



Rapport de visite :

Centre hospitalier

Guillaume Régnier

DIHPSEA

Rennes

Ille-et-Vilaine

Du 11 au 13 juillet 2016 – 2ème visite

SYNTHESE

Le dispositif intersectoriel d'hospitalisation psychiatrique de soins pour enfants et adolescents – DIHPSEA – de Rennes est rattaché au centre hospitalier Guillaume Rognier. Les unités pour adultes avaient reçu la visite des contrôleurs en 2014 ; à cette époque les travaux destinés à réorganiser le site accueillant les unités pour enfants n'étaient pas terminés. C'est chose faite depuis avril 2015.

Le DIHPSEA compte désormais cinq unités offrant une capacité d'accueil de cinquante lits d'hospitalisation complète et quinze places d'hospitalisation de jour, pour des enfants de 10-12 à 18 ans, domiciliés dans l'ensemble du département d'Ille-et-Vilaine.

Les points suivants ont plus particulièrement retenu l'attention :

Les locaux sont neufs et lumineux mais, construits sans prendre réellement en compte le point de vue des professionnels, **ils ne sont pas toujours adaptés** : l'unité d'hospitalisation de courte durée, qui accueille de jeunes patients en crise, est située à l'étage et ne dispose d'aucun accès direct depuis l'extérieur ; les patients y sont confinés, sans accès à l'air libre. Les autres unités sont bâties sur deux niveaux, ce qui pose des problèmes de surveillance et de sécurité : les espaces de vie et les chambres d'isolement sont au rez-de-chaussée, les chambres d'hébergement sont à l'étage. Globalement, l'espace manque pour les activités. Une nouvelle construction devrait y remédier.

L'organisation médicale repose sur trois pôles qui se partagent la gouvernance du dispositif. Chaque unité se voit attacher un praticien hospitalier psychiatre, selon des quotités différentes, variant d'un temps plein à un mi-temps. En revanche, les équipes paramédicales relèvent de l'autorité d'un seul interlocuteur, cadre supérieur de santé. Au moment du contrôle, il n'existait pas de projet médical fédérateur ; les équipes éprouaient des difficultés à investir de nouveaux locaux et adapter la prise en charge à un public différent de celui qu'elles suivaient dans les anciens bâtiments, d'autant que, contrairement aux anciens locaux, les nouveaux bâtiments avaient été dotés de chambres d'isolement, ce que les équipes n'avaient pas demandé. Depuis lors, des chambres d'apaisement ont été aménagées mais les chambres d'isolement sont restées. Dans ce contexte particulier, il semble qu'une équipe – qui a en charge des enfants particulièrement difficiles – fasse preuve d'une rigidité, voire d'un autoritarisme peu adapté. Le médecin responsable estime toutefois que cette équipe est globalement bienveillante et investie auprès des enfants ; elle tente d'instaurer des pratiques plus conformes à l'intérêt des patients. La direction indique avoir mis en place un programme de formation avec supervision et analyse des pratiques, pour l'ensemble des unités ; elle fait savoir que des réunions de coordination ont été mises en place, associant médecins chefs de pôle, direction, praticiens, cadre supérieur de santé et cadres de santé.

Les procédures d'admission et de soins, comme dans une majorité d'établissements, **ne sont pas adaptées à la situation de mineurs soumis à l'autorité parentale**.

OBSERVATIONS

LES MESURES SUIVANTES DOIVENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 15

Les locaux sont propres, lumineux et bien entretenus ; l'organisation de l'espace et la présence de grilles à l'étage interrogent cependant quant à la sécurité des patients. Il convient de veiller à ce que chaque unité dispose d'espaces suffisants pour les patients et les professionnels, d'un accès à l'air libre, d'un lieu d'apaisement et de salles d'activités adaptées aux besoins des patients. Les cours – dans leur état au moment de la visite – devraient également bénéficier d'aménagements.

2. RECOMMANDATIONS 18

Des dispositions devraient être prises pour garantir une présence médicale continue et stable au sein des unités.

La formation des équipes devrait être approfondie. Les contrôleurs notent que l'analyse des pratiques a été renforcée.

3. RECOMMANDATION 19

Il convient d'éviter l'hospitalisation de mineurs dans des pavillons pour adultes. Lorsqu'il ne peut être procédé autrement, il y a lieu de mettre en place une prise en charge adaptée à leur âge et à leurs besoins.

4. RECOMMANDATION 22

Le protocole d'admission en soins libres élaboré par l'hôpital devrait être complété pour intégrer des dispositions spécifiques aux mineurs ; il convient en effet de tenir compte des droits des titulaires de l'autorité parentale et de la place des parents pendant l'hospitalisation.

5. RECOMMANDATION 23

Il convient de mettre en place un dispositif permettant de s'assurer que les patients, mineurs ou non, se sont vus notifier la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, que la remise d'une copie de la décision a été assortie d'explications – délivrées par une personne formée – relatives aux voies de recours, à la situation juridique du patient et aux droits qui y sont attachés, et à la possibilité de faire valoir ses observations conformément aux dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

6. RECOMMANDATION 24

Le protocole relatif aux soins psychiatriques sans consentement devrait être mis à jour et complété par des dispositions spécifiques aux mineurs en tenant compte, notamment, du respect de l'autorité parentale.

7. RECOMMANDATION 25

Le livret d'accueil de l'établissement doit être mis à jour. Les patients hospitalisés sans leur consentement doivent pouvoir y trouver des informations précises et actuelles sur leur situation juridique et leurs droits.

8. RECOMMANDATION 25

Il convient d'actualiser le livret d'accueil destiné aux mineurs, de compléter l'information des mineurs quant à leurs droits et de prévoir un document spécifique adapté aux mineurs hospitalisés sans leur consentement.

9. RECOMMANDATION 25

Le règlement intérieur des unités – règles de vie – devrait être conçu de manière adaptée à l'âge et aux capacités des patients.

10. RECOMMANDATION 30

Les chambres d'isolement doivent être pourvues d'un dispositif d'appel et d'une horloge. Le patient doit pouvoir accéder librement aux sanitaires.

11. RECOMMANDATION 30

Le protocole relatif au placement en chambre d'isolement semble diversement appliqué par des équipes soudainement confrontées à cette possibilité, qui plus est dans un contexte de changement de locaux et, pour certaines, de population. Il convient de s'assurer que l'isolement est effectivement une mesure de dernier recours, décidée par un médecin, dans un but de protection. La réflexion engagée à ce sujet ne peut être que bénéfique. Elle ne saurait cependant suffire si elle n'est pas accompagnée d'une formation plus approfondie des personnels soignants à la psychiatrie infanto-juvénile.

12. RECOMMANDATION 30

Les contrôleurs notent qu'un registre d'isolement a été mis en place depuis la visite. Ils rappellent que, conformément aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, il y a lieu également d'établir un rapport annuel rendant compte des pratiques en matière d'isolement et de contention, ce rapport étant notamment destiné à enrichir la réflexion sur les pratiques de chaque unité, à partir de données objectives.

13. RECOMMANDATION 37

Il conviendrait d'accompagner l'équipe de Pen Duick, qui semble avoir été brutalement confrontée à une population et un environnement nouveaux. La supervision mise en place en janvier 2017 est de nature à répondre à ce besoin.

Il est nécessaire également d'initier une réflexion sur les conséquences de ce changement dans les conditions d'exercice, notamment en matière de recours à l'isolement.

Il faut enfin éviter que l'échéance de la majorité constitue, pour le patient, un couperet dans la prise en charge.

14. RECOMMANDATION 40

Les locaux consacrés à l'UHCD – particulièrement étroits, sans accès à l'air libre, sans salles collectives – ne garantissent pas un accueil et des soins de qualité.

15. RECOMMANDATION 46

Les propos dévalorisants, les attitudes empreintes de toute forme d'autoritarisme et, a fortiori, de violence, sont à proscrire. La contention, sous quelque forme que ce soit, de même que l'isolement, doivent répondre à un protocole et n'intervenir que sur prescription médicale et en dernier recours.

16. RECOMMANDATION49

Il convient de donner aux équipes les moyens humains, matériels et de formation conformes à la difficulté de leur mission.

Il y a lieu de favoriser une présence médicale plus soutenue à Astrolabe.

Il est nécessaire que le cadre de santé soit plus présent.

Il convient de rappeler les exigences du soin, de veiller étroitement sur les pratiques mises en œuvre et de mettre en place une organisation permettant d'en interroger la légitimité, notamment par une analyse des pratiques et une supervision soutenues et durables.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	6
RAPPORT	8
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. PRESENTATION GENERALE	10
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT.....	10
2.2 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE : UNE GOUVERNANCE DISTANTE SUR LE PLAN MEDICALE ET PROXIMALE SUR LE PLAN SOIGNANT	10
2.3 LES LOCAUX DU DIHPSEA SONT NEUFS MAIS NE CORRESPONDENT PAS COMPLETEMENT AUX BESOINS	13
2.4 LE PERSONNEL DU POLE INFANTO-JUVENILE : DES DIFFICULTES POUR FIDELISER LES MEDECINS PSYCHIATRES, LES EQUIPES SOIGNANTES PLACEES SOUS L'AUTORITE UNIQUE D'UN CADRE SUPERIEUR DE SANTE	15
2.4.1 Le personnel médical	15
2.4.2 Le personnel non médical	16
2.4.3 La gestion des ressources humaines	17
2.5 L'ACTIVITE	18
2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS ET LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE FONT PEU DE PLACE A L'HOSPITALISATION DES MINEURS	20
2.6.1 Commission des usagers et associations de familles	20
2.6.2 Le comité d'éthique	20
3. L'HOSPITALISATION DES MINEURS	21
3.1 LES MODALITES D'ADMISSION DOIVENT TENIR COMPTE DES DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX MINEURS	21
3.1.1 Le principe : l'hospitalisation sur demande des titulaires de l'autorité parentale	21
3.1.2 L'exception : l'hospitalisation sous contrainte décidée par l'autorité publique	23
3.2 UNE AMELIORATION DOIT ETRE APPORTEE SUR LES INFORMATIONS TRANSMISES AU PATIENT ET A SES REPRESENTANTS LEGAUX	24
4. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION	26
4.1 LA RESTAURATION N'APPELLE PAS D'OBSERVATION	26
4.2 LES SOINS SOMATIQUES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION	26
4.3 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION ET REpondre AUX EXIGENCES DE LA LOI	26
4.3.1 L'isolement.....	27
4.3.2 La contention	29
5. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	31
5.1 L'UNITE PEN DUICK	31
5.1.1 Les locaux.....	31
5.1.2 Le personnel.....	32
5.1.3 Les patients	34
5.1.4 La prise en charge	34
5.2 L'UNITE HERMIONE EST UNE UNITE DE SOINS INTENSIFS FERMEE	37
5.2.1 Les locaux.....	37
5.2.2 Le personnel.....	37

5.2.3	La prise en charge	38
5.3	L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE N'EST PAS ADAPTEE A LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE.....	39
5.3.1	Les locaux.....	39
5.3.2	Le personnel.....	40
5.3.3	La prise en charge	40
5.4	L'UNITE BELEM FONCTIONNE EN HOSPITALISATION DE SEMAINE.....	41
5.4.1	Les locaux.....	41
5.4.2	Le personnel.....	41
5.4.3	La prise en charge	42
5.5	L'UNITE ASTROLABE ACCUEILLE DES JEUNES PATIENTS DIFFICILES ET SE TROUVE EN DIFFICULTE POUR LES PRENDRE EN CHARGE.....	42
5.5.1	Les locaux.....	42
5.5.2	Le personnel.....	43
5.5.3	Les patients	44
5.5.4	La prise en charge	44
6.	CONCLUSION.....	50

Rapport

Contrôleurs :

- Dominique LEGRAND, cheffe de mission ;
- Yves HEMERY.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, deux contrôleurs ont effectué une visite inopinée **du dispositif intersectoriel d'hospitalisation psychiatrique de soins pour enfants et adolescents** (DIHPSEA) du centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) de Rennes (Ille-et-Vilaine) du 11 au 13 juillet 2016.

Le CHGR avait fait l'objet, en septembre 2012, d'un contrôle portant essentiellement sur les unités recevant les adultes. A propos des unités pour enfants et adolescents, le rapport indiquait en effet : « Il convient cependant de préciser que la durée très brève de cette partie du contrôle, si elle a permis de recueillir quelques informations d'ordre général relatives au fonctionnement de cet intersecteur, ne peut être considérée comme un examen des conditions de respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté au sens de la loi du 30 octobre 2007. »

Le présent rapport porte exclusivement sur la situation des mineurs hospitalisés.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'entrée du centre du Bois Perrin, situé 4 rue du Bois Perrin à Rennes, où est implanté le dispositif intersectoriel d'hospitalisation psychiatrique des enfants et adolescents – DIHPSEA – le 11 juillet 2016 à 10h30 ; ils ont quitté l'établissement le 13 juillet à 18h.

A leur arrivée – qui n'avait pas été annoncée – ils ont été reçus par les deux cadres de santé, rapidement rejoints par le directeur adjoint en charge de la pédopsychiatrie, un praticien hospitalier responsable des soins dans deux des unités du DIHPSEA et la cadre supérieure de santé responsable de la prise en charge psychiatrique des enfants et adolescents.

Les contrôleurs ont présenté la mission et invité les personnes présentes à exposer l'activité et les spécificités du service.

La direction du centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) a informé de la visite les chefs de pôle, le médecin président la commission médicale de l'établissement (CME), les représentants des usagers, les organisations professionnelles.

Les contrôleurs ont informé le préfet d'Ille-et-Vilaine, le président du tribunal de grande instance de Rennes et le procureur de la République, ainsi que l'agence régionale de santé de Bretagne.

Une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet a été mise à disposition des contrôleurs. Tous les documents demandés ont été remis.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec quelques patients, avec leurs parents en visite, ainsi qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion s'est tenue le 13 juillet à 17h, afin de communiquer les premiers éléments de constat ; elle s'est déroulée en présence, notamment, de trois directeurs adjoints dont la directrice adjointe assurant l'intérim du directeur absent, d'un médecin chef de pôle, du médecin président de la CME, de deux médecins, l'un coordonnateur et l'autre responsable des soins au sein du DIHPSEA, de la cadre supérieure de santé et des cadres de santé du DIHPSEA.

Le rapport de constat a été adressé à la direction de l'hôpital par courrier du 13 décembre 2016 ; il y a été répondu par deux lettres du 18 janvier 2017. Le médecin responsable de l'une des unités a également adressé ses observations par courrier daté du 17 janvier 2017. Le présent rapport tient compte de l'ensemble des remarques.

2. PRESENTATION GENERALE

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT

L'histoire de la psychiatrie en Ille-et-Vilaine se confond quasiment avec celle de l'hôpital de la ville-centre, Rennes. De l'hospice de Saint-Méen à l'asile du même nom, cet établissement, implanté aux portes de Rennes, s'est développé au gré des évolutions administratives et sanitaires.

Ainsi, la politique de sectorisation, issue de la circulaire de 1960, a permis de « décentraliser » les prises en charge pour les populations de la région de Saint-Malo, grâce à l'implantation de deux secteurs de psychiatrie générale et d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) à l'hôpital général de la cité corsaire, en 1975.

Plus tard, après bien des vicissitudes, un autre secteur de psychiatrie générale a été rattaché au centre hospitalier de Redon, sans ajout de secteur de PIJ.

Le dispositif psychiatrique s'organise donc autour et à partir de l'établissement pivot, désormais dénommé Centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), du nom du fondateur de l'hospice, au XVIIIème siècle.

Les secteurs se sont distribués le territoire, en conservant, pour la plupart, une partie de l'agglomération rennaise.

Au fil des ans et des réformes hospitalières, persistent neuf « pôles » de psychiatrie générale, certains devant prochainement fusionner. Le principe d'un ancrage rennais pour chaque « pôle » est désormais abandonné au profit du développement des structures ambulatoires implantées sur l'ensemble du territoire desservi.

Deux services universitaires rattachés à l'université de Rennes I, l'un en psychiatrie générale, l'autre en PIJ, complètent le dispositif par des structures spécifiques, telles les unités implantées au centre hospitalier universitaire (CHU) de Pontchaillou – l'unité d'urgences psychiatriques et l'unité d'hospitalisation de courte durée Lanteri-Laura (UHCD) – créée en 2014 et destinées aux patients de plus de 16 ans, et les urgences pédiatriques de l'hôpital Sud pour les enfants de moins de 16 ans.

A l'occasion de la reconstruction des unités d'hospitalisation temps plein de PIJ, projet initié en 2012, la communauté médicale a acté le principe d'un site unique pour les hospitalisations des mineurs, celui dit du Bois Perrin, lieu d'implantation des services de PIJ. Ainsi, au moment du contrôle, les admissions de mineurs au sein des services de psychiatrie générale devraient-ils relever de l'exception.

2.2 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE : UNE GOUVERNANCE DISTANTE SUR LE PLAN MEDICAL ET PROXIMALE SUR LE PLAN SOIGNANT

La pédopsychiatrie s'est développée à Rennes, sans grande originalité, à partir des services de psychiatrie d'adultes. Initialement destinés à accueillir les « idiots », les « épileptiques » et les déficients de tous ordres, deux services se sont implantés à proximité de l'asile, entre 1920 et 1926, sur un terrain éloigné de quelques centaines de mètres au Nord-est, la Motte au Duc.

Durant des décennies, cet établissement a été marqué d'une sinistre réputation de lieu de relégation pour enfants et son évolution s'est réalisée lentement dans la seconde partie du siècle dernier. D'une part, la PIJ s'organise et investit son territoire de soins, aussi bien à l'extérieur

(secteurs) qu'à l'intérieur de l'hôpital et, d'autre part, les lois sociales de 1975 affirment le rôle prééminent du secteur médico-social dans le champ du handicap, y compris le handicap mental. C'est ainsi que les dortoirs de la Motte au Duc se vident et que l'établissement retrouve peu à peu une fonction soignante auprès de la population âgée de moins de 16 ans.

Même si l'appellation du site a changé, pour devenir « centre du Bois Perrin », du nom de la rue adjacente, on peut relever dans les propos du personnel ou les écrits de l'établissement la dénomination « internat » qui relève pourtant d'un autre temps... Cela même alors que la reconstruction des services d'hospitalisation est achevée, avec un nouveau changement de dénomination des unités : Orion est devenue Astrolabe, Sirius, Belem, et Antarès, Hermione.

Cette reconstruction du dispositif d'hospitalisation s'est effectuée à marche forcée entre 2012 et 2015, date de l'achèvement des locaux, comprenant cinquante lits d'hospitalisation complète et quinze places d'hospitalisation de jour.

Plusieurs impératifs ont bridé le projet, en particulier une enveloppe budgétaire réduite et une réduction des surfaces disponibles au sol. En effet, l'établissement a cédé à la ville de Rennes une bonne partie du terrain de la Motte au Duc, obligeant à replier sur la moitié Est de l'emprise l'ensemble des unités pédopsychiatriques implantées sur le site historique. Ainsi, deux hôpitaux de jour, le centre de consultations, l'unité de scolarisation et les unités de psychomotricité vont devoir trouver leur place sur les pelouses restant disponibles à la construction.

Il en résulte un ensemble architectural compact, alignant cinq services de soins sur deux niveaux. Le projet s'est aussi transformé en cours de route puisqu'ont été adjoints, d'une part, l'unité Pen Duick qui, destinée à l'accueil des 16-18 ans, remplace l'unité de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes¹ (USSAJA) antérieurement implantée sur le site principal et, d'autre part, l'UHCD – unité d'hospitalisation de courte durée – destinée aux moins de 16 ans. Il en résulte une certaine promiscuité de populations d'âges et de pathologies très variés.

Les nouveaux locaux, difficiles à investir pour les professionnels, sont de surcroît confiés à une organisation soignante et médicale complexe.

L'organisation médicale de la PIJ dans le département repose actuellement sur quatre pôles effectifs, assumant les soins ambulatoires comme hospitaliers. Le pôle malouin est indépendant du dispositif rennais, il reste donc trois pôles rattachés au CHGR.

Le pôle I02 prend en charge les enfants de la partie Nord-Est du département et de l'agglomération rennaise ; **le pôle I03** assume les soins pour la partie Ouest et **le pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et adolescent (PHUPEA)** a la responsabilité de la partie Sud, y compris la région de Redon pour les enfants de moins de 16 ans et de l'ensemble du département pour les adolescents de 13 à 18 ans.

De très nombreuses implantations sur le territoire offrent des soins diversifiés : hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques (CMP), centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), unités de soins à domicile... **Selon les renseignements communiqués, plus de cinquante personnes et parfois jusqu'à cent sont régulièrement en attente de rendez-vous dans ces structures et le délai peut être très long avant d'obtenir un rendez-vous, contribuant ainsi à l'aggravation de l'état du patient.** Un courrier daté du 13 juin 2016 – sur lequel il sera revenu

¹ Cette unité recevait les adolescents et jeunes adultes, jusqu'à 21 ans.

plus loin – a été adressé par le pôle I02 à la direction et attire son attention sur l'état parfois très délabré, voire dangereux, de certaines de ces structures².

Le découpage territorial relève aussi de l'histoire de l'établissement puisque les anciens protagonistes n'ont pu s'accorder sur un dispositif plus intégré. Dès lors, les projets actuels restent teintés de complexité dans leur mise en œuvre commune.

Les services d'hospitalisation à temps plein ainsi regroupés au sein d'une fédération hospitalière, leur **gouvernance médicale est partagée entre les pôles.**

Le PHUPEA prend en charge le service Pen Duick – qui reçoit des 16-18 ans – **ainsi que l'UHCD**, qui fonctionne en lien avec les urgences pédiatriques (moins de 16 ans) et a désigné un coordinateur médical.

Les pôles I02 et I03 ont choisi d'assurer en alternance la gouvernance médicale des unités Astrolabe, Belem et Hermione ; au jour du contrôle, le pôle I03 était chargé de la coordination.

Chacun des services se voit attacher un praticien hospitalier psychiatre, selon des quotités différentes, de 100 % à Pen Duick et à Hermione, à 50 % dans les autres unités. Un ou des internes en psychiatrie complètent l'effectif médical dans certaines unités.

Un pédiatre vacataire intervient dans les services destinés à la population juvénile et un médecin généraliste est sollicité par l'unité Pen Duick.

Si l'ensemble des cinq services se trouve regroupé dans une même fédération intersectorielle, on ne ressent guère de proximité de projet, ni de pratiques. Le projet médical figurant en annexe du projet de restructuration est d'ailleurs particulièrement concis, ne laissant pas apparaître d'analyse des besoins à travers l'étude de la situation antérieure.

En revanche, les équipes paramédicales relèvent de l'autorité d'un seul interlocuteur, la cadre supérieure de santé, qui a en charge l'ensemble de l'encadrement et des équipes de terrain de la fédération.

La fédération a pris le nom de DIHPSEA pour « dispositif intersectoriel d'hospitalisation psychiatrique de soins pour enfants et adolescents ». Chacune des unités propose un projet de soins spécifique, qui n'est pas toujours clairement formalisé et dispose de places d'hospitalisation de jour en sus des lits d'hospitalisation, reprenant peu ou prou le modèle préexistant.

Il en résulte un ensemble hétérogène d'unités, confronté à des locaux compacts, à une histoire pesante et à une « gouvernance » floue, distante sur le plan médical et proximale sur le plan infirmier et soignant. Le risque le plus évident est celui de la marginalisation du discours médical, au profit d'une autonomie infirmière sans véritable contrôle.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur objecte qu'une régulation médicale existe ; il évoque également les améliorations apportées dans l'organisation médicale du DIHPSEA, postérieurement à la visite. Des réunions de coordination se tiennent désormais, associant médecins coordonnateurs, chefs de pôle, praticiens et directeur référent de la pédopsychiatrie, cadre supérieur de santé et cadres de santé, pour évoquer à la fois les problématiques de fonctionnement et d'organisation et les pistes d'amélioration. Une réflexion de fond a également

² Les structures ambulatoires ne relèvent pas de la compétence du Contrôle général des lieux de privation de liberté et n'ont donc pas été visitées par les contrôleurs.

été engagée pour ajuster les projets médicaux et répondre au mieux aux besoins des populations accueillies.

Les autres modifications seront précisées au fil du rapport, dans les chapitres concernés.

2.3 LES LOCAUX DU DIHPSEA SONT NEUFS MAIS NE CORRESPONDENT PAS COMPLETEMENT AUX BESOINS

Ainsi qu'il a été dit plus haut, **les locaux du DIHPSEA** sont implantés à quelques centaines de mètres de l'entrée principale du CHGR, dans un parc arboré dont une partie est en voie de cession au bénéfice de la ville de Rennes.

Les jeunes patients sont regroupés dans **un bâtiment unique et neuf**, aux lignes géométriques et aux couleurs contemporaines : blanc et anthracite.



Le DIHPSEA

L'ensemble est composé de quatre ailes parallèles disposant chacune d'une entrée distincte, ouvrant sur une unité spécifique :

- **l'unité Pen-Duick**, qui compte treize lits, accueille des adolescents de 16 à 18 ans, quelle que soit leur pathologie ;
- **l'unité Hermione** compte huit lits ; elle accueille les enfants de 10 à 16 ans, nécessitant des soins intensifs ;
- **l'unité Belem** compte douze lits et reçoit, en hospitalisation de semaine, des enfants de 10 à 16 ans, susceptibles d'être scolarisés à l'extérieur ;
- **l'unité Astrolabe** compte douze lits et accueille en hospitalisation de semaine des enfants de 10 à 16 ans souffrant de graves troubles de la personnalité ou du comportement ;
- une cinquième **unité**, consacrée à **l'hospitalisation de courte durée** – UHCD – partage une partie de l'étage avec Hermione, où elle dispose d'un espace particulièrement réduit, sans accès à l'air libre ; l'unité compte cinq lits et reçoit, pour une observation de 72 heures, les adolescents de moins de 16 ans.

A l'exception d'une porte centrale, qui conduit au secrétariat et aux consultations, seule la porte conduisant vers l'unité Pen Duick était ouverte au jour de la visite ; celle de Belem, régulièrement ouverte, était fermée du fait de l'absence de patients.

Les quatre unités de moyen ou plus long séjour sont organisées selon une même logique : les locaux collectifs sont, pour la plupart, situés au rez-de-chaussée et les chambres à l'étage. On notera que cette disposition pose des problèmes de surveillance et de sécurité dans la mesure où les effectifs ne permettent pas de positionner des soignants sur les deux niveaux. On note

aussi, à chaque 1^{er} étage et conduisant vers le toit, la présence de grilles à l'aspect quelque peu carcéral dont les barreaux font redouter une utilisation suicidaire (pendaison).

Les chambres, toutes individuelles, offrent une surface de 15 m² environ et sont toutes pourvues d'une salle d'eau séparée, avec vasque, douche et toilettes. Chaque unité dispose en outre d'une salle de bains avec baignoire. Au total, neuf chambres (de 17 m²) sont équipées pour recevoir des personnes à mobilité réduite.

Chaque aile dispose d'une **chambre d'isolement**, située au rez-de-chaussée, à proximité de la salle de soins, localisation qui rend malaisée sa surveillance de nuit.

Les unités sont reliées entre elles par deux couloirs parallèles qui les traversent de part en part, à chaque étage ; chaque portion de couloir est cependant fermée par une double porte coupe-feu dont l'ouverture exige une clé.

Deux **salles d'activité** (dont l'une avec équipements de cuisine) et une salle de psychomotricité, accessibles à partir du couloir du rez-de-chaussée, sont théoriquement mutualisées, au grand regret de nombreux soignants qui estiment ne pouvoir les aménager ni les occuper conformément aux besoins des patients : de fait, une salle initialement envisagée pour des activités manuelles et artistiques est, par exemple, équipée d'un billard et d'un sac de frappe qui la rend impropre à sa destination initiale et ne correspond pas aux besoins de l'ensemble des patients.

Les unités partagent par ailleurs, deux à deux, la vue sur un patio, non accessible.

A l'arrière du bâtiment, chaque unité dispose d'une vaste portion de **cour-terrasse**, fermée par une clôture laissant vue sur le parc... et sur l'unité voisine ; le sol est constitué d'un revêtement sablonneux qui tranche sur la verdure alentour et donne un aspect austère au lieu, malgré le mobilier en bois.



Une cour-terrasse

Les locaux ne sont pas spacieux mais sont lumineux et, à tous égards, en très bon état. La décoration est minimale ; l'ensemble est impersonnel, strictement « hospitalier ».

Selon les renseignements recueillis, les locaux auraient été conçus sans réelle concertation, répondant essentiellement à un souci de rationaliser les coûts. Les soignants se plaignent de la proximité et de la « porosité » des cours et des bâtiments qui rendent possibles les contacts entre enfants d'âges, pathologies, préoccupations et besoins différents.

S'ils estiment avoir « gagné en hygiène et salubrité », **beaucoup déplorent l'uniformité et l'absence corrélative de locaux adaptés aux besoins spécifiques des patients, regrettant que « le projet de soins doive s'adapter aux locaux et non l'inverse ».**

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que, depuis la visite, les cours ont été dotées d'équipements sportifs, que la décoration et la personnalisation « a été rendue possible », et que l'édification d'un plateau commun comportant divers espaces d'activité, est prévue pour fin 2019.

Recommandation

Les locaux sont propres, lumineux et bien entretenus ; l'organisation de l'espace et la présence de grilles à l'étage interrogent cependant quant à la sécurité des patients. Il convient de veiller à ce que chaque unité dispose d'espaces suffisants pour les patients et les professionnels, d'un accès à l'air libre, d'un lieu d'apaisement et de salles d'activités adaptées aux besoins des patients. Les cours – dans leur état au moment de la visite – devraient également bénéficier d'aménagements.

2.4 LE PERSONNEL DU POLE INFANTO-JUVENILE : DES DIFFICULTES POUR FIDELISER LES MEDECINS PSYCHIATRES, LES EQUIPES SOIGNANTES PLACEES SOUS L'AUTORITE UNIQUE D'UN CADRE SUPERIEUR DE SANTE

Le projet de restructuration de l'offre de soins d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est détaillé dans un document du 12 février 2015 à destination des membres du comité technique d'établissement. Outre les projets spécifiques de chaque unité, il présente les dotations en personnel de toutes qualifications affectés à la fédération.

2.4.1 Le personnel médical

« Chaque pôle est responsable de l'affectation des moyens médicaux prévus au titre de l'effectif théorique. La répartition des effectifs médicaux physiques relève de la responsabilité du chef de pôle. Les effectifs médicaux sont actuellement pourvus ».

Ainsi, le pôle I02 est responsable du temps médical affecté à l'unité Astrolabe, c'est-à-dire 0,5 ETP.

Le pôle I03, chargé des unités Hermione, Belem, attribue 1 ETP à Hermione et 0,4 ETP à Belem. Un temps médical est en outre attribué à l'hôpital de jour « Myosotis », également implanté sur le site du Bois Perrin, à hauteur de 0,2 ETP.

Les services UHCD et Pen Duick relèvent de la responsabilité du PHUPEA qui réserve 1 ETP pour Pen Duick et 0,5 ETP pour l'UHCD.

Tous ces postes sont pourvus par des psychiatres titulaires ou contractuels et, théoriquement, sont considérés comme des priorités par chacun des pôles. Il en va autrement en pratique, ainsi qu'il sera décrit plus loin.

S'y ajoutent les temps passés par les praticiens coordonnateurs délégués par les pôles, essentiellement dans un cadre d'accompagnement institutionnel, ou plus spécifiquement d'accompagnement clinique, à l'UHCD et à Pen Duick.

En outre, selon les semestres, un ou plusieurs internes sont affectés au site du DIHPSEA.

La continuité des soins au long de la semaine, y compris le samedi matin, relève de la responsabilité de chacun des pôles.

La nuit, après 18h30, le week-end du samedi 12h30 au lundi 8h30, comme les jours fériés, sont couverts par le service de garde : un praticien de garde aux urgences du CHU et un praticien d'astreinte à domicile pour le site du CHGR, y compris le DIHPSEA. Un interne assure une garde sur place au CHGR. Les psychiatres de garde n'ont que rarement une expérience ou une compétence en PIJ, puisque la participation à la garde relève du volontariat.

A plusieurs reprises pendant la visite et dans les jours qui ont suivi, les contrôleurs ont été alertés sur les départs – passés et à venir – de plusieurs médecins du PIJ (tous pôles confondus), départs qui seraient liés à une organisation et un poids des instances administratives et d'encadrement qui marginaliseraient, voire discréditeraient leur rôle.

Une lettre ouverte datée du 13 juin 2016, adressée aux instances de direction par « les personnels du pôle I02 » avait déjà, quelques semaines avant le contrôle, dressé un amer constat des conditions de travail : équipes sous-dimensionnées, absences non remplacées ou remplacées tardivement, médecins envahis par des demandes administratives au détriment du temps consacré au travail clinique, absence de reconnaissance du rôle du médecin.

2.4.2 Le personnel non médical

Le personnel non médical attribué au DIHPSEA est placé sous l'autorité de la cadre supérieure de santé, à l'exception des psychologues et assistants socio-éducatifs. Relèvent ainsi de son autorité infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques, agents des services hospitaliers et encadrement de proximité. La cadre supérieure est elle-même soumise à l'autorité de la direction des soins et de la direction des ressources humaines du CHGR.

A l'occasion du transfert dans les services neufs, un **principe de mutualisation** s'est imposé aux unités, à la faveur d'un « retour sur investissement » exigé par l'ARS auprès de l'établissement. Certains effectifs ont ainsi été rognés, en particulier la nuit. A l'inverse, des IDE des hôpitaux de jour ou de la maison des adolescents prêtent occasionnellement leur concours lors d'activités extérieures.

Les temps se répartissent ainsi :

- 1,75 ETP de secrétaire ;
- 2,50 ETP de psychologue ;
- 1,15 ETP d'assistant socio-éducatif ;
- 0,50 ETP de psychomotricien.

Aucun temps d'orthophoniste n'est dédié au DIHPSEA, ni aucun temps d'éducateur spécialisé. La direction indique que les jeunes patients bénéficient en revanche d'un temps d'éducateur sportif.

Pour les autres agents, la répartition théorique se réalise unité par unité, en tenant compte des spécificités de chacune, Astrolabe et Belem fermant du samedi 14h au lundi 9h, et alternativement pendant les mois d'été.

Astrolabe et Belem, offrant le même nombre de lits et places, bénéficient d'effectifs similaires : six infirmiers et un aide-soignant en journée, effectifs réduit à proportion le samedi (un à deux infirmiers).

Hermione partage ses effectifs avec l'UHCD, bien que ne relevant pas de la même responsabilité médicale, et l'ensemble se voit attribuer six infirmiers et quatre aides-soignants, du lundi au vendredi, et cinq et deux, les samedis et dimanches.

Pen Duick est doté de cinq infirmiers et deux aides-soignants en semaine, et de quatre et deux le week-end.

Le service de nuit est assuré désormais par quatre infirmiers et un aide-soignant, après de nombreuses protestations du personnel. Cet effectif n'est toujours pas considéré comme sécurisant, au regard de la taille du bâtiment, des deux niveaux de surveillance, des populations de jeunes patients accueillis et de leurs comportements souvent imprévisibles. Ainsi, un infirmier est habituellement seul pour les unités Belem et Astrolabe. Par ailleurs, l'équipe de nuit est renforcée en début de soirée, un des infirmiers d'après-midi apportant son concours jusqu'à 22h15.

2.4.3 La gestion des ressources humaines

L'aménagement des nouveaux locaux a été l'occasion d'un renouvellement relatif des équipes soignantes. De façon générale, les équipes soignantes sont stables, peu sensibles aux incitations à la mobilité interne promue par l'établissement et tendent à constituer des « noyaux durs ». Cela est d'autant plus manifeste qu'il est dit que les services d'hospitalisation de PIJ sont considérés comme peu attractifs au sein de l'établissement.

La majorité des soignants des unités visitées exerçait dans les services antérieurs. Au-delà d'une expérience réelle, le manque de formation théorique en pédopsychiatrie a toutefois été signalé. Certaines équipes ont semblé traversées par des dissensions qui se parlaient peu.

La gestion des remplacements est difficile, comme dans tout établissement de santé, et ceux-ci accentuent le risque de déstabilisation des équipes soignantes en imposant des changements fréquents d'interlocuteurs, préjudiciables à la continuité des soins.

Si certains soignant ont ressenti une amélioration de leurs conditions de travail, certaines équipes conservent la nostalgie de leur implantation antérieure (Pen Duick) et d'autres souffrent de la médiocre qualité des locaux de leur unité (UHCD).

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'ensemble des équipes est placé sous l'autorité d'un unique cadre supérieur de santé, ce qui, face à des médecins chefs de pôle lointains et à des praticiens peu stables et pris par des activités multiples, contribue à une certaine prééminence du personnel non médical.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur conteste cette analyse, qu'il estime non argumentée ; il fait valoir que les départs de praticiens s'expliquent par plusieurs facteurs et ne sauraient être exclusivement corrélés à la présence d'un unique cadre supérieur de santé.

Les contrôleurs admettent volontiers que les départs de praticiens puissent résulter de causes multiples. Dans ce chapitre consacré à la gestion des ressources humaines, ils ont abordé la question sous ce seul angle, d'autres facteurs ayant été évoqués plus haut (Cf. 2.4.1). Les contrôleurs ne portent aucune appréciation sur la qualité du travail de la cadre supérieure de santé mais posent en revanche la question des équilibres dans l'organisation.

Le directeur indique par ailleurs que la démarche d'audit initiée début 2016 auprès de l'ensemble des personnels du DIHPSEA s'est concrétisée par un renforcement de l'analyse des pratiques, notamment dans les unités Belem, Hermione et Astrolabe et par la mise en place de réunions transversales entre ces unités.

D'autres mesures ont également vu le jour, qui seront évoquées dans les chapitres relatifs aux unités concernées.

Le directeur précise que le plan de formation pour 2017 étend la supervision à toutes les unités.

Recommandations

Des dispositions devraient être prises pour garantir une présence médicale continue et stable au sein des unités.

La formation des équipes devrait être approfondie. Les contrôleurs notent que l'analyse des pratiques a été renforcée.

2.5 L'ACTIVITE

Au moment du contrôle, seul était disponible le **rapport d'activité de l'année 2014**. Il fait état des éléments suivants :

Psychiatrie pour adultes :

File active sanitaire adultes, tous types de prises en charge confondues : 19 987 patients ;

File active adultes hospitalisation complète : 4 235 patients ;

Nombre de journées adultes en hospitalisation à temps plein : 227 468 ;

Nombre total de « séjours hospitalisation complète » adultes : 6 776 ;

Nombre total de « séjours admis » en hospitalisation complète : 5 911

Durée moyenne de séjour (DMS): 18 jours ;

Taux d'occupation : 91,10 %.

Pourcentage d'admissions en soins contraints : 18,23 %.

Psychiatrie infanto-juvénile :

File active infanto-juvénile, tous types de prises en charge confondues : 6 114 ;

File active infanto-juvénile hospitalisation complète : 232 ;

Nombre de journées psychiatrie infanto-juvénile : 6 986 ;

Nombre de séjours admis en hospitalisation complète infanto-juvénile en 2014 : 357 ;

Nombre total de séjours d'enfants et adolescents en hospitalisation complète³ : 503 ;

Durée moyenne de séjour : 4 jours ;

Taux d'occupation : 42,53 %.

Le bureau des entrées sollicité en début de visite sur le nombre de mineurs hospitalisés au CHGR, toutes unités confondues, depuis 2014, a par ailleurs communiqué les chiffres suivants :

2014 : 308 ;

2015 : 563 ;

2016, 1^{er} semestre : 760.

³ Quelle que soit la date d'admission.

Interrogée sur cette augmentation spectaculaire, la direction indique que le mode de calcul a évolué, les permissions de 48h emportant désormais clôture de séjour et nouvelle admission.

Interrogée sur une DMS de quatre jours qui ne semblait pas conforme aux renseignements recueillis dans les unités, la direction fait valoir que, calculée selon le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre de séjours, la DMS des patients hospitalisés en PIJ en 2014 a été de 15,8 jours. Il faut préciser qu'à cette date, les patients hospitalisés en psychiatrie infanto-juvénile pouvaient être jeunes majeurs.

Chez les enfants et adolescents, l'admission en soins contraints, au strict plan juridique, est très rare : il a été relevé une admission sur décision du représentant de l'Etat en 2014, une en 2015 ainsi que, cette même année, un placement au CHGR sur décision du juge des enfants. Le taux avait cependant été de 6,94 % en 2013.

Contrairement à l'un des objectifs ayant présidé à la création du DIHPSEA, **un certain nombre de mineurs continuent d'être hébergés en unité pour adultes** : si les documents communiqués divergent et ne sont pas aisément exploitables, on retiendra que, lors du premier semestre de l'année 2016, cinquante-quatre patients ont été admis en unités pour adultes ; parmi eux, trente-sept ont été admis à l'UHCD Lanteri-Laura du CHU de Pontchaillou où leur séjour a rarement excédé quelques jours ; dix-sept autres ont été accueillis dans des pavillons pour adultes sur le site du CHGR, quatre d'entre eux ont été ultérieurement transférés vers le DIHPSEA, ce qui porte à treize le nombre de mineurs accueillis tout au long de leur séjour dans des pavillons pour adultes sur le site principal.

Les documents consultés n'indiquent pas les motifs des admissions de mineurs en unité adultes ; selon les renseignements recueillis à l'unité Pen Duick, principalement concernée, c'est l'absence de place dans cette unité.

Parmi les dix-sept enfants hébergés chez les adultes, l'un n'avait pas 16 ans (né le 30 novembre 2000, il a été admis chez les adultes le 20 janvier 2016 et y est resté jusqu'au 9 février) ; trois autres avaient dépassé 16 ans depuis un à trois mois au moment de leur admission ; l'un d'eux a été admis deux fois en pavillon adultes ; leur séjour a duré de 4 à 15 jours.

Au moment de la visite, trente-cinq enfants étaient hébergés au DIHPSEA ; un mineur était hébergé chez les adultes.

Contrairement à ce qui, semble-t-il, se passait à l'époque de l'USSAJA, unité qui hébergeait sur le site principal des jeunes de 16 à 21 ans (« *on prenait les mineurs dans la journée pour qu'ils bénéficient des activités avec un groupe de leur âge* »), il n'y a plus de collaboration dans la prise en charge.

Recommandation

Il convient d'éviter l'hospitalisation de mineurs dans des pavillons pour adultes. Lorsqu'il ne peut être procédé autrement, il y a lieu de mettre en place une prise en charge adaptée à leur âge et à leurs besoins.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS ET LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE FONT PEU DE PLACE A L'HOSPITALISATION DES MINEURS

Les contrôles institutionnels habituels font peu de place à l'hospitalisation des mineurs : aucune des autorités à qui la loi donne un pouvoir de contrôle n'a visité le DIHPSEA depuis la mise en place des nouveaux locaux.

2.6.1 Commission des usagers et associations de familles

Si les coordonnées de la commission des usagers sont affichées dans chaque service et dans chaque salle d'attente, la direction de la qualité, comme la commission n'ont été saisies que deux fois en 2015, pour répondre aux inquiétudes de familles concernant, d'une part un changement de service, d'autre part la prescription médicamenteuse.

L'association union nationale des amis et familles de malades et handicapés psychiques (UNAFAM) s'est récemment préoccupée de la situation des patients du service Pen Duick, sans formuler d'inquiétude particulière.

La direction de la qualité indique que, depuis l'ouverture des nouveaux services, aucun questionnaire de satisfaction ne lui est parvenu.

2.6.2 Le comité d'éthique

Un groupe de réflexion éthique a été créé au CHGR en 2010 ; il a fonctionné sans président depuis l'été 2015 et les comptes-rendus montrent que les candidatures se sont fait attendre ; le groupe a toutefois poursuivi ses rencontres, animé par sa vice-présidente – cadre supérieure de santé – et s'est réuni quatre fois en 2015 et deux fois depuis le début de l'année 2016 ; un nouveau président a été élu en juin 2016.

La composition du comité d'éthique est large : médecins, cadres de santé, infirmiers, aide-soignante, représentants des usagers, professeur de philosophie et juriste spécialiste du droit de la santé. Si l'absence (excusée) de certaines composantes est récurrente, on observe la présence régulière d'une vingtaine de personnes aux réunions, qui se tiennent en sus du temps de travail.

En 2015, les pôles de psychiatrie infanto-juvénile I03 et I04 étaient représentés par un médecin ou un cadre de santé. Les comptes-rendus font état de réflexion sur les thèmes de la mise en pyjama, l'isolement, le port des signes religieux ; ils sont disponibles sur intranet, de même que des études de cas ce qui, selon ses animateurs, devraient permettre à la réflexion d'essaimer dans les équipes. Dans le même esprit, une journée de réflexion est organisée chaque année ; la dernière, en date du 5 mars 2015, avait pour thème « corps et éthique ».

Le groupe éthique avait été saisi, en 2012, de la situation d'une jeune patiente, mineure et, à cette occasion, avait créé un sous-groupe susceptible d'accompagner la réflexion lors de situations complexes. Depuis lors, aucune situation de mineurs ne lui a été soumise. Les équipes de psychiatrie infanto-juvénile sont cependant sollicitées régulièrement, notamment pour contribuer à une réflexion sur l'isolement.

Ce sujet a donné lieu à un « audit » initié par la direction. Au moment de la visite, il se traduisait, au DIHPSEA, par des rencontres au sein des équipes, animées par une psychologue extérieure à l'établissement.

3. L'HOSPITALISATION DES MINEURS

3.1 LES MODALITES D'ADMISSION DOIVENT TENIR COMPTE DES DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX MINEURS

3.1.1 Le principe : l'hospitalisation sur demande des titulaires de l'autorité parentale

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'admission en soins contraints est très rare (une sur décision du représentant de l'Etat en 2014, une en 2015 ainsi qu'une ordonnance du juge des enfants). La décision d'hospitalisation incombe donc, dans la quasi-totalité des cas, **aux représentants légaux des mineurs**. Elle est prise dans le cadre d'une admission dite « en soins libres » ; si le consentement du mineur n'est pas toujours acquis au départ, les praticiens s'efforcent de rechercher son adhésion, tant pour respecter les termes de la loi que dans un souci d'alliance thérapeutique et d'efficacité.

Les jeunes rennais nécessitant une **hospitalisation en urgence** sont généralement dirigés dans un premier temps vers les urgences pédiatriques de l'hôpital Sud lorsqu'ils sont âgés de moins de 16 ans et vers l'UHCD Lanteri-Laura de Pontchaillou lorsqu'ils ont plus de 16 ans. D'autres, moins nombreux, sont adressés par les urgences des hôpitaux de Vitré et Fougères.

Les parents sont mobilisés dès ce stade et sont donc tenus informés de l'orientation secondaire vers le DIHPSEA. Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance d'un protocole autorisant les parents à accompagner leur enfant durant le transport et il ne semble pas que ce soit la pratique. Il n'existe pas non plus de protocole invitant les équipes à aviser immédiatement les parents de l'arrivée d'un mineur au DIHPSEA ; en pratique, il est dit qu'ils sont informés « très vite », « le plus souvent dans la journée ». Ils sont alors reçus par le médecin qui délivre des informations relatives au diagnostic et au projet de soins, notamment à l'intérêt que peut représenter une séparation. A l'exception de l'UHCD, les parents sont autorisés à visiter les locaux, chambre du mineur et locaux communs compris ; des informations sur le fonctionnement de l'unité leur sont délivrées par un infirmier à cette occasion. S'ils confirment leur accord, les parents sont invités à signer l'autorisation de soins et divers documents administratifs, ainsi qu'indiqué plus bas.

La situation des mineurs dont l'**hospitalisation** peut être **préparée** est généralement évoquée lors de réunions de synthèse rassemblant l'ensemble des services ayant à connaître de la situation. Pour les unités Belem, Astrolabe et Hermione, la décision relève d'une commission composée du médecin coordonnateur, du médecin responsable de l'unité et du cadre supérieur de santé ; à Pen Duick, elle est prise par le praticien hospitalier responsable des soins.

Si l'orientation vers une hospitalisation est confirmée, le médecin de l'unité propose une rencontre au jeune et à ses parents, éventuellement accompagnés de l'éducateur qui les suit ; il est alors procédé comme indiqué ci-dessus.

Le protocole d'admission en soins libres élaboré par l'hôpital ne prévoit aucune disposition particulière pour l'admission des mineurs. Les documents exigés sont : carte vitale, affiliation mutuelle ou CMU, pièce d'identité (sans précision : patient ou parents).

Deux formulaires sont communs à l'ensemble des unités de pédopsychiatrie :

- un **formulaire** intitulé « **autorisation de soins** » est soumis à la signature des parents ou du « tuteur ou responsable légal » ; aucun document n'est sollicité justifiant de l'exercice de l'autorité parentale en cas de séparation ; selon les termes du formulaire, le signataire

autorise le médecin responsable à dispenser les soins nécessaires durant l'hospitalisation et les séjours thérapeutiques ; l'autorisation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, y compris après week-end prolongé ou période de vacances scolaires ; en pratique, dans les unités de moyen ou long séjour, une nouvelle autorisation est sollicitée à chaque rentrée scolaire ; une rubrique autorise les soins en urgence ; sur ce même document sont recueillies les coordonnées du médecin traitant, celles des personnes à prévenir et celles du « tuteur ou responsable légal » ;

- le responsable légal ou celui qui se déclare tel est également invité à renseigner un **formulaire** intitulé « **renseignements** », qui sollicite des informations de même nature que le document précédent (identité et coordonnées des parents, sans références à la notion d'autorité parentale), y ajoutant les coordonnées de la famille d'accueil (sans demande d'information sur le titre qui fonde son intervention), des renseignements d'ordre administratif (sécurité sociale, mutuelle, responsabilité civile, existence d'une allocation d'éducation spéciale) et des renseignements et autorisations d'ordre scolaire (établissement fréquenté, classe, nom du professeur principal et autorisation de contacter l'établissement scolaire).

L'unité Pen Duick sollicite en outre des représentants légaux l'autorisation de laisser leur enfant sortir seul ou accompagné en dehors de l'unité ou de l'établissement, ainsi que l'autorisation de fumer. Ce formulaire est également signé du jeune et du médecin.

Dans les autres unités, il semble que l'autorisation de sortie accompagnée soit implicitement comprise dans l'autorisation de soins. Il est très rarement envisagé qu'un enfant sorte seul et l'autorisation est sollicitée au cas par cas.

L'examen des dossiers administratifs, réalisé dans une unité, montre :

- que pour l'un des enfants présents, aucune autorisation de soins ne figurait au dossier ;
- que l'autorisation de soins est tantôt signée des deux parents tantôt d'un seul, sans que l'on sache si l'autre a été informé et a exprimé son accord ;
- qu'il n'est pas demandé de pièce officielle attestant de l'exercice de l'autorité parentale, y compris lorsque les parents indiquent deux adresses différentes, laissant supposer une séparation ;
- qu'il n'est pas demandé de document officialisant le titre auquel interviennent les familles d'accueil et les institutions extérieures en charge d'un suivi ;
- que les rubriques « autorisation de contact avec l'établissement scolaire » ne sont pas toujours renseignées sans que, en pratique, cela constitue un obstacle aux contacts avec l'établissement scolaire ;
- que l'autorisation des parents est sollicitée pour certains actes spécifiques : administration de certains traitements, conduite chez le coiffeur...

L'ensemble tend à démontrer que la position des parents est effectivement prise en compte, malgré un certain flou administratif.

Recommandation

Le protocole d'admission en soins libres élaboré par l'hôpital devrait être complété pour intégrer des dispositions spécifiques aux mineurs ; il convient en effet de tenir compte des droits des titulaires de l'autorité parentale et de la place des parents pendant l'hospitalisation.

3.1.2 L'exception : l'hospitalisation sous contrainte décidée par l'autorité publique

On notera tout d'abord que le protocole intitulé « modalités de soins sans consentement en psychiatrie », conçu pour les seuls adultes, **ne contient aucune disposition spécifique aux mineurs ; on ajoutera qu'il n'a pas été totalement mis à jour des dispositions de la loi du 27 septembre 2013.**

Les contrôleurs ont examiné les documents concernant les deux décisions d'admission sous contrainte prises en 2015.

Par ordonnance du 12 mai 2015, un juge des enfants a confié directement au CHGR un garçonnet âgé de 9 ans. Selon les motifs de l'ordonnance, un placement en famille d'accueil avait été préalablement tenté mais n'avait pu se poursuivre, compte tenu de la gravité des troubles de comportement du jeune ; le maintien auprès de sa mère s'avérait de plus en plus difficile, compte-tenu d'agressions graves et répétées notamment sur une jeune sœur; le médecin responsable du CMP qui suivait l'enfant préconisait une hospitalisation en urgence ; l'ambivalence de la mère, chez qui vivait l'enfant, avait conduit le juge à ordonner le placement en urgence, malgré son accord. Le placement a été levé le 18 mai, sur la base d'un certificat médical indiquant que les soins pouvaient se poursuivre en externe.

Au vu des mentions figurant sur les ordonnances, les parents (le père demeure à une adresse différente, laissant supposer une séparation), et le jeune, n'ont pas été reçus par le magistrat avant la décision, prise en urgence ; celle-ci a été notifiée aux parents, avec mention des modalités d'appel.

Le 8 mars 2015, le préfet d'Ille-et-Vilaine a pris un arrêté prononçant l'admission au CHGR d'une mineure de 17 ans, incarcérée au centre pénitentiaire des femmes de Rennes. Le dispositif de la décision fait état d'un avis adressé à la famille et d'une notification à l'intéressée, ce dont n'atteste aucun des documents transmis par l'établissement.

Le préfet a levé la mesure le 11 mars, au motif de l'accord de la jeune fille pour la poursuite de soins à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Rennes. Le document fait état d'un avis à la famille et, « le cas échéant, à la personne chargée de la protection juridique de l'intéressée » et d'une notification à la jeune fille. Les documents remis attestent seulement d'une notification à la jeune patiente qui a signé le 12 mars 2015.

Recommandation

Il convient de mettre en place un dispositif permettant de s'assurer que les patients, mineurs ou non, se sont vus notifier la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, que la remise d'une copie de la décision a été assortie d'explications – délivrées par une personne formée – relatives aux voies de recours, à la situation juridique du patient et aux droits qui y sont attachés, et à la possibilité de faire valoir ses observations conformément aux dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

Recommandation

Le protocole relatif aux soins psychiatriques sans consentement devrait être mis à jour et complété par des dispositions spécifiques aux mineurs en tenant compte, notamment, du respect de l'autorité parentale.

3.2 UNE AMELIORATION DOIT ETRE APPORTEE SUR LES INFORMATIONS TRANSMISES AU PATIENT ET A SES REPRESENTANTS LEGAUX

Ainsi qu'il a déjà été dit, les parents et le jeune sont informés, dès leur(s) première(s) rencontre(s) avec le médecin, des caractéristiques de la pathologie et des soins proposés (entretiens médicaux et infirmiers, traitement médical, activités thérapeutiques...).

Les médecins rencontrés n'ont pas été confrontés à des demandes émanant de mineurs ne souhaitant pas que les informations sur leur état de santé soient communiquées à leurs parents.

Parents et mineur sont également informés du fonctionnement de l'unité (restrictions de la liberté d'aller et venir, rythme de vie, droits et devoirs, visites et téléphone...) et invités à la visiter, accompagnés d'un infirmier.

Lorsque le principe de l'admission est acquis, divers documents leur sont en principe remis : le livret d'accueil général du CHGR, le livret d'accueil du pôle de psychiatrie infanto-juvénile et les règles de vie de l'unité⁴.

Au moment du contrôle, **le livret d'accueil du CHGR** n'était plus remis car il n'avait pas été mis à jour. Le document contient des informations de caractère général sur l'offre de soins, la constitution des équipes, la vie pratique et les frais d'hospitalisation, les diverses modalités de soins, les droits, notamment droits sociaux, protection juridique, libertés individuelles, accès au dossier médical, information et consentement aux soins, confidentialité, personne de confiance, droit à l'image, réclamations et rôle de la commission des usagers.

Les droits du patient hospitalisé sans son consentement sont évoqués de manière particulièrement succincte et peu rigoureuse : le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est présenté à tort comme une « instance de recours juridictionnelle » ; son rôle et son adresse sont en revanche cités. On ne trouve aucune information sur la notification des décisions d'admission, les droits liés à cette admission – notamment l'information sur la situation juridique et la possibilité de faire valoir ses observations ; les voies de recours sont évoquées de façon incomplète et peu claire. Les informations relatives au rôle du juge des libertés et de la détention sont partielles (n'est pas mentionné le rôle du JLD en tant qu'instance de recours contre les décisions d'admission) et n'ont pas été mises à jour depuis la loi du 27 septembre 2013 ; son adresse n'est pas mentionnée.

Le livret d'accueil propre au pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent présente l'offre de soins, précisant notamment les divers lieux de consultation et d'hospitalisation et leurs numéros de téléphone et horaires d'accès. Ce livret n'a pas été totalement adapté depuis l'ouverture du DIHPSEA : il fait toujours référence aux anciennes unités d'hospitalisation et le DIHPSEA n'y apparaît pas ; des feuillets complémentaires ont été élaborés pour les unités

⁴ L'établissement a en effet édité divers livrets d'information : un livret d'accueil du patient – général – et des livrets d'accueil intitulés « passeport », propres à chaque secteur d'hospitalisation – psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictions et précarité, personnes âgées, psychiatrie pénitentiaire.

Astrolabe, Belem et Pen Duick avec adresse, accès par transports en commun, numéro de téléphone, nom des médecins et cadres responsables.

Ces documents – livret du pôle et documents complémentaires – sont de caractère très « administratif » et peu pédagogiques (aucune mention n'est susceptible de dédramatiser le recours à la psychiatrie). Selon le contrôle opéré sur place, ils ne sont manifestement pas remis à tous les enfants susceptibles de l'exploiter.

Les équipes des unités Pen Duick, Belem et Hermione ont élaboré des **règles de vie**, décrites dans un document de format A4, théoriquement remis au patient. Dans chacune des trois unités, le document délivre des informations sur l'accès aux chambres et leur entretien, le déroulement de la journée, les relations avec l'extérieur. Chaque unité a par ailleurs développé des points spécifiques (usage du tabac sur autorisation parentale à Pen Duick, interdiction formelle dans les autres unités...). On notera que, compte-tenu des écarts d'âge, des difficultés scolaires de certains enfants et des troubles dont ils souffrent, la formulation ne semble pas adaptée à tous les enfants (à Belem par exemple : « le projet de soins se définit comme l'ensemble des propositions faites pour vous accompagner au mieux et qui sont organisées autour de médiations thérapeutiques ; celles-ci tiennent compte de votre situation clinique et de vos besoins particuliers »). Les enfants rencontrés ont évoqué des règles de vie transmises oralement par le personnel ou par leurs pairs, sans référence au document.

La composition et le rôle de la **commission des usagers** sont affichés sur la porte des salons de visite, de même que les dates de permanence ; l'indication du lieu – hall de l'unité Jean Wier, pôle G08 – mériterait d'être formulée de manière plus immédiatement compréhensible.

Il n'est pas fourni d'indications, ni oralement ni par voie d'affichage, sur la possibilité d'**accès au dossier médical**, ni sur les restrictions qui peuvent y être mises par le mineur. Il est dit que ni les mineurs ni leurs parents n'ont jamais formalisé une telle demande. Les médecins estiment que cet état de fait tient à l'étendue des informations qu'ils délivrent, tant à l'admission que durant le séjour.

Recommandation

Le livret d'accueil de l'établissement doit être mis à jour. Les patients hospitalisés sans leur consentement doivent pouvoir y trouver des informations précises et actuelles sur leur situation juridique et leurs droits.

Recommandation

Il convient d'actualiser le livret d'accueil destiné aux mineurs, de compléter l'information des mineurs quant à leurs droits et de prévoir un document spécifique adapté aux mineurs hospitalisés sans leur consentement.

Recommandation

Le règlement intérieur des unités – règles de vie – devrait être conçu de manière adaptée à l'âge et aux capacités des patients.

4. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

Les aspects hygiène, surveillance et sécurité ont été abordés en même temps que les locaux (Cf. 2.3).

4.1 LA RESTAURATION N'APPELLE PAS D'OBSERVATION

Les repas sont fournis par le CHGR en liaison froide et pris collectivement en salle à manger, en présence de soignants. Les offices sont mutualisés entre deux unités (Pen Duick et Hermione, et Belem et Astrolabe) ; les patients n'y ont pas accès, pour des raisons de sécurité ; ils ne peuvent donc pas s'associer à la préparation des repas ; ils sont toutefois incités à participer à la pose et dépose du couvert, qu'un aide-soignant prépare sur un chariot.

L'aide-soignant est également chargé de vérifier la température des plats et d'opérer des prélèvements pour d'éventuels contrôles. C'est aussi un aide-soignant qui achemine la nourriture à l'UHCD, située à l'étage.

Par ailleurs, des locaux spécifiques de « culinothérapie » offrent la possibilité, dans le cadre d'activités thérapeutiques, de confectionner des desserts ou des menus exceptionnels (barbecues, anniversaires...).

La qualité de la nourriture a parfois fait l'objet de récriminations de la part des patients.

4.2 LES SOINS SOMATIQUES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Le service Pen Duick, accueillant des patients d'âge supérieur à 16 ans, fait appel à un médecin généraliste du CHGR, qui intervient deux fois par semaine. Les problématiques liées à la contraception, à la sexualité, aux attaques du corps (scarifications...) sont aussi traitées par lui.

Les autres unités, recevant une population plus jeune, recourent aux interventions d'un pédiatre deux fois par semaine. Il se préoccupe aussi de contraception et d'information sur la sexualité, mais il accentue son intervention sur la recherche diagnostique, sur le dépistage de déficits sensoriels, de maladies génétiques, neurodégénératives ou métaboliques, diagnostics différentiels essentiels en psychiatrie de l'enfant.

L'implication auprès des équipes est réelle et les sollicitations sont régulières.

La pharmacie et le laboratoire sont des services assurés par le CHGR, avec des circuits établis pour les fournitures et les prélèvements.

4.3 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION ET REPRENDRE AUX EXIGENCES DE LA LOI

Comme mentionné plus haut, les anciens services du site du Bois Perrin ne disposaient pas de chambre d'isolement dédiée. Des pratiques de mise en isolement existaient, elles se réalisaient dans la chambre du patient, avec, parfois, l'usage de contentions mécaniques au lit.

Le nouveau bâtiment **a inclus quatre chambres d'isolement spécifiques**, sans que cela ne corresponde véritablement à une demande ou un besoin des équipes médicales et soignantes.

Les médecins et soignants des services Hermione, Belem et Astrolabe, ont sollicité la transformation d'une chambre ou d'un espace de l'unité, en « chambre d'apaisement », destinée à de courtes séquences de retrait de la vie du service, ces chambres étant équipées d'un mobilier « atraumatique », composé de coussins et de poufs en mousse.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que ces trois unités sont désormais pourvues d'une chambre d'apaisement.

Au moment de la visite des contrôleurs, aucune chambre d'isolement n'était occupée.

Il faut signaler que, contrairement aux dispositions de l'article L3322-5-1 du code de la santé publique, le registre d'isolement et de contention n'était pas en place au moment du contrôle. Le service Hermione, à l'initiative de la cadre de santé, avait ouvert, à l'automne 2015, un cahier destiné à recenser les mesures d'isolement et de contention prescrites dans le service. Dès le début 2016, ce cahier a été désinvesti et il ne porte aucun renseignement depuis avril 2016.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique qu'un registre d'isolement est désormais opérationnel.

Les différents protagonistes institutionnels se disent sensibilisés à cette question. Un groupe de travail, piloté par la direction de la qualité doit débiter ses travaux en septembre 2016, et par ailleurs, un audit, spécifique au DIHPSEA, s'est emparé de la question de l'isolement et de la contention, en situant les enjeux éthiques, thérapeutiques et institutionnels.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que les unités Belem, Astrolabe et Hermione réfléchissent à la question de l'isolement à travers une analyse des pratiques confiée à une psychologue extérieure.

4.3.1 L'isolement

Au sein du DIHPSEA, le département d'information médicale (DIM) recense, à partir des données colligées dans les dossiers médicaux et le logiciel CIMAISE, **les séquences d'isolement thérapeutique en chambre dédiée**. L'isolement en chambre ordinaire se pratiquerait parfois, pour de courtes périodes, lorsqu'il convient d'isoler un enfant du groupe, pour l'apaiser. Il n'est pas recensé.

En 2015, vingt-huit patients ont été placés en isolement dit « thérapeutique », quatorze à Pen Duick, sept à l'UHCD, onze à Hermione, cinq à Astrolabe, aucun à Belem.

Les isolements supérieurs à deux heures montrent une différence radicale : toujours aucune séquence à Belem, et quatre à Astrolabe, treize à Hermione, huit à l'UHCD et quarante-deux⁴² à Pen Duick. Les isolements, au sens classique du terme concernent ainsi majoritairement la tranche d'âge 16-18 ans.

L'équipe de Pen Duick estime n'utiliser l'isolement qu'en dernier recours, donnant pour preuve de sa capacité à faire face autrement aux difficultés, la situation avant le déménagement : « *on n'avait pas de chambre d'isolement, on faisait sans ; s'il nous arrivait d'utiliser la CSI des pavillons adultes, c'était très exceptionnel* ». L'équipe associe le recours à l'isolement à l'accueil d'une population différente, souvent en urgence (adolescents en crise, tranche d'âge qui concentre les difficultés, pathologies de toutes natures).

Pour les six premiers mois de 2016, dix-neuf mineurs ont été concernés par la mise en chambre d'isolement (MCI), dont huit à Pen Duick, et les isolements supérieurs à deux heures représentent quinze séquences à Pen Duick, cinq à l'UHCD, sept à Hermione. Il n'a pas été relevé de mesure d'isolement en chambre dédiée à Belem ni à Astrolabe.

Le DIM relève en outre qu'en 2015, neuf mineurs ont été placés à l'isolement dans les services de psychiatrie d'adultes, et quatre pour le premier semestre 2016.

Sur le plan réglementaire, on retrouve bien dans le dossier individuel du patient la prescription horodatée et motivée par le médecin, ainsi que les surveillances infirmières.

En revanche, en l'absence de registre spécifique au moment du contrôle, rien ne permet d'affirmer que toutes les mesures de MCI sont effectuées après décision médicale et intégrées au dossier informatisé.

Les responsables médicaux soulignent la difficulté de collaborer avec le service des urgences psychiatriques du CHU, en particulier la répétition de décisions de mise en chambre d'isolement – MCI – à destination du service Pen Duick. Ils indiquent qu'en procédant ainsi, la prise en charge thérapeutique ultérieure est notablement altérée par un premier contact violent avec les services de psychiatrie. Une MCI s'est même réalisée dans l'une des unités fermées le week-end, ce qui a engendré une difficulté majeure pour la surveillance du patient. Cet événement a été signalé comme indésirable auprès du service qualité.

En revanche, les urgences pédiatriques de l'hôpital Sud acceptent mieux le principe de l'observation temporaire et les admissions nocturnes à destination de l'UHCD sont très rares, les prescriptions immédiates de MCI, encore davantage.

Les procédures de MCI sont encadrées par un protocole spécifique à la PIJ, validé par l'établissement en avril 2015.

Elles mentionnent en particulier l'obligation d'information immédiate du ou des titulaires de l'autorité parentale et la conduite à envisager en cas de refus de la MCI par la famille.

Le protocole indique également la séquence d'enregistrement des données cliniques, selon que le médecin est prescripteur direct ou alerté dans l'heure qui suit la MCI.

Il est précisé que la MCI « *ne doit pas être utilisée à titre non thérapeutique (par exemple : à titre de punition, si l'état clinique ne le justifie pas, pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins et pour son confort, ou par manque de personnel)* ».

Le protocole prévoit aussi l'information au patient des motifs de la MCI, et des entretiens d'évaluation le temps de la mesure, comme un « débriefing », à l'issue.

La MCI « *qui doit rester la plus exceptionnelle possible, concerne des mineurs hospitalisés qui présentent des symptômes insuffisamment apaisés par les offres de verbalisation, ni par la proposition de se retirer dans un lieu calme au sein de l'unité, ni par un traitement médicamenteux ; des symptômes d'une intensité telle que le cadre des soins est débordé, mettant en danger le patient et/ou l'entourage* ».

Les contre-indications médicales à la MCI sont rappelées, ainsi que les impératifs de sécurité accompagnant la mesure.

En pratique, beaucoup de professionnels ont insisté sur l'idée de privilégier le dialogue et de graduer les réponses. D'autres ont fait part aux contrôleurs de leur perplexité quant au respect du protocole : **l'isolement serait parfois utilisé de manière prématurée** – sans recours à des alternatives préalables ni situation de danger avéré – ainsi qu'à titre de sanction, alors même que la mesure ne semblait plus nécessaire ; **la menace d'y recourir ne serait pas rare, en particulier à l'Astrolabe** ; elle serait, régulièrement, ou occasionnellement, mise à exécution sans prescription médicale alors même qu'un médecin est disponible.

A Pen Duick, les adolescents ont spontanément évoqué les motifs de la mise en isolement : « *si tu casses et que c'est grave* », « *si tu t'énerves et que t'arrives pas à te calmer* ». Ils en ont aussi évoqué les conditions : « *ils essaient de te choper ; si tu résistes, ils appellent les gros bras* » ; et sur l'intervention des « gros bras » : « *ils ne te parlent pas, ils te prennent, parfois ils te mettent à terre, et ils t'emmènent* », précisant : « *tous les infirmiers viennent, il y a du monde* ». Les jeunes ont aussi évoqué la contention, bras et jambes en croix, et les médicaments : « *des fois c'est*

pipette, des fois c'est piqûre ». Sans contester la nécessité de la mise en isolement, ils ont évoqué l'effet produit : « *c'est dur, c'est vide, c'est le vide* », précisant : « *ça ne dure pas forcément longtemps* ».

Les professionnels entendus disent informer systématiquement les parents du placement à l'isolement ; l'information s'effectue par téléphone et n'est pas nécessairement immédiate. Aucun parent n'aurait contesté la mesure, ni souhaité intervenir d'une quelconque manière pendant son déroulement.

Concernant **les chambres d'isolement** elles-mêmes, les contrôleurs ont pu noter qu'elles sont suffisamment spacieuses et lumineuses. Elles sont bien situées, à proximité immédiate des salles de soins, avec une possibilité de vision par œilleton ; ainsi qu'il a déjà été dit, leur localisation au rez-de-chaussée pose cependant, de nuit, un problème de sécurité. Le sas d'entrée permet d'entreposer des effets personnels du patient et les dispositifs nécessaires à la surveillance.

Dans certaines unités – Astrolabe notamment – les sanitaires ne sont pas accessibles directement pour le patient.

Le lit est implanté en position centrale, il se compose d'un sommier métallique fixé au sol, et disposant de passants pour d'éventuelles sangles, il est équipé d'un matelas de mousse ignifugé et indéchirable.

L'éclairage par les plafonniers est vif, et les veilleuses, quand elles existent, sont placées en position supérieure. En effet, une patiente avait détruit la veilleuse, initialement située au ras du sol, et avait failli s'électrocuter...

Il n'existe pas de procédé d'appel-malade, ni sonore, ni lumineux.

L'horloge est curieusement disposée en hauteur, dans le sas, hors de la vision directe du patient alité. Au moment de la visite, les horloges étaient retirées car le cadran présente un risque de bris.

Le DIHPSEA présente la particularité de disposer de deux chambres d'isolement utilisables en permanence, implantée à Pen Duick et à Hermione, et de deux chambres utilisables du lundi 9h au vendredi 17h, celles de Belem et Astrolabe. Cet état de fait peut causer quelques soucis en matière de continuité des soins et de prises en charge entre les unités.

4.3.2 La contention

L'établissement a produit deux documents destinés à encadrer cette pratique, le premier « Soin intensif de contention physique en psychiatrie adulte et infanto-juvénile », validé en décembre 2010, et le second, « Utilisation des dispositifs de contention de marque RENOL® », approuvé en février 2016. Ces dispositifs sont conservés dans des valises *ad hoc* disponibles dans les salles de soins.

Le recours à la contention ne faisait, au moment de la visite, l'objet d'aucun enregistrement. Le directeur indique qu'un registre a été mis en place.

Décrite comme exceptionnelle par la plupart des soignants, la contention mécanique ne se réalise que dans les chambres d'isolement. Prescrite dans les états d'agitation extrême, elle serait de courte durée, le temps de l'apaisement et de l'effet des traitements médicamenteux. Plusieurs soignants ont en revanche évoqué une impression de recours à la contention qu'ils estimaient « *pas si rare* ».

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent être pourvues d'un dispositif d'appel et d'une horloge. Le patient doit pouvoir accéder librement aux sanitaires.

Recommandation

Le protocole relatif au placement en chambre d'isolement semble diversement appliqué par des équipes soudainement confrontées à cette possibilité, qui plus est dans un contexte de changement de locaux et, pour certaines, de population. Il convient de s'assurer que l'isolement est effectivement une mesure de dernier recours, décidée par un médecin, dans un but de protection. La réflexion engagée à ce sujet ne peut être que bénéfique. Elle ne saurait cependant suffire si elle n'est pas accompagnée d'une formation plus approfondie des personnels soignants à la psychiatrie infanto-juvénile.

Recommandation

Les contrôleurs notent qu'un registre d'isolement a été mis en place depuis la visite.

Ils rappellent que, conformément aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, il y a lieu également d'établir un rapport annuel rendant compte des pratiques en matière d'isolement et de contention, ce rapport étant notamment destiné à enrichir la réflexion sur les pratiques de chaque unité, à partir de données objectives.

5. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

5.1 L'UNITE PEN DUICK

L'unité Pen Duick accueille, en hospitalisation complète, treize adolescents de 16 à 18 ans souffrant des troubles graves du comportement ou de la personnalité, répartis en neuf lits d'hospitalisation complète et quatre lits d'hospitalisation séquentielle.

Il s'agit d'une structure ouverte, à la fois unité d'admission et de séjour.

5.1.1 Les locaux

A l'entrée de l'unité, dans un couloir séparé du reste des locaux par une porte à double battants, se trouvent le bureau des médecins responsables des soins et celui du cadre de santé ; un troisième bureau est dédié aux entretiens avec les autres professionnels (psychologue, interne...).

Face à la porte d'entrée, un local est réservé aux visites des familles. La pièce, vitrée côté couloir et cour, offre une surface légèrement inférieure à 10 m² et donne vue sur le patio. Elle est équipée de fauteuils colorés, d'une table basse avec quelques revues et d'une fontaine à eau. Le local est décoré d'un tableau représentant le bateau Pen Duick et d'une plante verte en souffrance. Divers dépliants relatifs au tabac et à la sexualité sont à disposition sur une table. L'ensemble est en parfait état. Sur le mur vitré du couloir sont affichés la composition de la commission des usagers, son rôle et ses permanences.

Au-delà de la double porte, un long couloir blanc (orné de quelques cadres relativement minimalistes) dessert, en premier lieu, **la chambre d'isolement**, située à proximité immédiate du bureau infirmier et de la salle de soins.



Couloir de l'unité Pen Duick

Le rez-de-chaussée dispose de plusieurs espaces collectifs :

- un petit salon – 10 m² environ – sans fenêtre, dont un mur est arrondi, équipé d'un canapé et de fauteuils colorés ; on y trouve un téléviseur et un poste informatique avec un accès contrôlé à des sites internet autorisés ;
- une grande salle d'activités (25 m² environ) dont les armoires contiennent des jeux de société, du matériel de peinture et autres activités manuelles artistiques, des instruments de musique et quelques livres ; des revues diverses sont également entreposées dans un bac placé dans le couloir ;
- un salon-salle à manger, situé à l'autre extrémité du couloir, la salle à manger est vaste et largement vitrée, équipée de cinq tables « bois » et de chaises colorées ; le menu y est affiché chaque semaine ; un four à micro-ondes permet de réchauffer le petit déjeuner ; l'espace salon est équipé d'une banquette, une table basse et un téléviseur ;

- une autre salle d'activités, située entre Pen Duick et Hermione, donne vue sur le patio ; elle est équipée d'un billard, d'un baby-foot, et de quelques appareils de gymnastique et musculation. Initialement conçue pour être partagée par les deux unités, elle est en réalité utilisée par la seule unité Pen Duick ;
- des sanitaires (WC, lavabo) en parfait état.

La cour est vaste et nue ; elle dispose de tables et chaises en bois, à l'exclusion d'autre équipement ; au moment du contrôle, les patients regrettaient de ne pouvoir jouer au ballon ; il est prévu d'installer des équipements sportifs durant l'été 2016.

Le premier étage est essentiellement occupé par les chambres. Sauf exception guidée par l'état du patient, ils y accèdent librement à partir du couloir du rez-de-chaussée, par une porte non visible depuis le bureau infirmier, qui reste ouverte en journée.

Les chambres sont toutes individuelles et dotées d'une salle d'eau séparée ; la surface totale est de l'ordre de 15 m². Elles ne peuvent pas être fermées de l'intérieur et ne disposent d'aucun dispositif d'appel.

L'ameublement présente un aspect bois ; il se compose d'un lit, d'une table de nuit, d'une armoire (120 cm de large, mi-penderie, mi-étagères) ne fermant pas à clé, et d'une table-bureau étroite, d'une chaise et d'une poubelle. Sur l'un des murs (trois murs blancs et un mur de couleur), un panneau d'affichage (1 m sur 0,80 m) offre une possibilité de personnalisation. La fenêtre, dont l'ouverture est restreinte aux dimensions sécuritaires, est partiellement recouverte de bandes opacifiantes ; elle est dotée d'un store électrique manipulable par le patient. L'éclairage est situé à la fois au-dessus du lit (avec une option veilleuse) et au-dessus du « bureau ».

La salle d'eau peut être fermée de l'intérieur ; elle dispose d'un revêtement antidérapant ; elle est équipée d'un large lavabo surmonté d'une étagère et d'un grand miroir, d'un WC, et d'une douche dont le pommeau, fixe, est situé à proximité immédiate des toilettes, sans cloison ni rideau séparatif, ce qui conduit à une nécessaire « inondation » de la salle d'eau lors de l'utilisation de la douche.

L'étage dispose également d'une vaste salle de bains à disposition de tous ; cette pièce peut être fermée de l'intérieur.

A l'étage se trouve aussi un salon d'esthétique doté d'un équipement spécifique (notamment une table de soins et une lampe adaptée). Initialement conçu pour être mutualisé, il est en pratique utilisé de manière quasi exclusive pour les patients de l'unité.

A l'une des extrémités du couloir, quelques fauteuils ont été installés face à la fenêtre et constituent un coin salon.

L'ensemble est en parfait état.

Les veilleurs ont leur bureau à l'étage. Leur local est équipé de fauteuils confortables, d'un téléviseur, d'un réfrigérateur et d'un four à micro-ondes mais ne dispose ni de point d'eau ni de toilettes.

5.1.2 Le personnel

L'unité est placée sous la responsabilité du médecin chef du pôle hospitalo-universitaire pour enfants et adolescents.

Un médecin coordonnateur anime les réunions institutionnelles de l'unité (deux par semaine) ; il ne suit pas les patients. Il est dit que son rôle dans diverses structures ambulatoires facilite l'orientation des patients et leur soutien à la sortie.

Au quotidien, la responsabilité des soins est partagée entre deux praticiens hospitaliers intervenant chacun à mi-temps. L'autre mi-temps s'exerce, pour l'un, à l'UHCD et, pour l'autre, dans une structure ambulatoire dédiée aux adolescents et jeunes adultes (CASSAJA : centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes).

La présence des praticiens hospitaliers au sein de l'unité couvre l'ensemble de la semaine, du lundi matin au samedi midi, à l'exception du mardi après-midi et du vendredi après-midi ; toutefois, le médecin qui partage son temps entre Pen Duick et l'UHCD reste aisément accessible.

Le médecin rencontré estime travailler en confiance et en cohérence avec l'équipe.

Les contrôleurs ont appris que le deuxième médecin envisageait de quitter la structure, de même que le médecin coordonnateur.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que la coordination a été confiée à un nouveau médecin et que le départ, anticipé, d'un des deux praticiens de l'unité a immédiatement donné lieu à remplacement, assorti d'une période de tuilage.

Le personnel paramédical est ainsi composé :

- un cadre de santé, qui intervient aussi à l'Astrolabe mais consacre, de fait, la majorité de son temps à Pen Duick ;
- une interne, présente à temps plein ; elle suit des patients sous le contrôle des praticiens hospitaliers ;
- 8,7 ETP d'infirmiers diplômé d'Etat ;
- 3,5 ETP d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques ;
- 2 agents des services hospitaliers ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- 0,80 % de secrétaire médicale ;

Une assistante sociale intervient pour l'ensemble du pôle adolescent ; elle participe à la réunion institutionnelle du lundi et rencontre les patients, notamment pour préparer leur sortie.

L'équipe ne dispose d'aucun éducateur, ce que nombre de professionnels regrettent, compte-tenu du profil des jeunes accueillis. Selon la réponse apportée par le directeur au rapport de constat, il semble que le recrutement d'un demi-poste soit considéré comme « nécessaire au bon fonctionnement de l'unité ».

L'équipe paramédicale est composée pour moitié de personnes nouvellement embauchées dans le cadre de contrats précaires ; à peine la moitié dispose d'une formation spécifique en psychiatrie. Elle est cependant décrite par ses responsables comme bienveillante, solidaire, demandeuse de formation.

Selon les propos recueillis, le changement de projet a été imposé sans réelle concertation ; en même temps qu'à de nouveaux locaux, l'équipe a dû faire face, d'une part, à des admissions d'urgence et, d'autre part, à une patientèle différente (16-18 ans au lieu de 16-21 ans) en nombre plus important (treize au lieu de neuf). Les débuts ont été décrits comme difficiles.

L'effectif minimum de trois soignants est de mise durant plusieurs heures de la journée, notamment de 16h45 à 22h15.

La diversité des pathologies et la multiplicité des missions (y compris la réponse au téléphone et la préparation des repas) rendent la tâche de l'équipe délicate, particulièrement en fin de journée, lorsque les patients sont tous présents et que montent la nervosité et l'angoisse ; la tâche peut devenir périlleuse en cas d'admission en urgence ou de survenue d'imprévu.

On notera que le directeur, dans sa réponse au rapport de constat, indique qu'une supervision a été mise en place, en janvier 2017.

5.1.3 Les patients

Au premier jour de la visite, l'unité était au complet, accueillant sept garçons et six filles ; le plus jeune venait d'avoir 16 ans et le plus âgé avait dépassé 18 ans depuis six mois.

En pratique, il est dit que l'unité est régulièrement au complet ; le lit théoriquement réservé à l'hospitalisation à domicile est, de fait, régulièrement occupé à temps complet. L'hospitalisation séquentielle se pratique sur des durées de deux à trois nuits, ce qui représente régulièrement huit patients, voire davantage.

Tous les patients présents lors de la visite avaient été admis à la demande de leurs parents ; quatre étaient suivis par un juge des enfants ; la situation était décrite comme représentative du quotidien.

Toutes les pathologies sont accueillies, de l'autisme à la déficience intellectuelle en passant par la décompensation ou la tentative de suicide (« la seule limite, c'est l'âge »). La coexistence entre ces jeunes ne va pas sans difficultés, d'autant que la tranche d'âge correspond traditionnellement à des phénomènes d'opposition.

Une fois passée la crise à l'origine de l'admission, les professionnels constatent que les lits sont occupés par des jeunes qui, « pour plus de moitié », relèvent davantage de structures médico-sociales que de soins strictement psychiatriques. Ils observent que l'hospitalisation dure, tenant à la fois la fatigue ou à la démission de la famille (naturelle ou d'accueil), à la « prise de distance » des intervenants sociaux ou des établissements qui suivaient ou accueillait antérieurement le jeune, à l'absence d'institutions réellement adaptées à l'extérieur. Au moment de la visite, deux jeunes étaient présents depuis plus d'un an, un troisième venait juste de quitter la structure.

5.1.4 La prise en charge

Le projet médical de l'unité n'était pas formalisé au moment de la visite. Le directeur, dans sa réponse au rapport de constat, indique que la réflexion engagée au moment de la visite a conduit à une réflexion relative à l'ensemble de la prise en charge (admission, parcours, activités, partenariats) ainsi qu'à la rédaction de règles de vie.

Le projet en cours au moment de la visite évoque l'accueil d'adolescents de 16 à 18 ans souffrant de troubles graves de la personnalité ou du comportement entravant leur insertion sociale et familiale incluant tant les épisodes de décompensation délirante que les conduites suicidaires, les troubles alimentaires, la toxicomanie ou la désinsertion sociale ; il ne définit pas le soin.

L'unité accueille tant en urgence que de manière préparée.

Les professionnels ont souligné la difficulté à travailler avec une tranche d'âge limitée à l'adolescence, par opposition avec la tranche d'âge 16-21 ans qu'accueillait l'unité USSAJA à laquelle Pen Duick a succédé : « *le panel des âges donnait un groupe plus mature ; on avait un mélange, des étudiants qui tiraient les autres vers le haut* ».

Les professionnels rencontrés – médecin, cadre de santé, partie de l'équipe paramédicale – décrivent un **cadre de soins** fondé sur :

- un environnement hospitalier sécurisant : disponibilité et accompagnement étroit des soignants (« on sollicite et on stimule, que ce soit pour le lever, l'hygiène, la rédaction d'une lettre de motivation, l'accompagnement dans des rendez-vous extérieurs... »), rythme et règles de vie (horaires de lever, coucher, repas en commun...);
- les entretiens médicaux, infirmiers, psychologiques, individuels et familiaux, permettant d'analyser l'origine des troubles et de définir, en équipe, des axes de travail;
- des temps de vie de groupe ouverts sur l'extérieur, adaptés aux problématiques du jeune : atelier d'écriture, activités artistiques, esthétique, équithérapie... dont la plupart sont ouvertes;
- les traitements médicamenteux : il est indiqué que le traitement, fréquent à l'admission, n'est pas automatiquement reconduit; il est recouru à la pratique du traitement « si besoin », non pour parer à toute éventualité ou prévenir une crise, mais, d'une part, pour rassurer le patient et, d'autre part, parce qu'il ouvre entre le jeune et l'infirmier un espace de dialogue qui ne se conclut pas nécessairement par la remise du traitement initialement sollicité; il est considéré que, contrairement à la prescription systématique, cette méthode rend le jeune « acteur de sa prise en charge ».

La porte de l'unité est ouverte en journée (de 9h à 19h); elle est fermée pendant le repas de midi; elle peut l'être aussi, de manière exceptionnelle, pour répondre à l'état d'un patient.

L'organisation générale est fondée sur un cadre souple et sur la confiance : lever à partir de 7h, petit déjeuner libre jusqu'à 9h, repas collectifs à heure fixe; collation à l'heure du goûter et du coucher; entretiens médicaux le matin, activités, le plus souvent ouvertes, l'après-midi; télévision, ordinateur, musique et activités libres à partir de 17h (« *en théorie, mais en vrai on allume parfois la télé dès le matin* » disent les jeunes.)

Les sorties hors de l'unité sont possibles, avec accord des parents. En pratique, les jeunes ont donc accès au parc du Bois Perrin; certains se rendent régulièrement à la cafétéria de l'hôpital ou au parc du campus universitaire voisin, voire en ville; il est estimé que cette recherche de lieux « socialisés » répond à l'isolement du DIHPSEA. Il est demandé aux patients qui s'éloignent de prévenir (ce qu'ils ne semblent pas toujours faire), faute de quoi ils peuvent être déclarés en fugue (le moment dépend de la personnalité du jeune et de son état); un retour spontané après une sortie non autorisée donne lieu à discussion mais non à sanction (« *ici c'est un refuge, il faut qu'ils puissent y revenir* »). L'équipe semble en capacité de travailler avec la transgression propre à cette tranche d'âge et d'en mesurer les bénéfices et les risques.

Le recours à l'isolement est relativement fréquent, au grand dam de l'équipe qui fonctionnait antérieurement sans ce dispositif. La question a été abordée *supra* (Cf. 4.3).

Les liens avec la famille sont régulés par le psychiatre; les visites se déroulent dans le salon de visite, entre 17 et 19h en semaine et à partir de 14h le week-end; l'ensemble de ces règles figure dans les règles de vie. Le document n'évoque ni ne limite les personnes admises en visite, à l'exception des patients ayant fréquenté l'unité, invités à ne pas y revenir; en pratique, cet interdit n'est pas contesté par les patients et seules les familles, fratrie comprise, viennent en visite. Au moment du contrôle, tous les patients étaient autorisés à rencontrer leurs parents, soit à l'hôpital, soit à domicile. En dehors des visites, les familles appellent librement les équipes et les contrôleurs ont pu constater l'existence de longs échanges téléphoniques.

Selon les règles de vie, le téléphone portable peut être autorisé de manière modérée ; il est demandé aux jeunes de le remettre à l'équipe le soir et de l'éteindre durant les temps collectifs ou de soins. En pratique cependant, les jeunes conservent leur téléphone portable, y compris la nuit. Si l'équipe observe qu'un jeune en fait un usage abusif ou perturbant, il est incité à le déposer au bureau infirmier. Ceux qui ne disposent pas de téléphone portable peuvent appeler ou se faire appeler à partir du téléphone mobile du service.

Plusieurs jeunes ont spontanément évoqué avec le contrôleur la séparation d'avec le milieu familial, considérée par eux comme une condition déterminante du soin.

Ces jeunes ont pu dire qu'ils voyaient régulièrement le médecin (« *au début c'était tous les jours* » ; « *le minimum c'est une fois par semaine, mais si on demande, c'est plus* ») et les soignants. Ils ont décrit une équipe « tranquille-cool » ; il semble que le terme recouvre à la fois du respect (« *ils frappent avant d'entrer dans la chambre* »), une certaine bienveillance (« *le matin, on nous réveille vers 8h pour le petit déjeuner, certains le font très gentiment* »), et une « tolérance » dont les patients ont surtout semblé mesurer le bénéfice immédiat (« *on fume quand on veut* » « *je fume dans ma chambre* »).

Au moment du contrôle – en période de congés d'été – les jeunes patients étaient peu occupés par des activités structurées ; plusieurs fumaient de manière intensive, dans la cour. A part le sport, aucun n'a pu décrire avec précision ses activités thérapeutiques.

Le tabac est présenté comme une difficulté. Les règles de vie de l'unité rappellent à la fois l'interdiction formelle de fumer dans l'unité et l'existence d'un espace réservé à cet effet dans la cour. Il précise « *le soir, des pauses cigarettes sont prévues* ».

Le projet de restructuration posait initialement le DIHPSEA comme non-fumeur. Les jeunes de 16 à 18 ans étaient d'autant moins prêts à renoncer au tabac que ceux qui étaient antérieurement hospitalisés au CHGR n'étaient pas confrontés à un aussi strict interdit. L'équipe a rapidement estimé que le tabac n'était pas la difficulté première chez ces jeunes en grande difficulté et que le respect de cet interdit risquait de s'opérer au détriment de l'essentiel. Ce point de vue n'est manifestement pas partagé par les équipes des unités voisines, dont les patients sont tentés de quémander des cigarettes à travers le grillage des cours. Il était en voie d'officialisation par le règlement intérieur en cours de rédaction au moment de la visite et finalisé depuis lors.

Les parents sont sollicités pour autoriser leur enfant à fumer ; en pratique cependant, rien n'empêche l'enfant non autorisé à profiter des cigarettes des autres patients. Tabac et briquets sont laissés au bureau infirmier ; le jeune vient y prendre ses cigarettes, sans limitation. Les jeunes n'ont pas évoqué d'incitation à l'arrêt, sous quelque forme que ce soit. Les soignants, pour leur part, estiment le moment peu propice et précisent : « *il ne s'agit pas de seulement laisser faire ; on reste attentif, si un jeune fume trop, on en parle* ».

La question de la **sexualité** est délicate, s'agissant d'un public mixte, d'adolescents ; elle n'est pas abordée dans les règles de vie ; elle n'est cependant pas taboue, d'autant que certains jeunes sont confrontés à une problématique envahissante. Les questions de cette nature sont abordées en entretiens individuels par le médecin, psychiatre ou somaticien. Seuls des dépliants entreposés en salle de visite abordent ostensiblement le sujet (il n'est pas certain que le lieu soit le mieux, en tous cas le seul, adapté).

La sortie est théoriquement travaillée avec les partenaires médico-sociaux, associés aux réunions de synthèse. Le projet initial prévoyait de courtes durées d'hospitalisation ; les difficultés pour trouver une orientation adaptée conduit parfois à en décider autrement : les séjours de plusieurs

mois ne sont pas rares. L'hospitalisation de jour peut constituer un sas vers une sortie définitive ; un suivi ambulatoire est toujours proposé à la sortie.

Les jeunes dont l'hospitalisation doit se poursuivre sont adressés vers le pavillon de leur secteur et confrontés à la coexistence avec des patients adultes, **le CHGR n'ayant pas maintenu de pavillon spécifique aux 18-21 ans**. La brutalité de ce passage, vécu comme « un couperet », est unanimement regrettée : la demande s'effectue par un contact de médecin à médecin ; la situation du jeune est présentée à l'équipe du pavillon des adultes par un soignant ; les parents sont avisés du projet ; lorsqu'une place se libère, un soignant de Pen Duick accompagne le jeune dans son nouveau lieu de vie : « on le confie à un soignant, on reste un peu et puis c'est fini ».

Recommandation

Il conviendrait d'accompagner l'équipe de Pen Duick, qui semble avoir été brutalement confrontée à une population et un environnement nouveaux. La supervision mise en place en janvier 2017 est de nature à répondre à ce besoin.

Il est nécessaire également d'initier une réflexion sur les conséquences de ce changement dans les conditions d'exercice, notamment en matière de recours à l'isolement.

Il faut enfin éviter que l'échéance de la majorité constitue, pour le patient, un couperet dans la prise en charge.

5.2 L'UNITE HERMIONE EST UNE UNITE DE SOINS INTENSIFS FERMEE

5.2.1 Les locaux

Le service Hermione occupe le bâtiment C du DIHPSEA, il se situe entre les unités Belem et Pen Duick.

L'étage regroupe les huit chambres du service. Il s'agit d'un espace destiné au sommeil et au repos, il n'est accessible aux patients qu'à l'heure de la sieste et après le repas du soir.

L'ensemble est clair et lumineux, bien entretenu. Néanmoins, on peut, avec le personnel, regretter la quasi-absence de décoration murale, fait assez rare dans des espaces accueillant des enfants. Il s'agirait d'une consigne administrative destinée à protéger les peintures...

Le médecin et l'équipe soignante demandent instamment la création d'une véritable chambre d'apaisement, dotée d'un mobilier approprié et située à proximité de la salle de soins.

L'étage de l'unité Hermione représente la seule voie d'accès à l'UHCD qui lui est accolée.

5.2.2 Le personnel

Une psychiatre à temps plein est affectée à l'Hermione, elle est issue des effectifs médicaux du pôle I03.

Elle partage son temps clinique entre les entretiens de pré admission et d'admission, les rendez-vous avec les familles ou les partenaires institutionnels, et le suivi des enfants dans le service. Des réunions de synthèse ou de concertation clinique sont organisées plusieurs fois par semaine avec l'équipe pluri professionnelle.

L'équipe soignante est encadrée par une cadre de santé à mi-temps, puisqu'elle a également en charge l'UHCD et Belem. Il convient de noter qu'elle relève de deux responsabilités médicales différentes.

Le personnel intervenant dans l'unité se compose d'infirmiers, d'aides-soignants, d'agents des services hospitaliers, d'une psychologue et d'une assistante socio-éducative, à temps partiel, 50 % pour l'une, et 25 % pour la seconde.

Les effectifs affectés et présents permettent de trouver des roulements satisfaisants sur le plan numérique : sont garanties les présences de deux infirmiers et d'un aide-soignant le matin et l'après-midi, et d'un infirmier en journée. Le week-end et la nuit on note un infirmier et un aide-soignant par roulement.

L'agent des services hospitaliers intervient en horaire de jour.

L'équipe est stable, relativement jeune. Elle est très présente auprès des enfants, et chaque soignant connaît bien chaque patient.

Depuis l'aménagement dans les nouveaux locaux, le personnel essaie de s'adapter aux changements apportés. S'il apprécie l'aspect fonctionnel et lumineux du service, il ne retrouve pas l'espace de vie d'antan, notamment, l'ouverture sur le parc. Entre le « jardin » exigü, et le travail sur deux niveaux, le ressenti est celui d'un amoindrissement des perspectives.

Par ailleurs, la promiscuité avec les unités voisines (Pen Duick et UHCD, notamment) engendre des tensions entre patients, ou entre patients et soignants.

5.2.3 La prise en charge

Présentée officiellement comme USI Hermione, pour « unité de soins intensifs Hermione », cette unité propose huit lits d'hospitalisation à temps plein, et quatre places d'hôpital de jour.

Succédant à l'ancien service Antares, elle en a repris le projet thérapeutique. Le directeur indique toutefois, dans sa réponse au rapport de constat, que la prise en charge fait l'objet d'une réflexion dans le cadre d'un audit extérieur.

Il s'agit d'accueillir des enfants de moins de 16 ans, souffrant de troubles dépressifs, de psychose débutante, de troubles de l'adaptation, pour des durées en principe brèves. La durée moyenne des séjours est de vingt à trente jours, parfois plus, du fait de situations sociales complexes.

L'unité reçoit également les patients des services Astrolabe et Belem qui ne rejoindraient pas leur famille ou leur lieu d'accueil, le week-end, ou pendant les congés d'été.

L'USI Hermione peut aussi admettre les jeunes patients ayant séjourné à l'UHCD, après concertation entre les praticiens.

Il n'existe pas d'admission la nuit ni le week-end ; les admissions sont programmées en lien avec le médecin ou le service adresseur.

Une consultation de pré-admission est proposée à l'enfant et à sa famille, les conditions de l'hospitalisation et sa finalité sont alors explicitées. Une visite du service est proposée par l'infirmier présent.

L'admission est ensuite programmée et les formalités administratives et réglementaires s'effectuent (autorisations diverses, identito-vigilance...).

A l'admission dans l'unité, le jeune patient ne participe pas aux activités collectives pendant deux jours ; il consacre son temps aux entretiens avec les membres de l'équipe soignante. Il ne recevra pas, pendant cette période de visites ni d'appels téléphoniques. C'est le « temps d'accueil individualisé ». Il semble que la mise en pyjama ne soit pas systématique.

La prise en charge thérapeutique se partage entre les entretiens psychiatriques et psychologiques, les séances de psychomotricité, les entretiens infirmiers, les activités collectives

et individuelles à visée de réadaptation ou de créativité. La chimiothérapie n'occupe pas de place prépondérante.

Le service est fermé, les enfants n'ont accès à l'extérieur qu'accompagnés.

Le tabac est proscrit.

Toutefois, la contiguïté des « jardins » de Pen Duick et d'Hermione n'interdit pas les transgressions.

Au jour de la visite, le service accueille quatre enfants.

La chambre d'isolement s'est imposée dans les murs du service, sans que le médecin ou les soignants ne l'ait sollicité.

Cette chambre a été utilisée à huit reprises depuis le 1^{er} octobre 2015, la plupart du temps comme chambre d'apaisement, porte ouverte, et pour des durées brèves. Depuis le début de l'année 2016, sept séquences d'isolement supérieures à deux heures ont été retrouvées par le DIM.

De façon générale, la mise en chambre d'isolement d'un enfant est mal vécue par les soignants, qui sont renvoyés à leurs propres limites devant l'expression des pathologies ; elle intervient donc comme une décision de dernier recours.

La sortie du service est généralement prévue dès l'admission, soit le patient est déjà pris en charge sur le secteur ambulatoire (hôpital de jour, CMP ou CATP...) et le suivi reprend, soit le patient est en lien avec une institution médico-sociale (ITEP⁵, CMPP, IME...) auquel cas, la continuité de la prise en charge est assurée.

Dans quelques cas de pathologie sévère, justifiant une prise en charge de plus longue durée, il peut être proposé une orientation vers les unités Belem, en cas de poursuite de scolarité, ou Astrolabe, si l'option médico-sociale est privilégiée. Ces orientations se font en concertation avec les services et les familles.

La « barrière des 16 ans », et l'entrée obligée dans le monde de la psychiatrie d'adulte, peut être différée par le recours à l'unité Pen Duick, située à proximité immédiate.

5.3 L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE N'EST PAS ADAPTEE A LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

L'UHCD, pour « unité d'hospitalisation de courte durée », s'est greffée sur le projet de restructuration des services d'hospitalisation. Manquait en effet au dispositif une unité à même d'accueillir des jeunes patients de moins de 16 ans, en urgence, ou en urgence différée, à partir du réseau des urgences pédiatriques du CHU, et des unités de soins ambulatoires des trois pôles de PIJ.

5.3.1 Les locaux

Les locaux mis à la disposition de l'unité ne correspondent pas à ce que l'on peut attendre d'un service de PIJ.

En effet, au premier étage, sans accès direct à l'extérieur, sans locaux dédiés aux personnels médicaux et soignants, ni même de toilettes, sans salle commune utilisable par les patients pour

⁵ ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique ; CMPP : centre médico-psycho-pédagogique ; IME : institut médico-éducatif

des loisirs collectifs ou une détente en petit groupe, ce service laisse une lourde impression de confinement.

Chaque jeune patient doit se replier dans sa chambre dès que les soignants prennent possession de la pièce commune. Se pose alors la question de la confidentialité des données professionnelles, insonorisation, accès visuel à des éléments de dossier, éventuellement à des médicaments...

De surcroît, une éventuelle indication d'isolement thérapeutique complexifie encore plus la prise en charge, puisque la chambre d'isolement se situe au rez-de-chaussée, dans le service Hermione.

Lors de la visite, deux patients séjournent dans l'unité. L'un d'entre eux exprime spontanément son vécu d'enfermement, comme sa difficulté à ne pas fumer pendant son séjour, « tout est fermé ici », dit-il.

Recommandation

Les locaux consacrés à l'UHCD – particulièrement étroits, sans accès à l'air libre, sans salles collectives – ne garantissent pas un accueil et des soins de qualité.

5.3.2 Le personnel

Ce service est placé sous la responsabilité du secteur universitaire, qui délègue un mi-temps de psychiatre. En revanche, l'équipe infirmière est agrégée à celle du service Hermione, de jour, comme de nuit, et relève de l'autorité du même cadre infirmier.

Le temps médical consacré à l'UHCD se compose d'un praticien à temps partiel (0,5 ETP), d'un interne de psychiatrie et d'un médecin coordonnateur.

Ces temps médicaux sont issus du service universitaire, comme ceux de l'unité Pen Duick.

Ces médecins partagent le « local unique » avec l'équipe soignante pour les temps de réunion, et ils rencontrent le plus souvent les patients dans les chambres. Il n'existe pas de bureau dans cette unité.

S'agissant du personnel non médical, l'effectif quotidien est constitué d'un infirmier et d'un aide-soignant. La nuit, ce même effectif est partagé avec le service Hermione.

La psychologue, elle aussi partagée avec Hermione, intervient dans les réunions cliniques et assure des entretiens individuels auprès des patients.

L'encadrement infirmier est également partagé avec Hermione, il en résulte que seule, la responsabilité médicale n'est pas commune avec celle du service voisin.

5.3.3 La prise en charge

D'une capacité de cinq lits, cette petite unité est accolée au premier étage de l'unité Hermione. Accessoirement, son implantation à cet endroit a limité de façon définitive la capacité d'admission du service Hermione, antérieurement (Antares) de douze lits à huit lits.

L'UHCD, en lien direct avec les urgences pédiatriques du CHU et plus précisément avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie rattachée au PHUPEA, et des établissements du territoire (Fougères, Vitré, Redon) accueille en « post-urgence » des patients âgés de moins de 16 ans, dont les troubles justifient une observation hospitalière, et, éventuellement, une orientation thérapeutique.

Le recrutement des patients est intersectoriel. Les séjours ne peuvent excéder 72 heures. Les patients ne sont pas obligés de porter un pyjama ni ne sont soumis à une rupture avec leur environnement. La surveillance est étroite et l'observation attentive, dans ces situations d'urgence relative.

Le quotidien de cette unité illustre au mieux les aléas des constructions de bâtiments hospitaliers en dehors d'une réelle concertation avec les professionnels du terrain : le service UHCD apparaît proprement invivable, autant pour les patients, qui n'ont d'autre choix que de rester confinés dans leur chambre, que pour les soignants qui ne disposent pas d'espaces professionnels dignes de ce nom.

La situation, en bout d'étage, l'isole de tout contact extérieur, aucun accès direct à un espace de déambulation n'est possible ; l'ensemble crée un sentiment de malaise qui ne se limite pas aux claustrophobes et seule la brièveté des séjours peut permettre une acceptation relative de telles conditions d'accueil.

On peut aussi comprendre que la présence simultanée de jeunes patients agressifs puisse créer de graves difficultés dans un si petit espace.

La chambre d'isolement utilisable se situe au rez-de-chaussée, dans l'unité Hermione ce qui ne facilite pas les surveillances.

L'évaluation du temps de la crise et de son contexte permet d'envisager rapidement la suite proposée au jeune patient.

Si la prolongation de l'hospitalisation se révèle nécessaire, les contacts se nouent rapidement avec les unités potentiellement concernées, Astrolabe, Belem ou Hermione, selon le projet propre au patient, et selon les disponibilités en lits ou places.

Le plus souvent s'organise, ou se redéfinit, un suivi ambulatoire sur l'un des trois pôles de PIJ.

Les familles sont toujours associées au parcours de soins et aux projets.

5.4 L'UNITE BELEM FONCTIONNE EN HOSPITALISATION DE SEMAINE

Située dans le bâtiment B du DIHPSEA, l'unité Belem succède à l'ancien Sirius du site précédent.

Le projet en a été poursuivi, il s'agit essentiellement de favoriser et de maintenir l'insertion scolaire de patients souffrant de graves pathologies, altérant leur lien à autrui.

Le directeur, dans sa réponse au rapport de constat, indique qu'une réflexion a été engagée dans le cadre d'un audit extérieur, relative à l'ensemble de la prise en charge dans les trois unités Belem, Astrolabe et Hermione.

5.4.1 Les locaux

Belem est organisée de façon comparable aux unités Hermione ou Astrolabe : les locaux professionnels, de détente, d'activités et de restauration au rez-de-chaussée et les chambres à l'étage. Les difficultés rencontrées sont donc similaires, en particulier, la surveillance sur deux niveaux.

L'unité est aussi dotée d'une chambre d'isolement qui, selon les données du DIM, n'a pas été utilisée depuis l'ouverture du DIHPSEA.

5.4.2 Le personnel

Le psychiatre affecté à l'unité exerce à mi-temps, partageant son activité avec la prise en charge de l'hôpital de jour Myosotis, situé sur le site et intégré au DIHPSEA.

La cadre de santé est aussi chargée de l'UHCD et d'Hermione, elle peut garantir un effectif quotidien, du lundi au vendredi de six infirmiers et un aide-soignant, avec un service minimum le samedi matin.

L'effectif de nuit est restreint et partagé avec Astrolabe.

5.4.3 La prise en charge

D'une capacité de douze lits et trois places d'hôpital de jour, le service Belem est destiné à accompagner dans la durée, de six mois à deux ans, le parcours d'intégration scolaire d'enfants de 10 à 16 ans, en provenance des territoires relevant de la PIJ du CHGR.

L'admission se réalise après avis d'une commission pluri professionnelle.

L'unité se calque sur les rythmes scolaires, fermant du samedi 14h au lundi 9h et pendant les mois d'été, en alternance avec le service Astrolabe voisin.

Les jeunes patients sont scolarisés dans des établissements rennais de proximité, ils peuvent s'y rendre seuls par les transports en commun. Ils peuvent aussi être épaulés par le CMPP implanté dans un quartier proche, ou par l'unité spécialisée Armor, qui, sur le site du Bois Perrin, assure un suivi scolaire.

Des contacts réguliers s'établissent avec le secteur médico-social (IME, ITEP...) en vue de la poursuite des prises en charge en milieu protégé.

Au jour de la visite des contrôleurs, du fait des vacances scolaires, seuls trois enfants demeuraient dans l'unité, l'un d'entre eux fêtant son départ définitif du service ; de fait, ils étaient soit en sortie extérieure, soit pris en charge au sein de l'unité Astrolabe, avec un personnel mutualisé entre les deux unités.

Ces patients bénéficient de nombreuses sorties à l'extérieur, en ville ou à la campagne, dans un but de réinsertion sociale et de développement des apprentissages.

5.5 L'UNITE ASTROLABE ACCUEILLE DES JEUNES PATIENTS DIFFICILES ET SE TROUVE EN DIFFICULTE POUR LES PRENDRE EN CHARGE

L'astrolabe dispose de douze lits d'hospitalisation de semaine et quatre places d'hôpital de jour ; elle reçoit des enfants de 10 à 16 ans souffrant de troubles envahissants du développement avec troubles cognitifs, schizophrénie précoce, troubles sévères de l'attachement, déficiences avec troubles psychiatriques associés. Un lit est prévu pour les accueils de courte durée aux fins d'observation ; l'unité ne pratique pas les accueils en urgence.

Compte-tenu tant de l'âge que des pathologies, l'unité est fermée.

L'unité fonctionne du lundi à 8h45 au samedi à 14h30 ; elle ferme le weekend ainsi que trois semaines l'été, en alternance avec l'unité Belem.

La demande d'admission émane nécessairement d'un pédopsychiatre. Elle est examinée par une commission réunissant le médecin coordonnateur, le cadre de santé et le médecin responsable de l'unité.

5.5.1 Les locaux

Les locaux sont comparables à ceux des autres unités. Les couloirs sont blancs et nus, égayés par quelques « fauteuils poires » colorés. L'une des chambres a été transformée en chambre d'apaisement avec un matelas de mousse compacte.

Dans le petit salon téléviseur et ordinateur, des crayons de couleur, du papier à dessin et quelques jeux de société témoignent du passage régulier des enfants.

La grande salle d'activité et la salle polyvalente sont décorées de leurs dessins et de frises avec leur prénoms ; on y trouve aussi des jeux variés et adaptés à divers âges (jeux de construction, fil à scoubidou...).



Astrolabe-Locaux collectifs

La salle avec billard et baby-foot est effectivement partagée avec l'unité Belem. La salle de culinothérapie est utilisée ; les autres salles communes le sont moins, pour des motifs tenant d'une part, à leur équipement, estimé peu adapté aux enfants de l'unité et à la difficulté de réserver un créneau.

La cour, comme les autres, est austère ; outre les tables et chaises en bois et la table de ping-pong, on y trouve toutefois un but et un panier de basket-ball ainsi que quelques jardinières et des plantations débutantes.

L'ensemble est en parfait état.

5.5.2 Le personnel

Un médecin travaillant à mi-temps est responsable des soins. Elle est présente deux jours et demi par semaine au sein de l'unité. Il n'y a pas d'interne.

Le cadre de santé consacre au moins 80 % de son temps à l'unité Pen Duick et, de fait, convient qu'il est peu présent à l'Astrolabe, située, de surcroît, à l'autre extrémité du bâtiment.

A Astrolabe comme à Belem et Hermione, les soignants ont choisi de porter une blouse blanche adoptée comme étant le symbole du soin et non de l'autorité.

L'équipe soignante est décrite comme très investie ; un responsable dira à ce sujet : « *certaines sont à la limite du burn-out* » ; elle dispose toutefois d'une forte expérience plus que d'une réelle formation psychiatrique. Les modalités de son intervention ont fait l'objet de critiques auprès des contrôleurs ; elles relèveraient parfois de méthodes « éducatives » empreintes d'une certaine forme d'autoritarisme, destinées à endiguer les manifestations des troubles du comportement, faute de capacité suffisante à les analyser.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur fait valoir que ces propos apparaissent exagérés, s'appuyant probablement sur un nombre très limité de témoignages. Les contrôleurs estiment que ces témoignages, non isolés, sont apparus suffisamment sérieux et étayés pour être ici relayés (Cf. *infra*. 5.2.4).

Les professionnels évoquent, pour leur part, la nécessité de poser des limites aux enfants et de conserver avec eux une distance qu'ils estiment bienveillante.

Les relations entre le médecin et l'équipe sont apparues délicates ; l'autorité du médecin est manifestement contestée par plusieurs membres de l'équipe ; il serait difficile d'aborder en réunion les divergences d'opinions quant aux diverses méthodes concrètes de prise en charge.

La situation de l'une des patientes pourrait s'avérer symptomatique d'un certain dysfonctionnement ; elle sera évoquée plus loin.

Au moment de la visite, l'équipe ne bénéficiait pas de supervision ; des études de cas ont cependant été mises en place, avec un médecin extérieur. Des réunions institutionnelles et/ou cliniques se tiennent deux fois par semaine.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique qu'une supervision est désormais en place et que des échanges sont organisés régulièrement avec les unités Belem et Hermione.

Le médecin de l'unité pour sa part, attire l'attention sur le caractère particulièrement difficile des prises en charge et sur la bienveillance et l'investissement de l'équipe. Elle indique avoir, dès sa prise de fonction en septembre 2014, constaté la grande insécurité de l'équipe infirmière du fait de changements importants menaçant la qualité de son travail (baisse des effectifs, augmentation des plages d'accueil des patients, arrêt des remplacements, inquiétude liée au déménagement dans de nouveaux locaux et à la modification du projet médical...). En accord avec le cadre de santé, l'équipe a d'emblée été réunie pour une demi-journée de réflexion portant notamment sur « comment contenir la violence verbale et physique » et « comment adapter nos interventions aux différents mécanismes psychopathologiques ». D'autres réunions de ce type ont été organisées, notamment trois jours entiers les 18 avril, 30 mai et 7 novembre 2016 en présence d'un psychiatre formateur extérieur à l'établissement.

Le médecin estime que l'équipe, dans son ensemble, se montre bienveillante, très attentive aux besoins des patients et très investie auprès d'eux.

5.5.3 Les patients

Au premier jour de la visite, treize patients – sept garçons et six filles – étaient accueillis, dont quatre en hôpital de jour. Le dernier jour, huit enfants étaient présents dans l'unité, dont deux relevant de Belem ; les autres avaient rejoint le domicile de leurs parents ou de leur famille d'accueil pour le week-end du 14 juillet.

Le plus âgé des patients de l'unité allait avoir 16 ans deux mois plus tard et le plus jeune avait 11 ans. Plus de la moitié étaient présents depuis plus de deux ans et deux depuis plus de quatre ans.

Tous les patients avaient été admis sur décision des représentants légaux ; quatre faisaient l'objet d'un suivi par le juge des enfants et parmi eux trois étaient placés.

Les enfants présents souffraient de troubles sévères faisant obstacle à une scolarisation à temps plein, fût-ce en milieu spécialisé de type IME.

L'une des situations a particulièrement alerté les contrôleurs ; il en sera reparlé plus bas.

5.5.4 La prise en charge

Le projet de soins de l'unité n'a pas été écrit. Le directeur, dans sa réponse au rapport de constat, indique qu'une réflexion a toutefois été engagée dans le cadre d'un audit extérieur, relative à l'ensemble de la prise en charge.

La prise en charge vise à « comprendre leurs difficultés profondes » en plaçant des enfants souffrant de graves troubles du développement et du comportement dans un milieu bienveillant

(« *ici, il n'y a pas d'exigence de résultats, notamment scolaires* »), capable d'observer, d'analyser et de les aider à progresser en mettant « *des mots sur ce qu'ils vivent* ».

Depuis quelques mois, la pratique de la mise en pyjama, systématique auparavant, a été abandonnée.

L'observation et l'action thérapeutiques s'effectuent d'une part à travers le partage du quotidien, d'autre part à travers des activités à visée thérapeutique (sport, bricolage, cuisine, psychodrames). Les relations avec les services sociaux sont décrites comme étroites, s'agissant le plus souvent d'enfants en difficulté de longue date, souvent originaires de milieux carencés. Les modalités d'accueil sont souples (hospitalisation de semaine ou séquentielle).

Chaque enfant se voit désigner deux infirmiers référents plus particulièrement chargés du lien avec les familles et les services sociaux.

Les enfants sont effectivement apparus entourés par les soignants, qui semblent bien les connaître ; le lever s'effectue à partir de 7h et le petit déjeuner se prend collectivement entre 8h et 9h ; plusieurs enfants ne sont pas suffisamment autonomes pour faire seuls leur toilette. En journée, la vie se passe au rez-de-chaussée, avec un accès à la cour à des moments déterminés par les soignants et sous leur surveillance. Les repas sont pris collectivement ; le plan de table est fixé chaque jour par les soignants en fonction de l'état des enfants ; au moment du contrôle, le goûter – copieux et manifestement apprécié des enfants – était pris dans la cour. Selon les renseignements recueillis, les privations de dessert ont longtemps été utilisées pour sanctionner un comportement ; la pratique aurait cessé. Après le repas de midi, une heure de calme est imposée, seul en chambre ; les enfants peuvent y emporter livres ou coloriages ; un soignant demeure à l'étage. Il arriverait fréquemment que la durée du repos dépasse largement l'heure prévue, pour des motifs tenant aux soignants.

Dans la mesure du possible, la **scolarisation** est maintenue, de manière **séquentielle**, selon les possibilités de chacun. Au moment du contrôle, huit enfants (sur treize accueillis) fréquentaient l'IME pour des durées variant d'une demi-journée à trois jours par semaine. Deux enfants bénéficiaient de quelques heures de scolarité adaptée dans un pavillon spécifique situé sur le site. Les deux autres étaient en hôpital de jour.

La période (congé d'été) n'a pas permis d'apprécier la participation réelle des enfants à des **activités** représentatives de l'année, ni le climat dans lequel elles se déroulent ; plusieurs professionnels ont vivement regretté qu'elles se limitent régulièrement à une ou deux « médiations » par semaine ; certains ont évoqué des activités plus occupationnelles que thérapeutiques.

L'emploi du temps de la semaine précédant le contrôle indique :

- lundi : alphabet créatif (deux ou trois patients), balnéothérapie (quatre jeunes, en deux groupes dont l'un pour un enfant), sortie extérieure (trois jeunes), autonomie accompagnée (trois jeunes) ;
- mardi : sport (un jeune), « penser-crée » (deux ou trois jeunes), jardin (deux jeunes) ; vidéo et coloriage en autonomie accompagnée (trois jeunes) ;
- mercredi : jardin (deux ou trois jeunes), relaxation (un jeune), sport, bricolage (quatre jeunes), jeux de construction en autonomie accompagnée (trois jeunes) ; sortie « courses » (un ou deux jeunes) ; musique (nombre non précisé) ;
- jeudi : promenade (deux jeunes), bricolage (un jeune), sport (un jeune), basket-ball inter unités (deux jeunes), judo inter unités (deux jeunes), dessin (trois jeunes) ; musique ;

- vendredi : piscine (deux jeunes), carnet d'idées (deux jeunes), frise (deux jeunes), vidéo.

Au moment du contrôle, l'équipe s'apprêtait à fêter le départ d'un enfant par un goûter amélioré : quatre enfants accompagnés de deux soignants étaient sortis effectuer des achats en ville pour l'occasion. Il a été dit aux contrôleurs que l'équipe, longtemps réticente aux sorties thérapeutiques, les acceptait désormais.

Parmi les **pratiques contestables** rapportées aux contrôleurs, on notera : des propos désobligeants à l'égard d'un enfant qui bave ou présente des troubles de la marche (« *tu marches comme une grand-mère* ») ou s'énerve (« *il faut la mater* ») ; des propos peu adaptés à l'égard d'un enfant qui délire (« *ce n'est pas vrai* ») ; l'ensemble est attribué à une méconnaissance de la psychose et à une crainte d'être débordé par les enfants plus qu'à une réelle malveillance. Ont aussi été rapportés : l'obligation faite à un enfant atteint de troubles du comportement de rester longuement assis ; lui enfermer les mains dans un gant de toilette après qu'il ait cassé ou griffé, voire placer un enfant en isolement avant de solliciter l'avis médical alors même qu'un médecin est accessible. Le haussement de ton, voire le cri, seraient fréquents ; la contention physique serait parfois utilisée ; ceux qui y recourent estiment ne le faire qu'à bon escient et faute d'autre solution susceptible de calmer l'enfant ; d'autres estiment devoir – et pouvoir – réagir par d'autres moyens que l'autoritarisme ou la contention face à des situations de même type.

Il semble que la légitimité de ces pratiques ne soit que peu abordée en réunion.

Recommandation

Les propos dévalorisants, les attitudes empreintes de toute forme d'autoritarisme et, a fortiori, de violence, sont à proscrire. La contention, sous quelque forme que ce soit, de même que l'isolement, doivent répondre à un protocole et n'intervenir que sur prescription médicale et en dernier recours.

Craignant que cette recommandation puisse être mal interprétée, le médecin responsable de l'unité, dans sa réponse au rapport de constat, tient à faire valoir que l'équipe, dans son ensemble, se montre bienveillante, très attentive aux besoins des patients et très investie auprès d'eux.

Ainsi qu'énoncé plus haut, **l'une des situations a particulièrement interrogé les contrôleurs.**

Il s'agit d'une enfant de 14 ans, hospitalisée à la demande de ses parents. La fillette présente des troubles importants ne semblant pas correspondre à une pathologie spécifique et se caractérisant notamment par une agressivité forte et imprévisible ; elle est en outre atteinte de surdité et de troubles du langage. La situation est également suivie par la maison des adolescents et a été soumise à la commission critique de la maison départementale des personnes handicapées. Sa complexité a conduit l'institution à alerter par deux fois l'agence régionale de santé, pour obtenir un soutien spécifique. Un bilan spécialisé a été effectué en mai 2016 par une équipe spécialisée venue de la région parisienne. Dans leur réponse au rapport de constat, le directeur et le médecin indiquent que, depuis la visite, l'ARS a octroyé un temps d'éducateur et d'enseignant spécialisé à hauteur de 0,2 ETP, durant un an.

La fillette est hébergée à l'hôpital 365 jours par an ; ses parents viennent la voir régulièrement en visites médiatisées ; ses activités sont d'autant plus réduites que seule une partie des soignants serait en mesure de l'approcher : les hommes et une seule femme. Plusieurs soignants ont subi une agression qui les dissuade effectivement de s'occuper à nouveau de la jeune fille mais, il est

apparu que d'autres n'en avaient jamais eu l'opportunité et qu'il semblait difficile de la revendiquer. Le médecin responsable de l'unité explique cet éloignement par certaines caractéristiques physiques (cheveux longs) qui déclenchent l'agressivité de la jeune fille.

La jeune fille est donc continuellement au premier étage (ce qui empêche aussi les autres enfants de s'y rendre), la plupart du temps seule dans sa chambre où elle prend aussi ses repas. La porte de sa chambre est ouverte mais certains soignants ont pu dire qu'elle n'était pas pour autant libre d'en sortir et, de fait, il semble qu'elle n'en sorte pas seule. Les infirmiers qui bénéficient d'un « droit d'approche » font manifestement leur possible pour lui offrir des « activités » : bain, relaxation ; plusieurs ont appris la langue des signes et disent pouvoir échanger réellement avec elle. Il semble cependant que les modalités de sa prise en charge reposent essentiellement sur le souci d'éviter la crise.

A titre très exceptionnel, une sortie a été organisée pour la fillette pendant la visite des contrôleurs. Un soignant a prié l'ensemble des personnes présentes de s'effacer pendant que deux soignants – dont l'un d'une structure extérieure – lui faisaient traverser le rez-de-chaussée pour la conduire quelques heures en promenade en forêt.

Il arrive régulièrement qu'elle soit la seule patiente à dormir dans l'unité ; le week-end, elle est hébergée à l'unité Hermione où, bien qu'elle y connaisse de fréquentes périodes en chambre d'isolement, il semble qu'elle puisse être approchée sans dommages majeurs par une plus grande partie de l'équipe.

Si la pathologie, les raisons et circonstances des passages à l'acte de la jeune fille font l'objet de questionnements, il ne semble pas que ce qui apparaît comme une forme de cooptation entre la jeune fille et certains soignants soit remis en cause ; en tous cas, il apparaît difficile, voire impossible, à d'autres soignants de l'équipe de « postuler » au soin pour cette fillette, sans que pour autant leur soit expressément opposé un quelconque refus d'une autorité compétente.

Suite à trois agressions consécutives ayant entraîné une décompensation aiguë de la patiente durant plusieurs heures, le médecin responsable de l'unité, en concertation avec le collège médical du DIHPSEA, a proposé, dans l'intérêt de la patiente, un suivi temporaire par un autre médecin. Au moment du contrôle, la fillette était donc suivie régulièrement par le médecin d'une autre unité qui, n'ayant que d'occasionnels contacts avec l'équipe d'Astrolabe, regrettait de ne pouvoir impulser un autre mode de prise en charge.

Dans sa réponse au rapport de constat, le médecin responsable de l'unité fait valoir que la fillette présente des troubles lorsqu'elle est confrontée à des personnes présentant certaines caractéristiques (cheveux longs par exemple) ; elle estime que la prise en charge est organisée au mieux de ses intérêts et indique recevoir la fillette chaque semaine depuis septembre 2016, en présence d'un interprète.

Les contrôleurs ont pu rencontrer la jeune patiente, en présence d'un soignant avec qui elle entretenait manifestement une relation de confiance. Les précautions prises par l'infirmier ont permis un échange détendu mais sommaire avec la fillette.

Les contrôleurs s'interrogent sur le caractère restreint des échanges que cette jeune fille entretient avec son entourage et avec l'extérieur, faisant craindre une diminution de ses centres d'intérêts et de ses capacités d'adaptation. Ils s'interrogent aussi sur le fait que certains soignants, qui en ont exprimé le regret auprès des contrôleurs, ne soient pas « autorisés » à participer aux soins, ce refus non explicite contribuant à créer des distinctions, voire une forme de « hiérarchie », au sein de l'équipe.

S'agissant plus largement, de la **place des parents**, on notera que les enfants accueillis à l'Astrolabe ont, pour la plupart, déjà connu des institutions ; sauf exception liée à des difficultés relationnelles, il n'y a donc pas d'indication de rupture des liens en raison de l'admission. S'agissant d'une hospitalisation de semaine, les enfants retournent généralement en famille (ou en famille d'accueil) le week-end. Dans l'intervalle, des visites sont programmées au sein de l'unité, selon les besoins de l'enfant ; elles sont généralement médiatisées et se déroulent dans le salon de visite.

La fillette dont il a été question plus haut, qui est hébergée toute l'année à l'hôpital, reçoit régulièrement la visite de sa famille au sein de l'unité ; leurs rencontres sont généralement médiatisées, à la demande des parents mais lorsque la situation le permet, ceux-ci rencontrent leur enfant dans sa chambre, hors présence soignante.

Au moment du contrôle, une autre enfant – placée de longue date par le juge des enfants – rencontrait ses parents de manière médiatisée, dans l'unité, selon un rythme décidé par le médecin et régulièrement réévalué. Le service « gardien » (un service de placement familial spécialisé) avait mis en place un « pool » de familles d'accueil susceptibles de recevoir l'enfant pendant les week-ends sans risquer l'épuisement. De manière générale, lorsqu'une famille n'est pas en mesure de recevoir son enfant pour le week-end, une famille d'accueil relais est recherchée, en lien avec les services sociaux.

Les parents sont sollicités pour accompagner leur enfant lors de rendez-vous extérieurs (dentiste, coiffeur...), tant pour les maintenir dans leur rôle que pour soulager l'équipe soignante.

Compte-tenu de l'âge et de la pathologie des enfants accueillis dans cette unité, le lien téléphonique parents-enfants n'est pas privilégié, sauf besoin de réassurance spécifique. Les soignants en revanche indiquent avoir de fréquents contacts avec les parents, sur initiative ou à la demande de ces derniers. Au besoin, rendez-vous est pris pour une rencontre.

Il est dit que les parents sont reçus en moyenne une fois par mois par le médecin seul ou en présence de l'un des IDE référents. Ils sont notamment tenus informés des traitements et des mises en isolement. En tant que de besoin, il arrive au médecin de recevoir également la fratrie.

Les enfants admis à l'Astrolabe nécessitent un suivi au long cours ; la question de leur sortie est étroitement dépendante de structures spécialisées qui, en France, manquent cruellement.

L'équipe de l'Astrolabe prend en charge des enfants particulièrement difficiles et particulièrement fragiles ; l'autorité médicale est contestée ; l'encadrement intermédiaire est lointain ; il semble que l'équipe fonctionne dans une autonomie inappropriée.

Les contrôleurs n'ont pas été témoins directs de pratiques contraires aux exigences du soin ; les témoignages reçus sont cependant trop nombreux et trop précis pour être ignorés, d'autant que la prise en charge de la jeune patiente dont le cas a été rapporté plus haut vient renforcer le questionnement à ce sujet.

Le médecin responsable de l'unité, dans ses observations à la suite du rapport de constat, évoque des prises en charge particulièrement difficiles, nécessitant un personnel – tant infirmier que psychologue, psychomotricien et orthophoniste – stable, bénéficiant réellement de formations spécifiques et de supervisions d'équipe régulières. Elle précise que la présence d'un éducateur spécialisé favoriserait l'organisation d'activités extérieures à l'unité. Elle conclut qu'une réflexion globale devrait être engagée sur les indications médicales propres à l'unité, en lien avec les autres unités d'accueil du dispositif.

Recommandation

Il convient de donner aux équipes les moyens humains, matériels et de formation conformes à la difficulté de leur mission.

Il y a lieu de favoriser une présence médicale plus soutenue à Astrolabe.

Il est nécessaire que le cadre de santé soit plus présent.

Il convient de rappeler les exigences du soin, de veiller étroitement sur les pratiques mises en œuvre et de mettre en place une organisation permettant d'en interroger la légitimité, notamment par une analyse des pratiques et une supervision soutenues et durables.

6. CONCLUSION

La visite a mis en évidence les effets délétères d'une organisation administrative et médicale qui place les chefs de pôle à distance des unités et renforce le poids du cadre supérieur de santé auprès des équipes, **au détriment de l'autorité de praticiens hospitaliers dont la présence est faible ou discontinue et qui, pour certains, quittent l'institution.**

Le constat est d'autant plus alarmant que les équipes doivent faire face à des patients particulièrement difficiles, accueillis dans des locaux qui, pour être neufs, n'en sont pas pour autant totalement adaptés aux besoins des patients.

Des dérives sont à craindre, d'autant que la formation des soignants est à parfaire, que les pratiques ne semblent pas toujours faire l'objet d'échanges transparents et approfondis, et que des chambres d'isolement ont été mises à disposition de soignants qui, auparavant, n'en disposaient pas.

Les contrôleurs notent avec satisfaction que des travaux sont sur le point d'être entrepris pour offrir plus d'espaces d'activités. Ils attirent toutefois l'attention sur la situation particulièrement délicate à cet égard, de l'UHCD, totalement absente des observations qui ont fait suite au rapport de constat. Ils rappellent également l'intérêt de consulter médecins et soignants sur l'organisation et l'utilisation de ces nouveaux espaces.

Les contrôleurs retiennent également les propos de la direction selon lesquels diverses dispositions ont été prises de nature à améliorer la prise en charge, notamment par un plan de formation pour 2017 intégrant analyse des pratiques et supervision, pour l'ensemble des unités.

Pour définir un projet médical fédérateur et crédible, la réflexion d'ensemble qui semble s'être engagée doit inclure un questionnement sur les moyens matériels et humains à disposition des équipes assumant la prise en charge d'enfants souffrant de lourdes pathologies.