organise comme suit :

- 7h30 lever ;
- 8h à 8h45 petit déjeuner et distribution des traitements ;
- 11h45 à 12h30 déjeuner et distribution des traitements ;
- 16h goûter ;
- 18h45 à 19h30 dîner et distribution des traitements ;
- 21h tisane ;
- 21h30 distribution des traitements du coucher ;
- 23h tous les patients doivent être dans leur chambre.

Les chambres sont fermées par le personnel de 9h à 13h et de 17h30 à 19h30. Cette pratique est nécessaire, selon les soignants, pour favoriser une vie sociale autant que pour faciliter le travail d'entretien des chambres par le personnel hospitalier

C'est au cours de la matinée qu'ont lieu les consultations médicales et le plus souvent les entretiens avec le psychologue.

L'après-midi est rythmé :

- par les visites qui sont autorisées de 13h30 à 19h. Les visiteurs n'ont pas accès aux locaux communs mais peuvent se rendre, sur autorisation, dans la chambre du malade ;
- par les activités et les moments de jeux et d'échanges organisés dans la salle commune par les équipes d'infirmiers.

En fin de matinée et de l'après-midi, les contrôleurs l'ont constaté, la télévision est regardée par beaucoup de patients ; le choix des programmes est « guidé » par les soignants et pose rarement des difficultés.

Les repas sont toujours pris en commun et servis par l'équipe soignante composée à ce moment-là de deux ou trois infirmiers et de deux aides-soignants.

Les contrôleurs qui ont participé à un déjeuner, ont constaté le peu d'échanges entre les patients qui se placent comme ils le souhaitent mais quittent très vite la table ; les soignants sont attentifs à s'assurer du bon déroulement du repas.

ii) Les activités

Outre la possibilité pour les patients de jouer au baby-foot dans la salle commune, de regarder la télévision et de participer à des jeux de société, l'accès à des activités spécialement prescrites par leur médecin est organisé quotidiennement.

Ces activités se déroulent dans une grande salle dédiée située à l'étage inférieur du bâtiment.

Animées par des infirmiers spécialement formés, elles sont réparties sur l'ensemble de la semaine comme suit :

- lundi, relaxation ;
- mardi, art thérapie et musicothérapie ;
- mercredi, art thérapie ;
- jeudi, ergothérapie.

En outre, un atelier d'esthétique, réalisé et animé par des soignants attachés à l'unité les Iris est particulièrement apprécié des patients. Une prescription médicale n'est pas nécessaire pour y participer.

Dans cet espace de loisirs, les patients ont à disposition des vélos d'intérieur, un rameur et une table de ping-pong.

Si certes l'équipe soignante peut, d'initiative, organiser des sorties, de telles pratiques sont rares et il n'a pu être donné d'exemples récents relatant une sortie thérapeutique.

6.2.3 L'unité Les Lilas

Le bâtiment de l'unité de géro-psycho-geriatrie Les Lilas est relié par un couloir à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Le Verger I. Cet EHPAD comporte deux secteurs dénommés Verger I et Verger II, également reliés par un couloir, dont la mission est l'hébergement temporaire ou la prise en charge de personnes âgées atteintes de démences de type Alzheimer.

Les chambres des Lilas occupent l'aile du bâtiment se situant à gauche de la porte d'entrée ; sur la droite de l'entrée, un couloir dessert cinq chambres du Verger I, la salle à manger et les pièces communes qui donnent dans les dix autres chambres du Verger I et conduisent dans un autre couloir qui aboutit au Verger II. Le Verger II possède vingt-cinq chambres.

Le bâtiment des Lilas est neuf ; il accueille à l'étage un accueil de jour pour personne âgées.

L'accès aux Lilas est prévu par la double porte des Lilas ou par les doubles portes des Verger I et II. Ces accès sont contrôlés par des soignants.

a) Les locaux

Les Lilas disposent de cinq chambres à un lit, chacune avec une salle d'eau attenante. L'ensemble est équipé de façon complète et fonctionnelle.

Chaque chambre, avec sa salle d'eau, a une superficie comprise entre 15 m² (trois chambres) et 19 m² (une chambre).

Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, d'une table roulante à hauteur variable, d'une table de nuit, d'un fauteuil, d'un placard comportant une penderie et des étagères.

La fenêtre est coulissante ; elle ne peut pas être ouverte sur plus de 10 cm. Les volets sont roulants et à commande électrique.

L'éclairage de la chambre est constitué par une rampe fixée au-dessus du lit et comportant deux néons dirigés vers le haut pour éclairer la pièce, une veilleuse et une liseuse ; lors de la visite des contrôleurs, les liseuses ne fonctionnaient pas. Ces lampes peuvent être commandées depuis le lit ou des interrupteurs placés à proximité de la porte d'entrée.

Chaque chambre dispose de prises pour brancher un téléviseur.

Les portes donnant sur le couloir peuvent être fermées à clé par le personnel mais non par le patient.

La salle d'eau comporte une douche à l'italienne, un WC avec abattant, un lavabo surmonté d'un miroir et d'une lampe à néon, mais sans planchette – les patients posent leurs affaires sur le bord du lavabo. Les salles d'eau sont équipées de patère et de porte-serviettes. Il n'y a pas de séparation physique entre la douche et le reste de la salle d'eau. Une rampe est vissée à côté du WC et une autre à côté de la douche ; un siège amovible est fixé sous la douche. La douche et le lavabo sont équipés de mitigeurs.

La porte de la salle d'eau peut être fermée de l'intérieur.

Une machine à laver a été installée dans un local attenant aux chambres. Le linge est mis sur un étendoir dans la salle d'activités qui est rarement utilisée.

La salle à manger est climatisée.

Le parc des Lilas est un espace non couvert de 2 000 m², enclos par du grillage, avec quelques arbres. La partie la plus proche de la salle de séjour est dallée ; un vaste vélum est déplié par beau temps pour abriter les patients du soleil. Des meubles de jardin sont rangés dans un abri, en attendant des jours meilleurs.



Le jardin des Lilas



La terrasse des Lilas

b) Les personnels

L'équipe médicale des Lilas est composée du médecin psychiatre chef du pôle intersectoriel de psychiatrie générale, qui intervient à raison d'une demi-journée par semaine – le mardi matin ou après-midi – et sur appel du personnel soignant, et du médecin gériatre chef du pôle de prise en charge des personnes âgées, qui intervient quotidiennement à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Le Verger et sur appel téléphonique du personnel soignant.

Le personnel non médical comprend pour l'unité Les Lilas et le Verger I un cadre de santé, six infirmières ou infirmiers diplômés d'Etat (IDE), douze aides-soignants (AS), neuf agent des

services hospitaliers (ASH) ou contractuels assimilés, ainsi que partagés avec le Verger II une animatrice, un neuropsychologue, et à mi-temps un ergothérapeute. Pour le Verger II, le personnel non médical comprend des IDE, des AS et des ASH.

Les équipes de soin des Lilas et du Verger I sont constituées :

- le matin (6h – 13h45) : un IDE et trois AS, avec un ASH ;
- l'après-midi (13h15 – 21h) : un IDE et deux AS, avec deux ASH ;
- la nuit (20h45 – 6h15) : deux AS. Cette équipe assure la permanence également pour le Verger II ; un des deux AS appartenant au personnel du Verger II.

Le personnel des équipes de nuit participe au travail de jour de façon à assurer un roulement entre les aides-soignants.

c) Les patients

La capacité d'accueil des Lilas est de cinq personnes, en soins libres ou en soins sous contrainte. Lors de la visite des contrôleurs, l'unité accueillait trois patientes dont une en soins sans consentement – soins psychiatriques pour péril imminent. La durée d'hospitalisation la plus longue était de 240 jours. Toutes les patientes recevaient des visites. La plus jeune avait 75 ans, la plus âgée, 84 ans. Aucun patient n'était inscrit à des activités de médiation thérapeutique.

Entre 2013 et 2015, aucun patient n'a été hospitalisé en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat. En 2013 et en 2014, respectivement un patient a été hospitalisé aux Lilas à la demande d'un tiers pour des durées de 6 et 23 jours ; ces patients sont passés ensuite en soins libres. En 2015, un patient a été hospitalisé aux Lilas pour péril imminent pendant 115 jours (près de 4 mois) et l'était encore en 2016 lors de la visite des contrôleurs. Les durées moyennes de séjour (DMS) et d'hospitalisation (DMH) étaient donc en 2013 de 90 et de 55 jours, en 2014 de 49 et de 37 jours, et en 2015 de 143 et de 82 jours.

d) La prise en charge thérapeutique

i) La vie quotidienne et les activités

Le rythme de la vie quotidienne et les activités des patients des Lilas sont ceux des résidents de l'EHPAD. Aucune activité thérapeutique n'est prévue.

ii) Les soins

La dispensation des médicaments intervient au cours des repas pris en commun dans la salle à manger des Verger.

Les éventuelles contentions sont prescrites par le médecin psychiatre ou le médecin gériatre, avec mention de « si besoin ». La nuit les aides-soignants sont autorisés à mettre en place les contentions pour les patients relevant de telles prescriptions.

Recommandation

Il doit être mis fin à l'utilisation des prescriptions de contention « si besoin » par les aides-soignants la nuit dans l'unité les Lilas.

6.2.4 L'unité Georges Brassens

L'accès à l'unité s'effectue par un sas fermé dont l'ouverture par les soignants s'obtient par une sonnette extérieure. L'arrivée dans l'unité se fait directement dans une grande salle qui sert de salle à manger et de salle d'activité au carrefour de trois ailes : deux ailes d'hébergement et une aile de bureaux.

a) Les locaux

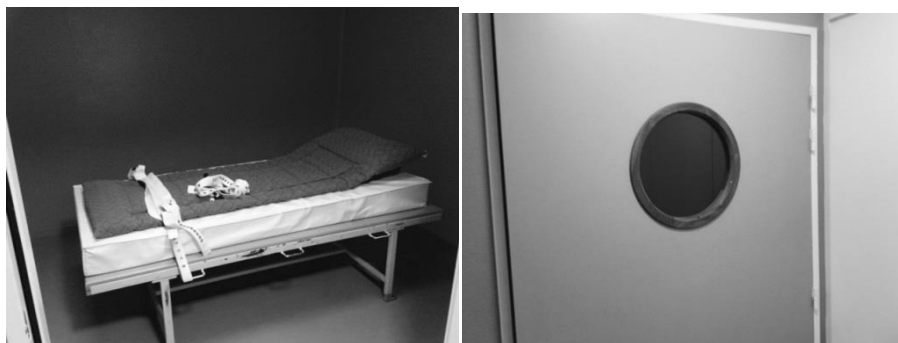
L'unité Brassens, entièrement refaite en 2000, en excellent état, claire et agréable comporte vingt-sept chambres à un lit, une chambre à deux lits et deux chambres d'isolement. Chaque chambre est équipée outre le lit, d'une table, d'une table de nuit, d'une chaise et d'une armoire fermant à clé, et dispose d'une salle d'eau individuelle avec WC, douche, lavabo avec tablette et miroir.

Les patients peuvent décorer leur chambre avec des photos ou cadres ; une patiente a été autorisée à apporter des meubles personnels.

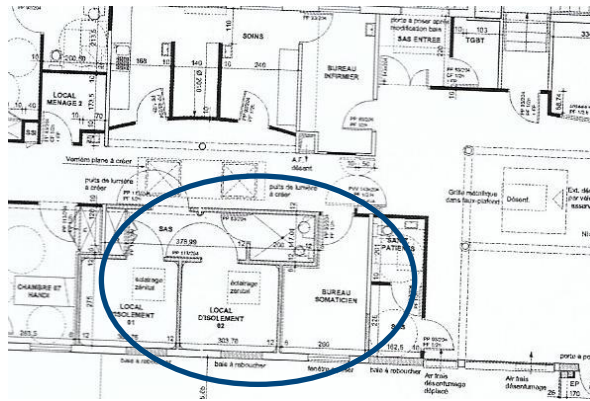
L'unité possède par ailleurs une salle de bains avec baignoire à usage collectif qui sert en outre de salle d'activité esthétique.

Les deux chambres d'isolement sont entièrement peintes en bleu foncé (sol, mur et plafond) et ne disposent pas de fenêtre mais d'une ouverture type *Velux* occultable dans le plafond. L'équipement des chambres ne consiste qu'en un lit métallique fixé au sol ; il n'y a ni siège, ni table, ni sonnette d'appel. Une salle d'eau commune aux deux chambres, comportant douche, WC et lavabo, n'est accessible que par un passage dans une entrée commune aux deux chambres. Il n'y a pas de surveillance vidéo, mais un oculus dans la porte de chaque chambre.

Il n'y pas de registre relatif à l'utilisation de ces chambres et aucun moyen informatique d'en évaluer l'utilisation.



Chambre d'isolement avec oculus de surveillance



Outre les locaux de services usuels (office, rangements, stockage...) l'unité dispose d'un bureau infirmier vitré situé à l'entrée, ayant vue sur la salle principale d'activité/ salle à manger, d'un espace pharmacie et soins comportant trois pièces communicantes, deux bureaux pour les médecins, un bureau pour le cadre de santé, un bureau pour le psychologue et deux salles de visite pour les familles.

b) Les personnels

La prise en charge psychiatrique est assurée par un psychiatre qui partage son temps avec deux autres médecins sur le pôle intersectoriel de Saint-Dizier (unités Iris, Brassens et Lilas) la maison d'accueil spécialisée (MAS) et la psychiatrie de liaison sur l'hôpital général.

L'équipe soignante comporte :

- un cadre de santé ;
- 17,6 ETP d'IDE¹⁴ ;
- 8,8 ETP d'AS¹⁵ ;
- 4,8 ETP d'ASH¹⁶ ;

De plus les trois unités du pôle se partagent :

- 2,02 ETP de psychologues ;
- 2 ETP de secrétaires ;
- 1 ETP d'assistante sociale.

L'organisation du travail prévoit cinq agents le matin dont deux IDE, cinq agents l'après-midi dont deux IDE et deux agents de nuit (dont au moins un IDE). La présence de jour n'est jamais inférieure à quatre agents.

Outre les changements d'équipe du matin, un point avec transmissions est réalisé chaque midi pour réévaluer les prises en charge ainsi qu'un « staff » général une fois par mois.

¹⁴ IDE : infirmier (ière) diplômé d'état

¹⁵ AS : aide-soignant (ante)

¹⁶ ASH : agent des services hospitaliers

c) Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, vingt-neuf patients étaient présents dont deux en SPDT (un homme et une femme), un en SPDRE (un homme) et vingt-six en soins libres (quinze hommes, onze femmes). Certains patients sont hébergés dans l'unité depuis plusieurs années faute de place d'aval.

Vingt-sept des vingt-neuf patients présents étaient sous tutelle.

Aucun patient ne bénéficiait de programme de soins.

Le patient le plus âgé avait 80 ans et le plus jeune, 34 ans.

Aucun patient n'était en chambre d'isolement ni sous contention.

d) La prise en charge thérapeutique

i) La vie quotidienne

Le lever et la toilette s'effectuent à partir de 7h50 le matin, le coucher au plus tard à 23h.

La journée type, similaire à celle définie *supra* au § 6.3.2.d.

Les repas sont pris dans la salle à manger commune. Les patients sont servis à table, aidés si besoin par les soignants

Les patients peuvent, selon leur état et leur projet de soins, recevoir des visites dans deux petites salles prévues à cet effet situées à l'entrée de l'unité et dont l'accès s'effectue par le sas d'arrivée. Il n'y pas d'horaires ni de jours de visite formalisés dans le règlement intérieur de l'unité, ni dans le livret d'accueil de l'établissement. Bien qu'hébergeant une majorité de patients en soins libres (90%), l'unité fonctionne en mode fermée. Les patients bénéficiant d'une autorisation de sortie dans le parc doivent demander l'ouverture aux soignants.

ii) Les activités

L'unité dispose de deux salles d'activité dédiées où s'organisent des jeux et des échanges avec les soignants et d'une salle d'activité esthétique.

Les activités internes à l'unité comportent, outre l'atelier esthétique, la peinture, la couture et un atelier cuisine/pâtisserie tous les mardis.

L'accès aux lieux collectifs de l'établissement s'effectue selon le statut et le projet de soins de chaque patient. Les patients en SDRE ne peuvent se déplacer qu'accompagner de deux soignants suivant une consigne de la direction de l'établissement.

Concernant les sorties hors établissement il a été indiqué aux contrôleurs un sentiment très restrictif des autorités préfectorales à délivrer les autorisations. Il n'a pu être communiqué aux contrôleurs un état des demandes et des refus de sorties.

iii) Les soins

Le psychiatre référent de l'unité passe en principe chaque jour ; lors de la visite des contrôleurs le praticien étant en congé, les soignants faisaient appel si besoin à l'un des deux autres médecins du pôle ou à l'interne de garde.

Un praticien généraliste, affecté à l'ensemble de l'établissement, « passe » trois fois par semaine dans l'unité, ou si besoin sur appel.

Certains soignants ont émis le souhait d'une présence médicale plus importante.

L'établissement dispose d'une pharmacie qui prépare les traitements nominatifs pour chaque patient et les livre deux fois par semaine à l'unité. Les prescriptions sont informatisées. L'unité dispose d'une réserve de médicament régulièrement réapprovisionnée.

Les traitements sont distribués par les soignants à l'occasion des repas dans la salle de restauration pour chaque patient. Une infirmière passe à chaque table avec un chariot comportant les traitements nominatifs.

Les prélèvements biologiques sont déposés par les soignants de l'unité à la pharmacie puis acheminés à l'hôpital général qui les techniques. Les résultats sont transmis en retour par informatique sur un logiciel commun aux deux établissements.

6.3 L'UNITE PEDOPSYCHIATRIQUE MODADO

L'unité MODADO peut accueillir cinq adolescents, garçons ou filles, âgés de 13 à 18 ans, en hospitalisation complète ainsi que deux jeunes en hospitalisation de jour. Il s'agit de la seule unité d'hospitalisation complète pour adolescents dans le département.

6.3.1 Un espace restreint

L'unité MODADO est adossée à celle des Iris qui reçoit notamment les adultes admis en soins sans consentement.

Le pavillon est entouré d'un jardin clos par un grillage laissant vue sur le parc ; la partie arrière du jardin, qui donne sur un autre pavillon hébergeant des adultes, est protégée par une palissade. L'entrée s'effectue par un portail équipé d'une sonnette ; il s'agit en effet d'une unité fermée.

Les locaux, dans leur ensemble, sont conviviaux, lumineux et bien entretenus mais le manque d'espace est crucial, ainsi qu'il se déduit de la description qui suit.

Les locaux professionnels : ils se composent de deux pièces, d'une part, un bureau infirmier d'une surface inférieure à 10 m², d'autre part une salle de soins d'à peine 12 m².

La salle de soins est propre, claire, fonctionnelle, correctement équipée aux dires des professionnels, à l'exception d'un ordinateur, qui fait défaut.

Le bureau infirmier sert à la fois de bureau pour la cadre de santé, de salle de réunion et de salle de détente pour le personnel.

La secrétaire, les médecins et les psychologues ont leur bureau dans un bâtiment voisin (« les Lachats », centre de consultation pédopsychiatrique) situé de l'autre côté de l'allée desservant les divers pavillons ; les consultations médicales et psychologiques se tiennent à cet endroit ou dans le salon de visite.

Le salon de visite est situé dans le sas d'entrée. D'une surface de 6,50 m², il est équipé d'une table basse, de deux fauteuils et d'une étagère supportant quelques dizaines de livres. Le salon de visite, en effet, tient aussi lieu de bibliothèque. Dans cet espace, bien que particulièrement étroit et peu fonctionnel, les murs de couleur verte et la décoration, avec les mots des jeunes accueillis (« mots d'ados »), font du salon un endroit chaleureux.

L'unité dispose d'un seul local aux dimensions réduites – 6 m² environ – pour entreposer les réserves de linge, les produits d'entretien et le vestiaire constitué pour les jeunes qui ne disposeraient pas d'une vêtue suffisante. Le linge sale est mis dans des poubelles spécifiques, entreposées dans les toilettes du personnel.

Les chambres des jeunes patients : l'unité compte cinq chambres individuelles dont trois avec salle d'eau ; les patients occupant les deux autres chambres ont accès à la salle de bains commune. Chaque chambre est dotée d'un numéro peint sur la porte de manière décorative.

Les chambres sont propres, claires, personnalisées. Leur surface est comprise entre 11 m² pour les chambres simples et 14 m² pour les chambres avec salle de bain. Les contrôleurs ont visité plus particulièrement l'une d'entre elles : le sol est carrelé, les murs revêtus d'un papier peint blanc sur trois côtés et de couleur vive sur le quatrième (la couleur étant différente pour chaque chambre) ; les fenêtres occupent, sur une demi-hauteur, toute la largeur du mur donnant sur un espace étroit, mi-pelouse, mi-terrasse ; les vitres sont opacifiées sur les deux tiers de la largeur en partie basse ; la partie haute seule, est ouvrante.

L'ameublement se compose d'un lit une place, avec tête de lit et dessus de lit à motifs colorés, d'une table-bureau (taupe et acier, assortie au lit), d'une table de nuit également assortie, d'une armoire (mi-penderie, mi-étagères) fermée à clé par les infirmiers. L'éclairage est assuré par un système placé au-dessus du lit, permettant d'éclairer l'ensemble de la pièce ou d'orienter seulement vers le lit. Le chauffage est assuré par un radiateur dont l'efficacité a été décrite comme limitée (plusieurs personnes ont indiqué qu'il faisait froid en hiver ; par ailleurs il peut faire très chaud l'été). Un dispositif d'appel est constitué de deux boutons, l'un près du lit, l'autre près de la porte ; celle-ci ne peut pas être verrouillée de l'intérieur.

Les deux chambres sans local sanitaire individuel sont côte à côte. La salle de bains commune est située dans le prolongement. Il s'agit d'une vaste pièce (supérieure à 8 m²), qui dispose d'une baignoire, d'un large lavabo surmonté d'un grand miroir, de WC en faïence, de chaises. Les produits de toilette de tous les jeunes y sont entreposés dans des placards fermés à clé. Tous les patients sont susceptibles d'utiliser cette salle de bains en cas de besoin mais, dans la mesure du possible, l'équipe s'organise pour en laisser l'usage prioritaire aux deux jeunes concernés.

Les locaux sanitaires individuels des autres chambres sont vastes, entièrement carrelés de faïence blanche parsemée de carreaux vert pâle ils disposent d'une douche (sans flexible) avec siège escamotable. Le reste de l'équipement est comparable à la salle de bains commune : large lavabo surmonté d'un grand miroir, porte-serviettes, WC.

Chambres et salles de bains sont toutes en très bon état et agréables. Bien qu'aucun interdit n'ait semble-t-il été posé, les jeunes ne personnalisent pas les murs ; certains patients ont apporté leurs peluches et autres objets personnels ; les soignants rencontrés y voient la marque d'une capacité à comprendre le caractère provisoire du séjour et à se projeter dans un autre lieu. Les contrôleurs relèvent que deux des cinq jeunes accueillis étaient toutefois présents depuis plus de deux ans (avec quelques coupures).

Les espaces communs : ils se composent de deux pièces situées de part et d'autre de l'entrée.

La salle d'activité est située à proximité du bureau infirmier, qui a vue sur l'ensemble. D'une surface de 26 m² environ, la pièce est équipée de plusieurs tables pouvant être rapprochées en fonction des activités ; on y trouve un téléviseur, un ordinateur, deux meubles décorés dans le cadre d'ateliers ; le matériel de peinture, de dessin, de jeux de société et d'autres activités y est entreposé. Le baby-foot a été cassé par un jeune et l'équipe est en attente de son remplacement. La pièce, qui donne vue sur la terrasse, est chaleureuse, largement décorée de travaux des jeunes patients.

La salle à manger, d'une surface totale légèrement supérieure à 30 m², est divisée en deux par un comptoir ; un côté est occupé par une cuisine totalement équipée dont tout le matériel

dangereux est protégé ; de l'autre l'espace repas, avec trois tables et un buffet de rangement. Les fenêtres donnent sur l'allée d'accès au pavillon. L'ensemble est de couleur claire et en parfait état ; l'équipe a entrepris de décorer les murs de fresques.

Recommandation

Globalement, les locaux sont propres et conviviaux mais le manque d'espace est crucial : il suscite des tensions (l'étude des événements indésirables montre qu'un quart des dégradations concerne MODADO ; les violences y sont nombreuses) et nuisent à la disponibilité des équipes et à la qualité de la prise en charge. Il conviendrait de fournir à cette unité, qui accueille des adolescents, l'espace nécessaire à leur prise en charge.

6.3.2 Un personnel médical lointain, un personnel paramédical instable

Le personnel médical

Le médecin – une femme – cheffe du pôle de pédopsychiatrie depuis 2013 est responsable de l'unité. Elle assume essentiellement la responsabilité des secteurs Nord, un autre médecin fait fonction de chef de pôle pour le Sud du département.

Compte-tenu de l'ensemble de ses responsabilités et activités au sein du pôle, la cheffe de pôle, que les contrôleurs ont rencontrée, indique être « en deuxième ligne » ; elle assure essentiellement le contrôle de l'équipe à travers une réunion hebdomadaire regroupant la cadre de santé, une psychologue, l'assistante sociale et un soignant au moins.

La présence médicale effective au sein de l'unité est assurée par une interne¹⁷ dont il est dit qu'elle est présente quotidiennement mais que les contrôleurs n'ont pas rencontrée lors d'une journée et demie de présence dans l'unité et ne sont pas parvenus à joindre personnellement malgré plusieurs essais à l'issue du contrôle.

Un autre médecin faisant fonction d'interne est présent depuis environ une année ; elle a fait ses études à l'étranger et, au moment de la visite, œuvrait à obtenir une équivalence et à parfaire son français ; elle est en principe présente les lundi et mercredi toute la journée. Les contrôleurs ne l'ont pas non plus rencontrée.

Recommandation

Le suivi médical des mineurs admis à MODADO est essentiellement assuré par un interne. Une réflexion sur la qualité d'un tel suivi mérite d'être initiée au sein du centre hospitalier.

Le personnel para médical attaché à l'unité compte :

- un cadre de santé ;
- onze infirmiers, représentant en réalité 10,80 ETP ;
- un aide-soignant ;
- deux psychologues, travaillant chacune à mi-temps, soit 1 ETP ;
- un agent des services hospitalier.

¹⁷ Qui change tous les six mois.

L'équipe dispose en outre de l'intervention ponctuelle de personnels attachés à l'ensemble de la pédopsychiatrie du site :

- une secrétaire ;
- une monitrice éducatrice (présente une demi-journée par semaine pour MODADO) ;
- une assistante sociale.

La cadre de santé est présente depuis l'ouverture, en 2009. Elle est également en charge des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel de Joinville et de Wassy ainsi que du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Saint-Dizier ; elle est présente au sein de l'unité tous les matins et joignable les après-midi.

L'équipe est essentiellement féminine, à l'exception de deux hommes, un infirmier et un aide-soignant.

En journée, la présence soignante compte généralement deux personnes, auxquelles s'ajoute un infirmier pour la période comprise entre 10h et 16h.

La nuit, seul un agent, aide-soignant ou infirmier, assure la veille. Il est dit que les auxiliaires de soins (équipe sécurité) effectuent des visites régulières. En cas de difficulté, il fait appel à un infirmier de l'unité voisine (les Iris).

L'unité est confrontée à un sérieux problème de stabilité ; seules quatre personnes sont titulaires, les autres voient se succéder des contrats de trois à six mois ; dix départs ont eu lieu depuis 2013 dont trois depuis décembre 2015. Cet état de fait conduit à confier la formation des nouveaux venus à un professionnel à peine plus ancien.

Malgré cette forte rotation, la cadre décrit une équipe dynamique, inventive, solidaire et se pose en protectrice de leurs intérêts. Les contrôleurs, de leur côté, ont rencontré une équipe sérieuse et investie auprès des jeunes.

La cadre de santé regrette que l'accès à la formation soit réduit – trois agents en 2015 – alors que tous sont volontaires ; en pratique, ceux qui en bénéficient rendent compte aux autres.

Il n'a pas été élaboré de fiche de poste.

Les transmissions s'effectuent quotidiennement de 13h30 à 14h et à l'arrivée du soignant de nuit ; il semble qu'en pratique, les transmissions de jour soient suivies de diverses « démarches » qui laissent les enfants seuls un peu plus longtemps que prévu.

Les réunions institutionnelles rassemblent rarement l'équipe au complet : bien que des questions d'organisation ou de fonctionnement puissent y être abordées, la réunion hebdomadaire évoquée plus haut est essentiellement consacrée à l'étude de la situation de tous les patients ; un seul soignant y participe.

Une des deux psychologues est attachée au suivi de l'équipe, qu'elle réunit régulièrement ; l'objectif est difficile à cerner : il semble que son intervention se situe à mi-chemin entre l'analyse des pratiques et le soutien à une équipe malmenée par des départs successifs et la prise en charge d'une jeune difficile, à l'origine de plusieurs agressions.

Les questions d'organisation et de fonctionnement, *stricto sensu*, rassemblent l'équipe une fois par semestre au plus ; il est question de la réunir une fois par trimestre et de réfléchir ensemble à l'actualisation du projet de soins ; celui-ci, en effet, est ancien et l'équipe ne se l'est pas réellement approprié.

Recommandation

Il conviendrait de stabiliser l'équipe soignante de MODADO et de parfaire sa formation, voire de diversifier les compétences pour répondre à la diversité des profils des patients ; il serait également opportun d'établir des fiches de poste. Il convient que l'équipe bénéficie d'une présence médicale continue, de nature à garantir l'existence d'un projet de soins adapté et son respect par l'équipe soignante.

6.3.3 Les patients

Les chiffres communiqués par la direction se présentent comme suit :

- 2013 : file active de 33 patients pour une DMS de 13,07 jours et une DMH de 40,59 jours ;
- 2014 : 37 patients, pour une DMS de 15,03 jours et une DMH de 41,83 jours ;
- 2015 : 30 patients, pour une DMS de 20,31 jours et une DMH de 50,45 jours.

Selon les documents communiqués, les admissions en soins contraints sont très rares : au cours de ces trois années, un patient mineur a été accueilli en soins contraints – SDRE – en 2013 et un autre sur ordonnance de placement provisoire du juge des enfants en 2015. Le premier serait resté 21 jours ; le second, 84.

Les contrôleurs observent cependant qu'au moment du contrôle, une jeune patiente était présente, qui avait été admise le 9 octobre 2015 sur décision du représentant de l'Etat.

Le taux d'occupation varie :

- 72,3 % en 2013 ;
- 84,5 % en 2014 ;
- 85,7 % en 2015 – cf. *supra* § 2.5.

Le projet de soins décrit ainsi **les indications d'hospitalisation à temps complet** :

- toute situation de crise pouvant engendrer une désorganisation majeure de l'équilibre psychique ;
- toute décompensation aiguë et pathologie psychiatrique (états limites, troubles du comportement alimentaire, état psychotique, dépression grave).

En pratique, dans le discours des soignants, l'admission concerne un panel beaucoup plus large (« décompensation, tentative de suicide, crise clastique, intolérance à la frustration, carences affectives, éducatives, sociales ») laissant entendre que le symptôme prend le pas sur la pathologie ou se confond avec elle.

La cheffe de pôle estime quant à elle, que les problèmes psychiatriques, sociaux et éducatifs sont très imbriqués et provoquent chez les enfants des souffrances qui ressortent réellement d'une unité d'hospitalisation psychiatrique, sous réserve d'un travail partenarial.

On notera en effet qu'au moment du contrôle, deux patients étaient hospitalisés au long cours, faute d'institutions adaptées :

- une jeune souffrant d'autisme est hospitalisée depuis trois ans dans des conditions difficiles (enfermée dans sa chambre chaque soir) ; un accueil dans un établissement situé en Belgique n'a pu se concrétiser, faute de prise en charge des frais de transport ; l'assistante sociale travaillait à une autre possibilité, en lien avec le service social de secteur ;

- un autre jeune, admis depuis plus de deux ans, souffre de troubles du comportement protéiformes et devrait être prochainement admis dans un établissement belge ; le jeune avait visité la structure.

Bien que l'hôpital ne soit pas une réponse adaptée, le médecin chef de pôle estime que ces jeunes sont mieux pris en charge que dans les établissements médico-sociaux (dont le personnel n'est pas davantage formé pour faire face à ce type de difficultés et qui ferment le week-end alors que les problématiques familiales font craindre un accueil dans des conditions peu favorables).

On note également, pendant le contrôle, l'admission en surnombre d'un jeune déjà connu, amené à occuper la chambre d'un autre patient pendant sa permission en famille. Cette annonce a provoqué une forte crise chez le jeune « permissionnaire » avant son départ, aboutissant à son placement en isolement.

Selon les renseignements recueillis, ce type d'admission arrive cinq ou six fois par an, conduisant l'un ou l'autre des patients mineurs à dormir dans une unité d'adultes, en chambre individuelle. Invités à s'exprimer sur les effets, les soignants relativisent : « les enfants ne le vivent pas trop mal ; ils savent que c'est provisoire et passent la journée avec nous ». La situation constatée durant le contrôle montre que les choses ne vont pas toujours aussi simplement.

Enfin, compte-tenu de l'admission d'une jeune fille dont les problèmes sont d'abord évoqués sous l'angle de la radicalisation, il n'est pas anodin de relever que le projet de soins indique clairement la nécessité de ne pas confondre les soins et l'accompagnement socio-éducatif, précisant « ils (les soins) n'ont pas à pallier les insuffisances d'autres institutions ».

Recommandation

Les contrôleurs s'interrogent sur la capacité de l'équipe de MODADO à faire face à des patients aux profils très variés, dont certains relèvent de structures spécialisées (autistes). Les contrôleurs s'interrogent également sur les conséquences, à terme, d'un séjour en psychiatrie pour une jeune fille avant tout désignée par sa « radicalisation ».

6.3.4 La prise en charge thérapeutique

Le projet de service de l'unité MODADO est celui qui a présidé à l'ouverture ; il date d'avril 2008 et n'a pas été modifié depuis lors. Il semble avoir été élaboré en réaction aux modalités d'hospitalisation antérieures, réalisées dans une unité nommée « Boutons d'or » (proche du pavillon actuel).

Il n'est pas anodin de noter qu'un certain nombre de dysfonctionnements alors constatés perdurent : l'unité Boutons d'or en effet, voyait coexister deux types de patients¹⁸, d'une part des patients autistes hospitalisés au long cours faute de structures mieux adaptées, d'autre part, des patients admis pour une courte durée, afin de répondre à une situation de crise ; la difficulté née de la coexistence de ces deux types de patients étaient déjà relevée, de même qu'étaient regrettées les conditions de l'isolement au sein de l'unité voisine des Iris (l'ensemble étant considéré comme « pour partie responsable des dysfonctionnements dans les prises en charge

¹⁸ Auxquels s'ajoutait un troisième type de patients : des mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance, admis en urgence après échec des autres solutions ; il a été dit que ces enfants étaient parfois « déposés » dans l'unité, notamment le vendredi, et qu'il était très difficile de construire un projet pour eux. Ce type d'admission semble en voie de disparition au moment du contrôle.

et d'incidents graves ») ; il était également regretté un manque de places, conduisant à l'accueil de patients pour un week-end, sur le lit d'un autre patient en permission dans sa famille¹⁹ ; étaient enfin dénoncés le manque de médecins et l'instabilité de l'équipe soignante, son manque de formation, le tout aggravé par le caractère précaire des contrats.

A propos des **modalités d'admission**, le projet indique :

- que l'hospitalisation complète constitue un dernier recours et relève exclusivement d'un pédopsychiatre de l'intersecteur en lien avec les praticiens de l'unité ;
- qu'elle doit être préparée avec le jeune et sa famille, lesquels doivent être informés de son déroulement (« informer le patient et sa famille sur les objectifs, rechercher le consentement, énoncer clairement les règles et le contrat de soins avant sa mise en place, remettre le livret d'accueil, recueillir les autorisations nécessaires... »).

Un **guide d'admission** un peu plus détaillé a été élaboré ultérieurement. Son contenu a été décrit *supra* (cf. § 3.1)

En pratique, il est indiqué qu'un nombre non négligeable de patients transite par les urgences ou une hospitalisation en pédiatrie. Ils y sont rencontrés par l'équipe de liaison qui, le cas échéant, prend contact avec un médecin de MODADO ; celui-ci confirmera ou non la nécessité d'une hospitalisation complète, effectivement considérée comme un dernier recours.

Hors les cas d'urgence, et même, si possible, dans ce cas, les parents sont effectivement rencontrés avec le jeune par l'interne de l'unité, « accompagné d'un soignant dans l'idéal » ; l'alliance thérapeutique est recherchée ; elle inclut des explications précises sur les hypothèses diagnostiques, le traitement proposé, la vie dans l'unité. La visite de l'unité n'est pas systématique (« on limite car on craint que le patient non admis ne raconte à l'extérieur »).

Le livret d'accueil (décrit *supra* 3.2.1) est remis au jeune, et « en principe » à ses parents. Ceux-ci sont invités à signer la demande d'admission ainsi que diverses autorisations.

Selon les termes du projet de soins, **la prise en charge** repose sur :

- l'élaboration, pour chaque patient, d'un projet de soins individualisé, tenant compte à la fois de son histoire, de son parcours scolaire et de ses attaches familiales ;
- un emploi du temps structuré avec le matin des activités thérapeutiques et en début d'après-midi un temps de solitude ;
- l'implication de la famille et des partenaires ;
- l'élaboration d'un projet de sortie incluant un suivi.

Un **règlement de fonctionnement** comprenant un emploi du temps décline les règles de vie et le quotidien de manière plus précise. Il n'est pas remis aux patients ni à leur famille et n'est pas non plus affiché.

La question du traitement n'est pas évoquée dans ces divers documents.

En pratique, selon les renseignements recueillis auprès des soignants et des jeunes patients, le quotidien se déroule comme suit :

- 8h : lever (10h30 le week-end et pendant les vacances) ; le lever est assuré par les soignants (« il y en a qui sont doux, qui nous parlent et nous chatouillent ; il y en a d'autres qui toquent fort à la porte, c'est moins drôle ») ;

¹⁹ Comme il a déjà été dit, cette situation s'est également produite à l'époque du contrôle, conduisant le jeune « permissionnaire » à une crise emportant son placement à l'isolement aux Iris.

- Petit déjeuner jusqu'à 9h ;
- 9h30-11h30 : activités thérapeutiques selon prescription ; pour les autres, activités occupationnelles dans l'unité, avec un soignant ;
- déjeuner : 12h15 environ ; les repas sont toujours pris avec des soignants, présents à table pendant tout le repas ; les jeunes aident à dresser le couvert et à débarrasser la table ;
- 13h-14h : temps libre ; la formule « temps de solitude » utilisée dans le projet de soins est remplacée, dans le discours soignant, par celle de « temps libre » ; certains jeunes patients semblent y voir un temps suspendu (« c'est pendant les transmissions, c'est long, on s'ennuie ») ; la notion – temps de solitude ou temps libre – le motif et les objectifs mériteraient d'être interrogés ;
- 14h30-16h : activités thérapeutiques selon prescription et activités occupationnelles encadrées ;
- 16h : goûter (pain et chocolat ; possibilité d'accès aux friandises apportées par la famille, conservées à la cuisine, dans des tiroirs individuels) ;
- 17h-19h : activités occupationnelles encadrées ; visites famille, téléphone ;
- 19h-19h15 : dîner thérapeutique ;
- 20h-21h30/22h : télévision, autre activité libre, repos en chambre ;
- 22h : coucher (plus tard le week-end).

Un contrat de soins est déterminé pour chaque enfant ; il organise le traitement, les modalités des relations familiales, le choix de l'activité thérapeutique, éventuellement les modalités de la scolarité ; le contrat figure au dossier du patient ; il est revu chaque semaine.

Même s'il constitue la norme de fait, le traitement médicamenteux n'est pas considéré comme un élément indispensable du soin : au moment du contrôle, la jeune fille accueillie dans le cadre de SDRE n'en recevait aucun. Dans le cas contraire le jeune et les parents sont informés du choix, du motif, des avantages attendus, des inconvénients (plusieurs jeunes rencontrés ont dit avoir reçu des explications à ce sujet).

L'entretien constitue en revanche un élément déterminant du soin. Chaque jeune voit son médecin une fois par semaine ; une des psychologues, affectée au suivi des patients, les rencontre au même rythme. L'entretien infirmier n'est pas protocolisé ; un soignant est présent, dans la mesure du possible, aux côtés du médecin lors de l'entretien d'admission ; les entretiens ultérieurs s'effectuent de manière informelle, en fonction des besoins. L'établissement d'une relation de qualité, l'accompagnement quotidien, à la fois soignant et éducatif, semblent constituer le cœur du travail infirmier.

Les activités thérapeutiques sont listées et leurs objectifs définis de manière plus ou moins précise dans un document joint au règlement de fonctionnement ; elles comprennent : médias et actualités, groupe de parole (animé par un psychologue), groupe d'expression (sur d'autres supports que le parole), activités physiques et médiation corporelle, musicothérapie, réunion soignants-soignés ; une autre liste, sans précision d'objectifs, évoque jeux de société, bibliothèque, activités manuelles, cuisine, esthétique, sorties diverses etc.

Au moment du contrôle, tous les enfants participaient quotidiennement à des activités ; la plupart se déroulent au sein de l'unité ; l'aspect thérapeutique n'a pas toujours été clairement exposé mais les contrôleurs ont constaté que les soignants étaient effectivement présents auprès des enfants et leur offraient un cadre bienveillant et rassurant.

Estimant que son maintien à l'hôpital ne pourrait être profitable, à terme, que si elle pouvait bénéficier de sorties, le médecin responsable de l'unité sollicite régulièrement des autorisations de sorties thérapeutiques en faveur de la jeune fille admise en SDRE. Son dossier administratif montre que, après un refus le 16 novembre, le préfet a accepté quelques sorties thérapeutiques au sein de l'établissement, puis à l'extérieur, à partir de fin novembre, et sous certaines conditions : accompagnement de deux soignants, pas de contact avec les tiers. A compter de la mi-février, il était envisagé de renouveler ces sorties encadrées une fois par quinzaine.

La participation de la jeune fille souffrant d'autisme paraît plus aléatoire ; elle est présente dans l'unité le matin et, l'après-midi, elle est accueillie aux ateliers thérapeutiques de l'hôpital de jour voisin, où un, voire deux soignants, sont affectés à son accompagnement ; l'un d'eux revient à MODADO avec elle le soir, jusqu'au repas qu'elle prend en même temps que les autres ; elle est ensuite enfermée dans sa chambre jusqu'au lendemain en raison de son agressivité et de ses difficultés d'intégration. La question a été abordée plus haut (cf. *supra* § 5.6).

La scolarité est affirmée comme un droit dans le projet de soins. En pratique, elle semble parfois difficile à mettre en place.

La jeune fille admise en SDRE – qui était en classe de 4^{ème} – est scolarisée deux heures par jour au maximum, sur place, avec le soutien d'un enseignant du service d'aide pédagogique à domicile (SAPAD).

Une scolarisation en institut médico-éducatif (IME) à temps partiel a été tentée pour la jeune fille souffrant d'autisme mais n'a pu se poursuivre.

Un autre enfant fréquentait un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) à mi-temps. Les autres enfants étaient en période d'observation, donc sans scolarité.

La place des parents est clairement affirmée, à défaut d'être clairement définie, tant dans le projet de soins que dans le discours des soignants. Ils sont rencontrés avec leur enfant au cours du processus d'admission ; le livret d'accueil leur est remis ; le règlement de fonctionnement ne l'est pas mais ils sont informés oralement du fonctionnement de l'unité et des modalités de la prise en charge. Les formulaires de consentement aux soins (demande d'admission) leur sont remis pour signature. A cet égard, il est curieux de constater qu'une lettre manuscrite de demande d'admission signée de la mère figure au dossier de la jeune fille admise en SDRE.

L'autorisation des parents est également sollicitée pour l'usage du tabac et pour les sorties hors de l'hôpital ; en pratique, les formulaires sont remis *via* le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) pour les enfants placés.

Comme il a été dit plus haut (cf. § 3.1), les dossiers administratifs montrent que les documents sont remplis de manière très aléatoire ; il n'est que rarement fait état des dispositions relatives à l'autorité parentale et jamais de la nature juridique du placement lorsqu'il existe.

Comme il a aussi été dit plus haut, une coupure des liens est généralement de mise au cours de la première semaine au moins, au nom de l'observation du patient. Pendant cette période, les parents peuvent appeler l'équipe. Les modalités du lien – téléphone et/ou visite, médiatisé ou non – sont fixées par le médecin et réévaluées de manière hebdomadaire.

Les visites en effet sont en pratique limitées aux parents ou à ceux qui en tiennent lieu ; les enfants ne sont pas admis ; l'un des jeunes a regretté cette restriction (« j'aimerais voir ma petite sœur »), que les soignants rencontrés n'ont pu justifier ; les horaires en revanche semblent plus larges que prévu dans le règlement et sont susceptibles d'adaptation en cas d'éloignement ou autre difficulté (c'était le cas au moment du contrôle pour au moins un des jeunes). En principe,

les rencontres se déroulent dans le petit salon situé à l'entrée de l'unité mais si deux familles se présentent en même temps, l'une sera admise à se rendre dans la chambre de l'enfant. Les parents sont vus par les équipes à cette occasion ; ils sont sollicités s'il le faut, par le médecin ou les infirmiers.

La cheffe de pôle et l'ensemble de l'équipe revendiquent la nécessité d'un travail partenarial ; le soutien aux parents est apporté par ceux qui apparaissent les mieux placés pour ce faire : parfois, l'équipe soignante s'investit dans une guidance parentale ; dans d'autres situations, le travail auprès des parents est laissé à un service extérieur ; dans ce cas, l'hôpital participe aux synthèses. Au moment du contrôle, seul un jeune qui venait d'arriver n'avait pas de contact avec sa famille. Les autres recevaient des visites et/ou se rendaient en week-end dans leur famille. Trois des cinq jeunes rencontrés avaient des contacts médiatisés (un jeune dira : « ça ne me gêne pas », un autre : « c'est dur, on n'ose pas dire les choses intimes »).

La jeune fille admise en soins contraints recevait des visites de sa mère, une heure par semaine, en contacts médiatisés ; le téléphone l'était pareillement. Les renseignements communiqués laissent entendre que ces restrictions sont rendues nécessaires par les caractéristiques du lien unissant mère et fille.

La question des **liens avec l'extérieur** est en principe régie par le règlement de fonctionnement et a été évoquée *supra* (cf. § 5.2).

La pratique vient compléter le règlement, parfois en le restreignant, parfois en l'assouplissant. Ainsi, en pratique, les appels téléphoniques sont limités dans des tranches horaires définies (18h-19h). Pour les visites en revanche, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, la pratique est plus souple que le règlement.

La télévision fonctionne en fin d'après-midi et en soirée, ainsi qu'il est prévu par le règlement de fonctionnement. Elle est allumée dès après le goûter mais les contrôleurs ont pu observer que les soignants s'efforçaient de proposer des activités, qui, de fait, réduisaient l'usage du poste à un fond sonore. Dans le même créneau horaire, les enfants ont le droit d'utiliser un MP3. Les soignants indiquent que le poste doit être éteint à 22h30 au plus tard, en semaine, et à 23h30 le week-end ou pendant les vacances (le projet de soins initial recommande des horaires plus restreints, notamment en cas d'école).

L'ordinateur personnel est interdit ; l'unité dispose d'un poste, relié à internet et utilisé sous le contrôle étroit et permanent d'un soignant.

Le règlement intérieur n'évoque pas la question du **courrier** et ce média n'est que peu utilisé par les adolescents. Il est dit qu'en pratique, le principe est celui de la liberté d'envoyer et recevoir. Le service fournit le matériel nécessaire, les lettres sont timbrées par l'hôpital.

Au moment du contrôle, la jeune placée en SDRE voyait son courrier contrôlé dans le cadre du contrat de soins.

6.4 LE CENTRE MEDICAL « MAINE DE BIRAN » A CHAUMONT

6.4.1 Présentation générale

Le centre médical Maine de Biran à Chaumont a été construit en 1992 et a été maintenu en état. Le premier et le second étages, occupés respectivement par le pôle de psychiatrie générale de Chaumont et celui de Langres, sont identiques à quelques détails près. Le rez-de-chaussée est

occupé par les services administratifs et des bureaux, il sert pour l'accueil du public et des patients ainsi que pour les livraisons.

6.4.2 Les pôles Chaumont et Langres

a) Les locaux

A chaque étage du centre médical Maine de Biran, le palier donnant accès à l'escalier de chaque pôle, débouche sur deux couloirs en « L » et la salle à manger qui jouxte la cuisine relais d'un côté et de l'autre l'atelier cuisine utilisé pour la dispensation des médicaments au cours des repas. La salle à manger est prolongée par un balcon abrité et grillagé qui sert de fumoir ; à proximité trois sanitaires sont accessibles aux personnes de l'étage.

La plus grande branche du « L » dessert les chambres et les pièces associées (linge propre, linge sale, salle de bains avec une baignoire), la salle de soins. L'autre branche dessert les locaux d'activité ou de loisirs :

- le 1^{er} étage dispose d'une salle de télévision avec un billard américain, d'une salle de tennis de table, d'une salle avec un baby-foot, d'un atelier d'art thérapie, d'un salon visiteur avec une fenêtre,
- le 2nd étage dispose également d'une salle de télévision, d'une salle de musculation, d'une salle de musicothérapie, d'une salle d'ergothérapie, d'un atelier d'art thérapie également, d'un salon visiteurs sans fenêtre.

L'utilisation des salles d'activité, autres que celles servant pour la télévision, est mutualisée par les deux pôles.

Les chambres sont conçues sur le même modèle, outre la chambre d'isolement décrite par ailleurs. Par étage, on trouve :

- huit chambres individuelles de 14 m² possédant une salle d'eau de 3,50 m² et huit chambres doubles de 20 m² possédant une salle d'eau de 4 m² ; dans les chambres à deux lits, l'espace est restreint et permet difficilement la circulation de fauteuils roulants ;
- le mobilier est le même dans toutes les chambres avec des variantes, ainsi certains lits sont médicalisés, d'autres non ; une table de nuit est disposé à côté de chaque lit ; une table et une chaise et le plus souvent un fauteuil sont disposés dans chaque chambre, mais les chambres à deux lits ne sont équipées que d'une table ;
- les chambres possèdent des fenêtres coulissantes, simples ou doubles, que les patients peuvent ouvrir sur 10 cm au maximum ; les patients peuvent manœuvrer les volets roulants à l'aide d'une manivelle ;
- l'éclairage est assuré par un néon fixé au mur au-dessus de chaque lit et commandé par un fil pendant ou par l'interrupteur fixé à côté de la porte ; à côté de chaque lit est fixé au mur une sonnette qui est reliée à la salle de soins et aux téléphones du personnel soignant avec un report sur une lampe rouge dans le couloir au-dessus de la porte ; toutes les chambres sont équipées d'un système de détection de fumée ;
- au premier étage, les contrôleurs n'ont aperçu aucune décoration sur les murs des chambres, alors que les chambres du second étaient décorées avec des tableaux fixés aux murs ;
- les portes des chambres donnant sur le couloir peuvent être fermées à clé depuis le couloir mais non de l'intérieur ; selon les informations recueillies, les portes seraient fermées sur demande du patient exclusivement ;

- les salles d'eau sont identiques :
 - un lavabo avec un robinet mélangeur d'eau chaude et d'eau froide surmonté d'une étagère, d'une glace et d'un éclairage – cet éclairage est unique pour chaque salle d'eau ;
 - la douche à l'italienne ; elle n'est pas isolée par un rideau – dans certaines salles d'eau demeurent les vestiges des fixations de panneaux qui permettaient d'isoler la douche du reste de la pièce ;
 - si deux porte-serviettes sont fixés au lavabo et au mur, aucune salle d'eau n'est équipée de patère ;
 - un WC en porcelaine qui ne peut pas recevoir de lunette – dans la totalité du bâtiment, notamment au rez-de-chaussée où se trouvent les bureaux médicaux et administratifs, les WC sont identiques ; une barre d'appui est fixée au mur, à côté de chaque WC ; une poubelle et un balai de cabinet équipent chaque salle d'eau ;
 - les portes des salles d'eau du second étage peuvent être fermées de l'intérieur par un verrou, ce qui n'est pas le cas de celles du premier étage où le patient peut signaler que la salle d'eau est occupée en utilisant un voyant lumineux.

Bonne pratique

Les portes des salles d'eau du second étage du centre médical de Maine de Biran, du pôle de Langres, sont équipées de verrous utilisables depuis l'intérieur. Cette disposition matérielle mérite d'être étendue à l'ensemble des salles d'eau du centre médical.

Recommandation

Il serait nécessaire que chaque patient puisse disposer dans sa chambre d'une table individuelle. Les salles d'eau pourraient être équipées de patères et, au moins pour celles utilisées par deux patients, les douches devraient être isolées du reste de la salle d'eau.

Le site Maine de Biran dispose de deux chambres d'isolement, une par étage. Ces deux chambres de 10 m² environ sont claires, bien éclairées par de larges fenêtres, équipées de matelas mousse et de mobilier adapté. Elle dispose chacune d'un bouton d'appel et de possibilité de diffusion de musique. Une pendule est visible de chaque chambre. Une salle d'eau comportant douche, WC, lavabo, miroir et tablette est associée à chaque chambre. Un espace reliant la chambre à la salle d'eau est aménagé pour permettre la prise de repas en présence de soignants.

Isolement et contentions, organisées selon les procédures communes au centre hospitalier de la Haute-Marne sont rares et de courte durée selon les soignants rencontrés. Pour le secteur de Langres aucune utilisation de la chambre d'isolement depuis deux mois et aucune contention depuis quatre mois n'ont été prescrites. Les statistiques consultées montrent néanmoins une utilisation non négligeable en 2015 selon le tableau suivant :

Ch. d'iso	Nbre de patients	Nbre de séquences	Nombre de jours	Taux d'occupation
Chaumont	142	138	80	21,9 %
Langres	193	282	160	43,8 %

Le parc de 3 000 m² se superficie est accessible aux patients accompagnés. Il est clos par un grillage.

Des sièges en nombre sont disponibles. Le jour de la visite des contrôleurs, 16 fauteuils en acier, 11 en plastique, 8 bancs en bois, 5 tables en bois ou en plastique étaient disposés dehors ; d'autres meubles de jardin étaient rangés dans un cabanon en attendant les premiers rayons de soleil du printemps.



La partie abritée



La partie gauche



La partie droite

b) Les personnels

Outre le personnel médical comportant 2,2 ETP et un interne par pôle (Chaumont et Langres), un médecin généraliste libéral passe chaque après-midi pour la prise en charge somatique.

L'équipe de soins comporte par étage de jour (7h – 14h15, 14h15 – 21h30) au moins deux infirmiers et deux aides-soignants et de nuit (21h30 – 7h) deux infirmiers et un AS.

Quotidiennement, un soignant est disponible à chaque étage dans le but d'accompagner les patients faire des courses en ville.

Chaque dispose de 1,3 ETP d'assistance sociale en trois personnes qui travaillent la première pour l'intra hospitalier, la deuxième en extrahospitalier sur le secteur de Langres et la troisième en extrahospitalier sur le secteur de Chaumont.

Bonne pratique

Au centre médical de Chaumont, l'activité du personnel soignant est organisée de façon à ce que chaque pôle puisse faire accompagner en ville un patient qui aurait besoin de faire des courses. Cette disposition participe à l'autonomisation des patients.

c) Les patients

La capacité d'accueil du pôle de Chaumont (1^{er} étage du centre médical Maine de Biran) est de vingt-trois personnes, en soins libres ou en soins sous contrainte. Lors de la visite des contrôleurs, l'unité accueillait vingt-quatre patients (onze femmes et treize hommes) en soins libres dont un dans la chambre s'isolement momentanément meublée ; quatre patients – dont un précédemment en SPDRE – en programmes de soins étaient suivis par le pôle. La durée d'hospitalisation la plus longue était de 156 jours. Tous les patients recevaient des visites. Le plus jeune avait 19 ans, le plus âgé, 87 ans. Dix-neuf patients étaient inscrits à des activités de médiation thérapeutique.

Entre 2013 et 2015, un seul patient a été hospitalisé à deux reprises en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), à chaque fois pendant une journée.

En 2013, en 2014 et en 2015, respectivement 14, 15 et 14 patients ont été hospitalisé au pôle de Chaumont à la demande de tiers et 8, 3 et 6 pour péril imminent – soit 30 %, 14 % et 36 % des hospitalisations sans consentement. Les durées moyennes de séjour (DMH) et d'hospitalisation (DMS) étaient donc en 2013 de 30 et de 40 jours, en 2014 de 28 et de 42 jours, et en 2015 de 46 et de 59 jours.

Les taux d'occupation des lits étaient respectivement de 90 % en 2013, 84 % en 2014 et 95 % en 2015.

La capacité d'accueil du pôle de Langres (2^{ème} étage du centre médical Maine de Biran) est de vingt-trois personnes, en soins libres ou en soins sous contrainte. Lors de la visite des contrôleurs, l'unité accueillait vingt-quatre patients (treize femmes et onze hommes) en soins libres dont un dans la chambre s'isolement momentanément meublée ; dix patients – dont cinq précédemment en SPDRE – en programmes de soins étaient suivis par le pôle La durée d'hospitalisation la plus longue était de 840 jours. Tous les patients recevaient des visites. Le plus jeune avait 20 ans, le plus âgé, 77 ans. Quinze patients étaient inscrits à des activités de médiation thérapeutique.

Entre 2013 et 2015, trois patients ont été hospitalisés en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), deux pour une durée de cinq jours chacun en 2013 et le troisième pour une journée en 2015.

En 2013, en 2014 et en 2015, respectivement 12, 31 et 34 patients ont été hospitalisé au pôle de Chaumont à la demande de tiers dont 3, 8 et 11 pour péril imminent – soit 25 %, 25 % et 32 % des hospitalisations sans consentement. Les durées moyennes de séjour (DMS) et d'hospitalisation (DMH) étaient donc en 2013 de 26 et de 45 jours, en 2014 de 30 et de 45 jours, et en 2015 de 28 et de 42 jours.

d) La prise en charge thérapeutique

i) La vie quotidienne

Le rythme quotidien est similaire à celui cité supra au § 6.3.4. d.

ii) Les activités

Les activités sont toutes thérapeutiques. Cependant les salles d'activité sont ouvertes également aux patients qui n'ont pas reçu de prescription ; ils peuvent participer comme auditeurs libres dans la mesure des places disponibles.

Le programme d'activité est arrêté selon un cadre hebdomadaire prédéfini. Par exemple, pour le pôle Langres, le mercredi sont prévues :

- de 9h30 à 12h : musicothérapie pour 4 ou 5 patients ;
- de 9h30 à 11h30 : « silos » expositions pour 3 ou patients ;
- de 14h30 à 17h : musicothérapie pour 4 ou 5 patients ;
- de 14h30 à 17h : sortie en ville ou marché pour 4 ou 5 patients.

Ainsi, l'activité d'art thérapie est organisée quatre demi-journées par semaine, du lundi au vendredi ; des activités sont également planifiées le samedi.

Lors de la réunion hebdomadaire de pôle, les patients sont répartis entre ces activités de façon à optimiser l'emploi du temps de chaque patient et celui de chaque animateur ; les deux pôles travaillant de façon coordonnée de façon à ne pas saturer une activité.

Bonne pratique

Le volume et la qualité des activités thérapeutiques prescrites aux patients hospitalisés au centre médical de Chaumont, tant au sein du centre médical qu'à l'extérieur, sont à citer en exemple ; elles visent à socialiser les patients et participent au respect de leur dignité.

7. CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les recommandations et bonnes pratiques qui apparaissent dans le texte. Ils constatent le paradoxe existant entre la perception d'une bienveillance générale qui se dégage et le constat de la fermeture des unités à l'exception de la Fabrique des prés ainsi que l'insuffisance de traçabilité relative à la notification des droits.