



Rapport de visite :

9 au 19 janvier 2017 - Première visite

Centre hospitalier spécialisé de
Sevrey

(Saône-et-Loire)

SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Sevrey (Saône-et-Loire) du 9 au 19 janvier 2017.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement le 31 mai 2017. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 4 juillet 2017 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre hospitalier spécialisé de Sevrey est l'établissement psychiatrique de référence pour les deux tiers Nord du département de Saône-et-Loire, soit environ une population de 380 925 habitants dont 79 337 enfants. Il dispose de 284 lits d'hospitalisation pour adultes et dix lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie.

L'établissement bénéficie d'un bel environnement naturel au sein duquel l'ensemble des patients, y compris ceux admis en soins sans consentement et en provenance d'UMD, peuvent sortir librement. Certains pavillons n'ont cependant jamais été rénovés et les conditions d'hébergement, dans certaines unités, sont déplorables. L'hôpital compte encore de nombreux dortoirs à trois et quatre lits qui sont dépourvus de sanitaires et de douches. Les patients sont contraints à vivre en permanence dans la promiscuité.

La capacité d'accueil du centre hospitalier est également insuffisante, notamment dans les unités d'admission dont le taux d'occupation est particulièrement élevé. Les transferts des patients d'une unité à une autre sont beaucoup trop fréquents, cela se répercute sur leur parcours de soins. De même, les chambres d'isolement sont parfois utilisées à des fins d'hébergement.

Enfin, la situation budgétaire de l'établissement demeure précaire malgré le rééquilibrage effectué par l'ARS des dotations attribuées à l'ensemble des établissements de la région. Les effectifs en personnel paramédical sont également insuffisants.

En dépit des difficultés rencontrées, l'équipe de direction et la communauté médicale œuvrent de concert pour gérer au mieux cette structure. Le centre hospitalier apparaît comme un établissement dynamique, attractif et dont le projet novateur répond aux besoins de soins psychiatriques. Les équipes soignantes, dans leur majorité, adoptent une approche souple et individualisée à l'égard des patients dont seul l'état clinique peut motiver qu'une restriction soit prescrite. Il est toutefois anormal que ces mêmes pratiques ne s'appliquent pas aux patients détenus, en provenance du centre pénitentiaire de Varennes-le-Grand, dont les conditions de prise en charge portent atteinte aux droits fondamentaux. La réactualisation du protocole relatif aux conditions d'hospitalisation de la population pénale s'impose.

Si le recours à la contention est rare au sein des unités, il n'en demeure pas moins que le nombre de mesures d'isolement est anormalement élevé et doit inciter à engager une réflexion de fond sur ce point.

Le contrôle du juge des libertés et de la détention relatif aux mesures de soins sans consentement s'exerce dans des conditions respectueuses des droits des patients. A cet égard, l'établissement a mis en place des outils performants qui permettent d'être en conformité avec les exigences de la loi. Ainsi, aucune levée du juge des libertés pour saisine tardive n'a été prononcée au cours de l'année 2016.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- | | |
|---|-----------|
| 1. BONNE PRATIQUE | 19 |
| <p>L'établissement a mis en place une formation d'adaptation à l'emploi sur les soins psychiatriques au bénéfice du personnel soignant.</p> | |
| 2. BONNE PRATIQUE | 23 |
| <p>L'utilisation du logiciel Planipsy sécurise, en sus du registre de la loi, les contrôles inhérents aux hospitalisations sans consentement et la gestion des étapes de la procédure ; un outil comparable devrait être utilisé dans tous les établissements recevant des patients en soins sous contrainte.</p> | |
| 3. BONNE PRATIQUE | 24 |
| <p>La CDSP visite régulièrement le CHS et concourt par ses pistes de réflexion à mettre en place des changements pour une prise en charge sans cesse améliorée.</p> | |
| 4. BONNE PRATIQUE | 34 |
| <p>Au moment de la notification des soins sans consentement, il est remis au patient un document de quatre pages, spécifique au type de soins dont il fait l'objet, qui détaille dans des termes compréhensibles le déroulement de l'hospitalisation.</p> | |
| 5. BONNE PRATIQUE | 40 |
| <p>Les conditions d'organisation des audiences devant le JLD permettent au « patient-justiciable » de présenter une défense utile. Une attention doit être apportée pour s'assurer que lors de sa convocation le patient ait une pleine compréhension de ses droits.</p> | |
| 6. BONNE PRATIQUE | 41 |
| <p>La mise en place d'un atelier d'écriture à l'attention des psychiatres, animé par une philosophe, ayant pour objectif d'améliorer la pertinence des certificats médicaux des hospitalisations sous contrainte est une excellente initiative</p> | |
| 7. BONNE PRATIQUE : | 52 |
| <p>La liberté d'aller et de venir des patients, large, repose sur leur état clinique et non sur le statut juridique à l'appui de la mesure initiale d'hospitalisation.</p> | |
| 8. BONNE PRATIQUE | 57 |
| <p>Le développement de la pharmacie clinique au sein de l'unité La Source est une initiative encore rarement rencontrée dans les établissements visités. Il serait intéressant que cette pratique soit étendue aux autres unités de l'établissement.</p> | |
| 9. BONNE PRATIQUE : | 84 |
| <p>La participation au goûter collectif par le patient à l'unité Opale la veille de son admission, en ce qu'il le déstresse et l'apaise, constitue une pratique à valoriser.</p> | |

10. BONNE PRATIQUE : 84

Tout patient de l'unité Opale est reçu à l'issue de la réunion clinique par l'un des soignants, afin d'entendre la synthèse opérée quant à sa situation et aux objectifs à atteindre.

11. BONNE PRATIQUE : 86

La richesse, la diversité et l'originalité des activités (en particulier celles liées à l'animal) proposées, sur prescription médicale, aux patients méritent d'être soulignées.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 12

Le projet de reconstruction du site, tel qu'il est prévu dans le projet d'établissement, s'impose. Il n'est pas admissible que deux tiers des patients hospitalisés soient dans l'obligation de partager leurs chambres avec deux, trois ou quatre autres personnes. Ce projet permettra d'offrir des conditions d'hébergement adaptées et conformes aux normes d'hygiène et de sécurité.

2. RECOMMANDATION 17

Afin de permettre au personnel soignant de consacrer davantage de temps aux patients, certaines tâches qui leur sont attribuées devraient être confiées au personnel administratif. De même, il faudrait reconsidérer le système actuel d'appels à renfort des unités.

3. RECOMMANDATION 18

Il conviendrait de mettre en place une politique de mobilité du personnel soignant exerçant la nuit, afin que celui-ci puisse réactualiser ses connaissances et ses pratiques.

4. RECOMMANDATION 24

La désignation des membres de la CDSP doit tenir compte de leur capacité à être effectivement présents à ses activités.
Les patients devraient être informés de sa visite et ils devraient avoir la possibilité de rencontrer ses membres.

5. RECOMMANDATION 31

Lorsque, faute de place, un patient en soins libres est placé dans une unité fermée, cette nécessité lui est expliquée mais il ne s'agit pas d'une information formelle. Il convient de lui remettre un document explicatif et de lui faire signer son accord.

6. RECOMMANDATION 32

Il arrive qu'une personne admise en urgence au CHS soit placée en chambre d'isolement, non pas en raison de son état de santé mais faute de place ailleurs. Les chambres d'isolement ne doivent pas être prises en compte dans le calcul des disponibilités pour accueillir un nouveau patient.

7. RECOMMANDATION 32

Le recueil des observations du patient admis en soins sans consentement, prévu par le code de la santé publique, n'est pas réalisé systématiquement et n'est pas tracé. Il faut formaliser cette procédure.

8. RECOMMANDATION 33

Le patient n'est pas toujours invité à désigner une personne de confiance ; lorsqu'il en désigne une, celle-ci n'en est pas tenue informée et ne peut donc pas confirmer son accord, par conséquent, elle ne peut pas être considérée comme personne de confiance. Cette procédure doit être revue.

9. RECOMMANDATION 33

Il faut remettre systématiquement au patient, lorsqu'il est stabilisé, une copie de son contrat de soins.

10. RECOMMANDATION 34

Dès qu'un patient passe une nuit hors de sa chambre, à l'occasion d'une sortie ou d'un placement en chambre d'isolement, sa chambre est considérée disponible et, à son retour, il arrive fréquemment qu'il doive changer de chambre, voire d'unité et parfois de pôle. Ce mode de gestion doit être modifié afin de permettre à un patient de conserver sa chambre tout au long de son hospitalisation.

11. RECOMMANDATION 35

Le livret d'accueil ne comporte pas les règles de l'unité où le patient est admis ni des explications sur les différents modes de soins sans consentement et les droits et obligations y afférents. Il conviendrait de le mettre à jour et le compléter. Il en est de même concernant le règlement intérieur qui date de 2007.

12. RECOMMANDATION 36

Les exigences de la direction quant au délai de prévenance des sorties de courte durée sont trop rigides. Elles devraient s'adapter davantage à la situation du patient.

13. RECOMMANDATION 39

Il convient que le patient soit informé de l'ensemble des droits découlant de la convocation à l'audience JLD.

14. RECOMMANDATION 43

L'organisation du travail de la mandataire judiciaire du CHS doit être facilitée pour qu'elle puisse assister le patient qu'elle est chargée de protéger lors des audiences du JLD. Par ailleurs, il doit être envisagé, dans des délais rapides une harmonisation des pratiques entre les différents mandataires judiciaires.

15. RECOMMANDATION 48

Une rénovation des chambres d'isolement s'impose afin que l'intimité des patients soient préservée et qu'il puisse :

- se repérer dans le temps, voire d'écouter de la musique ;
- appeler les soignants sans devoir crier ou frapper à la porte ;
- accéder à une salle d'eau comprenant une douche, un lavabo doté d'un miroir incassable, de WC équipés d'une assise ;
- relever la tête de lit et de demeurer en position assise ;
- actionner l'éclairage de leur chambre et d'entrouvrir la fenêtre.

16. RECOMMANDATION 49

Le recours fréquent à l'isolement ainsi que la saturation des chambres d'isolement au CHS de Sevrey imposent une réflexion qui doit porter sur l'organisation institutionnelle, le parcours des patients et les pratiques au sein de l'établissement. Le nombre insuffisant de soignants de jour, réellement présents auprès des patients notamment dans les unités d'admission, l'agencement des locaux, le manque de chambres individuelles semblent être des facteurs favorisant le recours important à cette mesure.

17. RECOMMANDATION 50

La modification du statut d'un patient en soins libres, placé en chambre d'isolement, n'est pas effectuée dans le délai prévu par la circulaire en raison des difficultés pour contacter un tiers dans le cadre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. De même, l'établissement rencontre des difficultés pour identifier un médecin extérieur à l'hôpital pour établir un certificat dans le cadre d'une procédure de soins psychiatriques en péril imminent. Il convient d'y remédier.

18. RECOMMANDATION 53

Des nécessaires complets d'hygiène doivent être remis aux patients hospitalisés dépourvus de ressources financières.

19. RECOMMANDATION 54

Des véhicules en bon état et en nombre suffisant doivent être mis à la disposition des unités afin que l'ensemble des sorties et des accompagnements prévus à l'extérieur puisse être réalisé.

20. RECOMMANDATION 55

A l'instar d'autres établissements visités par le CGLPL, la possibilité de téléphoner devrait être offerte gracieusement par l'établissement aux patients ne disposant pas de téléphone portable. De même, des cabines téléphoniques devraient être installées dans chaque unité afin de respecter la confidentialité des conversations. Enfin, l'accès au réseau local sans fil à haut débit (Wifi) devrait être accessible aux patients en vue de favoriser leur autonomie et de leur permettre de maintenir des liens avec l'extérieur.

21. RECOMMANDATION : 60

La cellule qualité, en charge de la collecte des événements indésirables et des actes de violence, devrait être avisée du traitement ultérieur apporté par la direction aux situations rencontrées.

22. RECOMMANDATION : 61

Les conditions de séjour des personnes détenues relèvent d'un protocole à réactualiser, à bref délai, entre les directions du CHS et le CP de Varennes Le Grand. Une réflexion doit être engagée rapidement afin d'améliorer un existant indigne d'un traitement respectueux de la personne.

23. RECOMMANDATION : 62

Les patients détenus doivent se rendre, au 12^{ème} jour de leur placement contraint, en salle d'audience devant le JL. Il n'est pas acceptable de les empêcher d'y assister au seul prétexte des risques encourus à l'occasion de ce déplacement.

24. RECOMMANDATION 63

En vue de faciliter leur autonomie, les patients hébergés dans les unités d'hospitalisation des pôles A et B devraient disposer de la clef de leur placard et de leur casier.

25. RECOMMANDATION 80

Dans l'attente de la construction de nouveaux édifices, des travaux d'aménagement doivent être réalisés dans les plus brefs délais dans les unités Cormoran, Lavande, Colchique, Bengali, Gentiane et Colibri : aménagement de wc communs supplémentaires ; réfection des salles de bains ; installation de prises murales dans les chambres et de lumières individuelles à la tête de lit ; réfection des peintures ; renouvellement du mobilier ; isolation thermique et aménagement de salons de visite préservant la confidentialité des échanges.

26. RECOMMANDATION 88

Les chambres des unités d'hospitalisation de pédopsychiatrie doivent être pourvues de boutons d'appel.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 Le centre hospitalier spécialisé de Sevrey est l'établissement psychiatrique de référence dans le nord du département de Saône-et-Loire.....	11
2.2 L'établissement s'est inscrit dans une nouvelle dynamique institutionnelle mais ses locaux demeurent vétustes	11
2.3 Les effectifs en personnel soignant sont insuffisants pour assurer une prise en charge optimale	14
2.4 La situation budgétaire demeure précaire	19
2.5 L'activité de l'établissement est stable.....	19
2.6 Les contrôles institutionnels fonctionnent de manière satisfaisante.....	21
2.7 Les garanties de qualité de la prise en charge : des instances soucieuses de leur rôle	25
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	30
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement : le choix de l'unité dépend essentiellement des disponibilités, avec parfois un placement en chambre d'isolement faute de place.....	30
3.2 L'information des patients : le patient reçoit un document explicatif sur son mode de soins; le règlement intérieur est obsolète et les règles de vie ne sont pas jointes au livret d'accueil	34
3.3 La préparation de la sortie se fait dans le respect des exigences légales	35
3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est organisé en concertation avec tous les acteurs dans le respect des droits des patients	38
4. LES DROITS DES PATIENTS	42
4.1 La protection juridique des majeurs manque d'harmonisation dans ses pratiques	42
4.2 Les patients peuvent à leur demande accéder à leurs biens consignés.....	43
4.3 L'accès au dossier médical n'appelle pas d'observation	43
4.4 La procédure permettant l'exercice du droit de vote est préparée par le bureau des entrées et mise en œuvre au sein des unités.....	43
4.5 Les activités religieuses ou philosophiques n'appellent pas d'observation	44
5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	45

5.1	La contention et l'isolement donnent lieu à une évaluation des pratiques professionnelles	45
5.2	Une amélioration des conditions d'isolement ainsi qu'une réflexion sur son usage fréquent s'imposent.....	46
5.3	La contention est peu utilisée mais appelle une certaine vigilance	50
5.4	Le registre prévu par l'art L3222-5-1 du code de la santé publique, récemment mis en place, reste perfectible	51
6.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	52
6.1	Une grande liberté d'aller et venir est respectée dans l'établissement, qui fait prévaloir l'état clinique du patient sur son statut juridique.....	52
6.2	L'organisation de la vie courante est globalement respectueuse des droits fondamentaux des patients	52
6.3	La prise en charge somatique est effective et dynamique	56
6.4	La pharmacie clinique est en cours de développement	57
6.5	La sexualité : une réalité prise en compte au cas par cas sans réflexion d'ensemble au sein de l'établissement	58
6.6	Des incidents nombreux, protéiformes et parfois graves	59
6.7	L'admission des personnes détenues mériterait une profonde réflexion vers des conditions de séjour plus respectueuses de leur dignité	60
7.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE.....	63
7.1	Le Pôle A : des installations obsolètes et des équipes bienveillantes	63
7.2	Les pratiques au sein des unités du Pôle B sont globalement homogènes et orientées vers le respect de l'autonomie des patients.....	71
7.3	L'unité intersectorielle de soins et d'activité à médiation (UISAM) : une richesse et une diversité propices au bien-être des patients	85
7.4	Le Pôle D : pôle de psychiatrie infanto-juvénile offre une prise en charge adaptée à la situation des patients	87
8.	CONCLUSION GENERALE.....	91

Rapport

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Christine Basset, contrôleure ;
- Virginie Brulet, contrôleure ;
- Marie-Agnès Credoz, contrôleure ;
- Gilles Capello, contrôleur ;
- Cédric De Torcy, contrôleur ;
- Christian Soclet, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Sevrey (Saône-et-Loire) du 9 au 19 janvier 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 janvier 2017 à 16h30. Ils l'ont quitté le 19 janvier à 10h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 12 janvier.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont (le président de la commission médicale de l'établissement [CME], les directeurs adjoints, les chefs de pôle, le directeur du département d'information médicale [DIM], les assistants de pôle, le responsable du bureau des entrées et le représentant des usagers).

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de Saône-et-Loire et la directrice du centre pénitentiaire de Varennes-le-Grand. Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Ils se sont également entretenus avec la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Chalon-sur-Saône, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la déléguée territoriale de l'agence régionale de sante (ARS).

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

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée de plusieurs ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. A cet égard, il convient de souligner la qualité de l'accueil réservé aux contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le jeudi 19 janvier 2017 en présence du directeur, de ses adjoints, du président de la CME, des chefs de pôle, des assistants de pôle et le directeur du DIM.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE SEVREY EST L'ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE DE REFERENCE DANS LE NORD DU DEPARTEMENT DE SAONE-ET-LOIRE

Le centre hospitalier spécialisé de Sevrey (CHS) est l'établissement psychiatrique de référence pour les deux tiers Nord du département de Saône-et-Loire soit environ une population de 380 925¹ habitants dont 79 337 enfants. L'offre de soins proposée est organisée sur la base de quatre bassins de santé : le Grand Chalon, l'Autunois, la Bresse Bourguignonne, la Communauté Urbaine Le Creusot Montceau (CMUC). L'établissement assure cette mission en collaboration avec le centre hospitalier (CH) William Morey de Chalon, le CH d'Autun, le CH du Creusot, le CH de Montceau. Par ailleurs le CHS a signé une convention avec le CH William Morey de Chalon et la clinique privée Val Dracy pour les admissions en soins sans consentement.

Le Sud du département est couvert par le CH de Mâcon pour la psychiatrie adulte et pour l'activité ambulatoire en pédopsychiatrie. Le CHS de Sevrey prend en charge l'hospitalisation à temps complet infanto-juvénile pour l'ensemble du département.

2.2 L'ETABLISSEMENT S'EST INSCRIT DANS UNE NOUVELLE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE MAIS SES LOCAUX DEMEURENT VETUSTES

Bâti sur le modèle de « l'hôpital village » à la fin des années 60, le CHS a ouvert en 1970. Jusqu'en 2009, toutes les unités d'hospitalisation étaient fermées et sectorisées. Depuis, des changements notoires d'ordre structurel ont été opérés puisque les unités d'hospitalisation ne sont plus sectorisées et la majorité d'entre elles ne sont plus fermées. De même un nouveau mode de gouvernance polaire a été instauré, attribuant au chef de pôle une marge de manœuvre confortable dans la gestion de son pôle.

Aujourd'hui l'établissement dispose de 274 lits d'hospitalisation complète pour adultes, répartis sur treize unités dont cinq sont fermées. Lors de la visite, trois unités venaient d'être transférées vers une maison hospitalière psychiatrique polyvalente (MHPP) implantée sur le site. Elle comprend une maison d'accueil spécialisé (MAS) de soixante lits et deux unités d'hospitalisation complète de quinze lits chacune. Le site hospitalier de Sevrey offre également quarante-six places d'hospitalisation à temps partiel, trois centres médico-psychologiques (CMP), trente-huit places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et douze places en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, deux unités disposent respectivement de quatre et six lits d'hospitalisation.

En dehors de Sevrey, les trois autres sites comprennent soixante-neuf hôpitaux de jour, deux ateliers thérapeutiques, quatorze CMP, cinq centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). Les urgences psychiatriques sont prises en charge dans les services d'accueil d'urgence (SAU) des CH de Chalon, d'Autun, du Creusot et de Montceau au sein desquels interviennent des équipes soignantes rattachées au CHS.

¹ Données démographiques de janvier 2017 transmises par la direction générale du CHS.

Le contrôle du CGLPL s'est limité au site de Sevrey. Toutefois, les contrôleurs se sont rendus à l'unité d'accueil et d'orientation des urgences de psychiatrie du CH William Morey de Chalon-sur-Saône afin de s'entretenir avec l'un des médecins psychiatres.

2.2.1 L'implantation de l'établissement

Le CHS est installé sur la commune de Sevrey à environ sept kilomètres de Chalon-sur-Saône. On y accède depuis Montchanin, le Creusot et Montceau-les-Mines par la route nationale (RN) 80. Le site est également accessible depuis Chalon-sur-Saône par la RN 6. Il existe une navette, reliant le CHS au centre-ville de Chalon-sur-Saône, qui fonctionne du lundi au samedi et dont les passages sont peu fréquents (toutes les heures environ).

L'établissement dispose d'une entrée principale équipée d'une barrière commandée par le personnel d'accueil présent sur le site jour et nuit. De nombreux emplacements de parking sont à la disposition des visiteurs.

Le domaine s'étend, hors structures destinées à l'activité ambulatoire, sur une superficie de 27 403 m². S'ajoutent à cela les 3 900 m² des soixante-trois logements dont le CH a la charge d'entretien. L'établissement bénéficie d'un bel environnement naturel au sein duquel cohabitent daims, chevaux, canards et chats. Il compte une trentaine de pavillons qui, pour certains, n'ont pas fait l'objet de véritables travaux de rénovation depuis l'ouverture du site. L'implantation des pavillons est disséminée et n'obéit à aucune logique géographique. Par ailleurs, le CHS compte encore de nombreux dortoirs à quatre et trois lits ainsi que des chambres doubles. Les chambres individuelles ne représentent qu'un tiers des capacités d'hébergement. De même, la surface des locaux est insuffisante et contraint les patients à vivre dans la promiscuité. Enfin, les sanitaires et les salles de douche sont en nombre insuffisant alors même que la majorité des chambres n'en dispose pas.

Il convient également de noter qu'il existe un enjeu en matière de sécurité en raison de l'obsolescence des techniques constructives et du vieillissement des infrastructures. A titre d'exemple, le groupe électrogène ne couvre pas l'intégralité des besoins de l'établissement et l'état du réseau de distribution d'eau chaude et d'eau froide est médiocre et de nature hétérogène. Enfin, il n'existe pas de réseau de distribution d'eau froide exclusivement réservé à la sécurité incendie ce qui relève d'une non-conformité.

A cet égard, le projet d'établissement de 2014-2018 prévoit un projet de reconstruction du site hospitalier de Sevrey qu'il apparaît urgent de mettre en œuvre.

Recommandation

Le projet de reconstruction du site, tel qu'il est prévu dans le projet d'établissement, s'impose. Il n'est pas admissible que deux tiers des patients hospitalisés soient dans l'obligation de partager leurs chambres avec deux, trois ou quatre autres personnes. Ce projet permettra d'offrir des conditions d'hébergement adaptées et conformes aux normes d'hygiène et de sécurité.

Dans sa réponse, la direction indique que le CHS a débuté les études pour la reconstruction de l'hôpital sur le site de Sevrey. Le schéma directeur du nouvel hôpital de Sevrey est en cours d'adaptation par le comité de pilotage en charge de l'instruire. Il sera présenté aux instances de l'ARS entre septembre et décembre 2017. La phase de définition durera toute l'année 2018.

2.2.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

L'établissement est organisé sur la base de trois pôles de psychiatrie générale, un pôle de psychiatrie infanto-juvénile, un pôle médico-technique et deux pôles (F et G) regroupant les fonctions support.

Les quatre pôles exerçant des activités de psychiatrie sont donc les suivants :

- le pôle A dit « pôle d'admission court séjour » qui est dédié à l'accueil et à la prise en charge de patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë ou subaiguë nécessitant des soins d'une durée prévisionnelle de moins de trois mois. Ce pôle dispose de deux unités ouvertes (Emeraude et Topaze) réservées en priorité aux patients dont l'adhésion aux soins est acquise. Lorsque les patients ne consentent pas aux soins, ils sont orientés vers l'une des trois unités fermées (Bengali, Colchique et Lavande). Une unité d'accueil et de coordination des hospitalisations (UACH) est également rattachée à ce pôle. Elle a pour mission de gérer les affectations des admissions et de prévenir les hospitalisations inadéquates en psychiatrie. Enfin, une quatrième unité fermée (Edelweiss) est consacrée à la psycho-gériatrie. A cet égard, des consultations se déroulent au CH William Morey. Par ailleurs, il a été créé en 2016 une unité médicale d'addictologie de niveau 2, consacrée aux sevrages complexes, en complément de l'hospitalisation des patients à l'unité Emeraude constituée de six lits ;
- le pôle B dit « Psychiatrie Réhabilitation Insertion Soins à Médiation », plus communément appelé PRISMe, accueille des patients aux pathologies résistantes aux soins et dont la prise en charge doit se prolonger. Ils proviennent soit du pôle A, soit d'établissements médico-sociaux et parfois des unités pour malades difficiles (UMD). Des admissions s'effectuent également directement en chambre d'isolement pour les patients, non stabilisés dans leur pathologie, du pôle A dont les unités d'admission ont un taux d'occupation très élevé (cf. §.3.1.2). Le pôle dispose de quatre unités ouvertes² (Colibri, Cormoran, Gentiane et Opale) pour accueillir ces patients. Une cinquième unité ouverte nommée unité RETIS (Réhabilitation, Engagement, Thérapie, Insertion Sociale) est destinée aux patients inscrits dans un programme de réhabilitation psycho-sociale utilisant notamment les techniques de remédiation cognitive. La MHPP, rattachée à ce pôle, dispose d'une MAS (Cassiopée) et d'une unité fermée (Bécarre) toutes deux dédiées aux patients atteints de psychoses profondément déficitaires. Le pôle B gère également l'unité intersectorielle de soins et d'activités à médiation (UISAM) qui regroupe tous les ateliers thérapeutiques destinés à l'ensemble des patients pris en charge au sein de l'établissement. Enfin, le pôle compte l'unité fonctionnelle SAMENTA qui coordonne le suivi des patients hébergés en appartement communautaire à visée thérapeutique ou placés en familles d'accueil. Par ailleurs, l'unité fonctionnelle RELAIS-RETIS assure un accompagnement renforcé des patients à leur domicile ;
- le pôle C dit « Prévention et soins ambulatoires en psychiatrie générale » regroupe toute l'activité extra-hospitalière de la psychiatrie adulte sur les quatre bassins de santé (cf. § 2.1 et § 2.2). Les délais d'attente seraient particulièrement longs dans certains CMP (trois mois pour celui basé à Chalon-sur-Saône) en raison d'une forte demande. Le pôle gère également l'équipe mobile psychiatrie précarité, la psychiatrie d'urgence et de liaison,

² Trois autres unités ont été définitivement fermées au cours de la visite et les patients ont été transférés vers la MHPP.

l'atelier thérapeutique OASIS et le dispositif de soins psychiatriques de l'unité sanitaire du CP de Varennes-le-Grand ;

- le pôle D dit « pôle de psychiatrie infanto-juvénile » gère deux unités d'hospitalisation. L'unité Cascade accueille des adolescents en hospitalisation de semaine et l'unité La Source prend en charge l'hospitalisation complète des adolescents. Pour ceux âgés de 2 à 11 ans, les prises en charge, auxquelles les parents sont associés, sont exclusivement ambulatoires. Le pôle compte de nombreuses structures ambulatoires dont neuf CMP, six hôpitaux de jour (HDJ), un centre de psychothérapie à médiation spécifique proposant des thérapies familiales sur l'ensemble du territoire d'intervention du CHS, ainsi qu'un atelier thérapeutique « Club Ado » basé à Chalon-sur-Saône. L'offre de prise en charge ambulatoire des jeunes patients du Nord du département est complétée par l'existence d'une maison des adolescents et d'un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) situés à Chalon-sur-Saône. Lors de la visite, un projet de rassemblement des structures ambulatoires de pédopsychiatrie de l'agglomération Chalonnaise au sein d'un même site (le projet Winnicott) était en cours de réalisation. Il doit voir le jour en février 2018.

2.3 LES EFFECTIFS EN PERSONNEL SOIGNANT SONT INSUFFISANTS POUR ASSURER UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

Effectif global de l'établissement

	2014	2015	2016 ³
ETPR (personnel médical) hors étudiants et internes	39,87	37,76	39,37
ETPR (personnel non médical) hors contrats aidés	818,19	806,99	812,57
TOTAL	858,06	844,75	851,62

Le tableau ci-dessus indique uniquement les effectifs temps plein de référence (ETPR). L'établissement ne rencontre pas de difficultés particulières en matière de recrutement du personnel non médical. Il est situé à proximité de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) basé à Chalon-sur-Saône ce qui permet d'accueillir en stage les étudiants en soins infirmiers. De même, des places de stage sont également réservées aux étudiants des trois autres IFSI de la Saône-et-Loire. En revanche, le recrutement du personnel médical est plus problématique en raison de la très faible démographie médicale au niveau départemental. A titre d'exemple, le taux de psychiatres salariés et libéraux est près de deux fois inférieur en Saône-et-Loire comparé à celui de la France métropolitaine.

³ Données au 31 décembre 2016 qui sont provisoires puisque la journée complémentaire et le retraitement comptable ne sont pas finalisés.

a) Les effectifs en personnel médical au 12 janvier 2017 dans les pôles de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile :

Les postes médicaux non pourvus dans les pôles de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile étaient les suivants :

- pôle A : 1 équivalent temps plein (ETP) de poste de praticien hospitalier (PH) et 1 ETP d'interne ;
- pôle B : 2,10 ETP de PH ;
- pôle C : 3 ETP de PH et 1 ETP d'interne ;
- pôle D : 1 ETP de PH, 1 ETP d'assistant, 1 ETP d'interne.

L'établissement rencontre des difficultés à pourvoir les postes vacants, faute de candidats. Le recrutement des pédopsychiatres est particulièrement problématique d'autant plus que la pénurie existe à l'échelle nationale. Ainsi lors de la visite au pôle D, deux postes de PH à temps plein étaient vacants depuis peu. En outre un troisième praticien, prochainement à la retraite, était sur le départ. L'absence des médecins se répercute essentiellement sur l'activité ambulatoire.

L'hôpital collabore étroitement avec la faculté de médecine de Dijon (Côte-d'Or) en vue de promouvoir le recrutement des internes étant en fin de cursus. Il convient de rappeler que le CHS est perçu comme un établissement attractif par son dynamisme et les projets novateurs qu'il a su mettre en œuvre. De même, les conditions matérielles dans le cadre d'un internat sont avantageuses car l'établissement dispose de logements gratuits et les frais de déplacement pour actions de formation sont pris en charge.

Les praticiens hospitaliers sont en principe présents dans les unités d'hospitalisation, au minimum une demi-journée, du lundi au samedi matin. Les internes assurent également une présence journalière du lundi au vendredi et, le cas échéant, ils peuvent être amenés à remplacer ponctuellement le praticien hospitalier en son absence. Cependant durant les congés annuels, les praticiens hospitaliers se remplacent mutuellement. Des astreintes de nuit et de week-end sont assurées par les praticiens hospitaliers. Un interne est également de garde sur le site. Un studio, situé dans l'établissement, est mis à la disposition des médecins résidant à plus de vingt minutes de distance du CHS. Les praticiens peuvent être amenés à intervenir à l'unité d'accueil et d'orientation des urgences psychiatriques du CH William Morey à la demande des médecins urgentistes.

Durant les dimanches et jours fériés, un second praticien hospitalier intervient sur le site du CHS pour le suivi des patients placés en chambre d'isolement.

b) Les effectifs en personnel non médical au 12 janvier 2017 dans les pôles de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile

Les postes non médicaux non pourvus dans les pôles de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile étaient les suivants :

- pôle A : 0,5 ETP de psychologue et 0,5 ETP d'assistant médico-administratif ;
- pôle B : 0,5 ETP d'ergothérapeute, 0,2 ETP de kinésithérapeute et 0,5 ETP d'aide-soignant ;
- pôle D : 0,1 d'ergothérapeute.

Les effectifs de référence (ER) sont calculés en nombre de personnes présentes physiquement. Dans le cadre du plan ONDAM⁴, la fermeture de trois unités du Pôle B (cf.§ 2.2.) a permis de ne pas renouveler les effectifs infirmiers de nuit (7 ETP en moins) car la nouvelle MAS est gérée uniquement par des aides-soignants durant la nuit.

Le roulement des infirmiers et des aides-soignants dans chaque unité d'hospitalisation est le suivant :

- 6h-14h ;
- 13h30-21h30 ;
- 21h15-6h15.

En journée, l'organisation prévoit *a minima* dans les unités d'hospitalisation adultes, le matin et l'après-midi, la présence de trois soignants (deux infirmiers et un aide-soignant) pour les unités au long cours avec, en principe, pour les unités fermées du pôle A une présence supplémentaire d'un infirmier en journée. Cependant ce quatrième poste n'est pas systématiquement garanti. De même, le principe de mutualisation des effectifs au sein de chaque pôle devrait permettre d'obtenir, durant certaines périodes, un infirmier supplémentaire dans les unités au long cours. Selon les propos recueillis, cela se produit rarement. En outre, l'affectation d'un quatrième soignant n'est jamais planifiée à l'avance ce qui limite les possibilités d'organiser en amont des accompagnements de patients à l'extérieur. Seule l'unité de psycho-gériatrie (Edelweiss) dispose, en principe, d'une équipe de cinq soignants le matin et de quatre l'après-midi en raison des soins de nursing beaucoup plus importants.

Les équipes de nuit, pour chaque unité d'hospitalisation, sont composées d'un infirmier et d'un aide-soignant. Elles sont affectées au pôle F sous l'autorité de la direction des soins à quelques exceptions :

- les soignants de nuit de la MAS et de l'unité Bécarre sont intégrés au pôle B ;
- les soignants de pédopsychiatrie sont gérés par leur pôle D.

Les contrôleurs ont rencontré des équipes motivées ayant à cœur d'offrir une prise en charge individualisée. Cependant, l'ensemble des professionnels rencontrés a indiqué que les effectifs étaient insuffisants pour assurer une prise en charge adaptée et pour accompagner les patients à l'extérieur. En outre, les soignants ont tendance à se tenir en retrait dès lors que les patients sont agités ou agressifs. Ainsi dans certaines unités, les contrôleurs ont noté que les soignants demeuraient dans le bureau infirmier pendant que les patients, dont certains agités, déambulaient dans les couloirs ou dérangaient les autres patients installés dans la salle de télévision. Certains soignants se sont dits « usés ».

Dans sa réponse, la direction fait savoir qu'il existe un service d'accompagnement, de soutien et de reprise, animé par deux psychologues présents à mi-temps, destiné à l'ensemble du personnel et des stagiaires.

Par ailleurs, le système d'appels à renfort des unités qui existe actuellement est très contraignant pour les équipes soignantes. Chaque jour le personnel infirmier, de sexe masculin, est désigné à tour de rôle pour intervenir auprès d'une équipe qui rencontre des difficultés pour gérer un patient agité ou agressif. En conséquence, certaines unités se retrouvent à deux soignants pour des durées indéterminées. A titre d'exemple, une unité a été sollicitée en journée, dans le cadre

⁴ Objectif national de dépenses d'assurance maladie : outil de régularisation des dépenses maladie.

d'un appel à renfort, vingt-sept jours durant le mois de décembre soit un total de quatre-vingt-dix-huit heures. Les durées d'intervention ont varié entre 1 heure et 6h45 minutes.

Dans sa réponse, la direction précise qu'une mission du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est actuellement consacrée à la réflexion sur ce sujet.

De même, certaines tâches attribuées aux soignants sont chronophages. Les infirmiers sont fréquemment sollicités pour effectuer des tâches à l'extérieur des unités : achats de médicaments dans une pharmacie de ville durant les heures de fermeture de la pharmacie de l'établissement, acheminement des tubes de prélèvements sanguins jusqu'à l'hôpital de Chalon-sur-Saône lorsqu'ils sont prescrits en urgence en dehors de horaires de navettes prévues à cet effet, achats divers pour les patients admis sous contrainte dans les unités fermées. Ces tâches pourraient être aisément confiées à du personnel administratif.

Recommandation

Afin de permettre au personnel soignant de consacrer davantage de temps aux patients, certaines tâches qui leur sont attribuées devraient être confiées au personnel administratif. De même, il faudrait reconsidérer le système actuel d'appels à renfort des unités.

Enfin, malgré la mutualisation et l'optimisation des temps des agents des services hospitaliers (ASH), ces derniers rencontrent des difficultés pour accomplir toutes les tâches qui leurs sont attribuées notamment dans les unités prenant en charge les patients moins autonomes.

Le personnel soignant est en revanche en nombre suffisant en pédopsychiatrie et plus particulièrement à La Source, unité d'hospitalisation complète de quatre lits. L'organisation garantit la présence de deux soignants le matin, l'après-midi et la nuit. En sus, un soignant et un éducateur sont présents en journée.

c) La gestion des ressources humaines

Les pôles sont, en grande partie, en charge de la gestion des ressources humaines. Une réunion de bilan se tient deux fois par an. Elle regroupe les chefs et les cadres supérieurs de pôle ainsi que la direction des ressources humaines ; les effectifs sont alors réévalués.

Il n'existe pas de politique de mobilité interne destinée à encourager le personnel à changer de pôle ou de service après une période donnée. La mobilité des agents dépend donc des demandes qui sont traitées par les cadres supérieurs de pôle. Les candidatures en interne sont privilégiées dès lors qu'un poste est à pourvoir.

Dans sa réponse, la direction précise que tous les postes vacants sont proposés à la mobilité interne. L'indicateur « turnover » du bilan social 2016 montre que 5,67 % des soignants ont changé d'affectation. Les contrôleurs maintiennent leur constat car il n'en demeure pas moins que le personnel soignant n'est pas incité à changer d'unité après plusieurs années d'exercice.

De même, il n'existe pas de système de rotation entre les équipes de jour et de nuit. Certains soignants exercent la nuit et parfois dans le même service depuis vingt ans. Ces équipes sont encadrées par deux cadres de santé intervenant de 18h jusqu'à 2h du matin du lundi au vendredi (cf. § 3.1.1).

Recommandation

Il conviendrait de mettre en place une politique de mobilité du personnel soignant exerçant la nuit, afin que celui-ci puisse réactualiser ses connaissances et ses pratiques.

Dans sa réponse, la direction précise que la rotation imposée entre équipes de jour et équipes de nuit n'est pas dans la politique de l'établissement du fait de l'opposition des représentants du personnel et, surtout, de celle du médecin de santé au travail.

i) L'absentéisme

En 2015, le taux d'absentéisme pour maladie, tous motifs confondus, du personnel médical a été de 3,86 %, tandis que pour le personnel non médical il a été de 7,34 % sur l'ensemble de l'établissement.

Le tableau ci-dessous détaille par pôle le pourcentage et le nombre de jours d'absence pour maladie, tous motifs confondus, au cours de l'année 2015.

2015	Jours	Pourcentage
Pôle A	4 716	21.46 %
Pôle B	7 735	35.20 %
Pôle C	1 782	8.11 %
Pôle D	2 890	13.15 %
Pôle E	977	4.45 %
Pôle F	2 062	9.38 %
Pôle G	1 814	8.25 %

Pour rappel, le pôle E est le pôle intersectoriel médico-technique et les Pôles F et G sont les pôles de support. Le pôle B est particulièrement touché. La charge de travail considérable pour le personnel soignant, en raison des pathologies à prendre en charge, et la potentialité de violence permanente au sein des unités sont des facteurs non négligeables.

Les pôles fonctionnent sur un principe de mutualisation pour pallier les absences de courte durée. La direction des soins a mis en place un pool de remplacement pour les équipes de jour et de nuit dont la mission est de pallier l'absentéisme de dernière minute. Celui de jour est composé de 3 ETP d'infirmiers et de 3 ETP d'aides-soignants tandis que celui de nuit est constitué de 4 ETP d'infirmiers. Lorsque les équipes ne peuvent pas se remplacer entre elles, il est fait appel aux agents du pool. Cependant les agents du pool sont également sollicités pour pallier les absences de longue durée qui ne sont pas systématiquement remplacées par des agents contractuels. A titre d'exemple, en 2015 un infirmier du pool de jour a été affecté toute l'année pour remplacer une infirmière du pôle B pour raison médicale. De même, le second infirmier du pool a été affecté dans cette même unité pour aider cet agent dans sa reprise au travail.

Selon les propos recueillis, le taux d'absentéisme est plus élevé parmi le personnel de nuit. Lors de la visite, les infirmiers du pool de remplacement de nuit étaient intégrés aux effectifs de nuit en raison d'absences de longue durée. L'établissement fait parfois appel à des contractuels mais il a été indiqué que, dans le cadre des restrictions budgétaires, les absences devaient être en majorité absorbées par les agents de l'établissement. Par ailleurs, si l'établissement ne rencontre

pas de difficultés pour engager du personnel soignant sur du long terme, il apparaît plus difficile de recruter du personnel disponible pour des missions ponctuelles.

ii) La formation

Les soignants, nouvellement recrutés, bénéficient d'une formation obligatoire portant sur l'approche des soins infirmiers en psychiatrie. Il existe également une formation dispensée par un organisme extérieur et à l'issue de laquelle les infirmiers obtiennent un certificat intitulé « infirmier spécialiste en soins psychiatriques ». Un tutorat de dix jours étalés sur l'année, assuré par un groupe d'infirmiers volontaires, leur est également proposé. Enfin, les nouveaux agents sont invités à passer une journée d'immersion à l'UACH.

D'autres formations sont également intégrées au parcours professionnel du personnel de santé. En 2016, 426 agents en ont bénéficié. A titre d'exemple, 123 soignants, dont un médecin, ont participé à la formation « soins renforts d'urgence et contention ». De même, 86 membres du personnel de santé, dont un médecin, ont suivi la formation « comprendre et prévenir les risques psycho-sociaux ». Enfin, en 2016 ont été organisées trois sessions de formation portant sur la loi de 2011 et des droits des patients hospitalisés sans leur consentement.

Bonne pratique

L'établissement a mis en place une formation d'adaptation à l'emploi sur les soins psychiatriques au bénéfice du personnel soignant.

2.4 LA SITUATION BUDGETAIRE DEMEURE PRECAIRE

Les dépenses totales pour l'exercice 2015 s'élève à 56 618 311€. Les dépenses de personnel représentent 78,24 % de la structure budgétaire de fonctionnement tandis que les dépenses hôtelières et les dépenses à caractère médical représentent respectivement 12,19 % et 2,04 % de la totalité du budget de fonctionnement.

En 2015, les recettes totales d'un montant de 56 233 639€ sont en progression de 3,14 % par rapport à 2014. Elles sont essentiellement constituées de la dotation annuelle de financement (DAF) ; les produits versés par l'assurance maladie (Titre 1) représentent 82,84 % des ressources pour un montant de 46 580 M€, inférieur de 421 000 M€ aux 47 001M€ approuvés par l'ARS à l'ERPD. Le CHS de Sevrey accuse un déficit de 385 671, 26€ qui est à rapprocher des 421 000 M€ de recettes manquantes au Titre 1.

Il est à noter que l'ARS a procédé à un rééquilibrage des dotations attribuées à l'ensemble des établissements de la région permettant ainsi au CHS de bénéficier d'une augmentation de la DAF en 2016, d'un montant de 1 700 000€. Il est prévu que ce montant soit renouvelé en 2017.

2.5 L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT EST STABLE

Données	Totalité des pôles		POLE A		POLE B		POLE C		POLE Psychiatrie Infanto-juvénile	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016

File active totale	10 147	10 117	980	968	419	447	7 133	7 163	2 686	2 643
File active exclusivement ambulatoire	8 507	8 456	10	7	46	45	6 964	6 965	2 374	2 316
File active hospitalisés à temps plein	1 275	1 271	964	953	349	356	0	0	95	105
Nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein	2 822	2 584	1 277	1 278	1 696	1 400	0	0	290	330
Nombre journées d'hospitalisation à temps plein	110 644	107 755	46 338	44 056	62 569	61 738	0	0	1 833	1 962
DMS	39.11	42.88	42.28	41.96	43.42	53.83	0	0	6.43	6.21
DMH	86.78	84.77	48.07	46 .23	179.28	218.93	0	0	19.29	18.87
Nombre de lits d'hospitalisation à temps plein	332	308	133	127	189	180	0	0	10	10
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	92 %	93.69 %	95.43 %	94.78 %	90.56%	93.32%	0	0	67.39 %	72.35%

Le tableau ci-dessous détaille le nombre de patients et le nombre de mesures par statut d'admission pour les années 2015 et 2016.

Statut des patients	Nombre de mesures		Nombre de patients	
	2015	2016	2015	2016
Totalité des soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (SDDE)	332	365	309	330
Dont soins à la demande d'un tiers	114	99	108	99

Dont soins psychiatriques à la demande d'un tiers - Urgence - (SPDTU)	141	155	133	150
Dont soins psychiatriques à la demande d'un tiers – péril imminent (SPI)	77	111	74	106
Totalité soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)	61	46	57	34
Dont à la demande du maire	25	13	25	13
Dont personnes détenues	29	26	23	16
Dont décision judiciaire	3	2	3	3
Dont transformation SDDDE en SDRE	4	5	4	4
Soins libres (SL)	N/A	N/A	1 214	1 217
TOTAL des patients hospitalisés	393	411	1 580	1 581

Il est à noter que le nombre de SPPI a considérablement augmenté. Les médecins interrogés sur ce point ont indiqué que, pour les patients transitant par les urgences, il s'avérait parfois difficile de joindre un tiers notamment lorsqu'il s'agissait des curateurs ou des tuteurs. En revanche, les demandes d'admission sur décision du maire ont diminué de moitié en comparaison avec l'année 2015.

Les cas d'hospitalisation dans le cadre d'ordonnance de placement par un juge (OPP) ou sur décision du représentant de l'Etat sont peu fréquents. Le CHS en comptabilise vingt-deux depuis 2012. En 2016, trois adolescents ont été admis dans le cadre d'une OPP et un mineur détenu a été admis dans le cadre d'un SDRE (article D398 du code de procédure pénale). Selon les éléments d'information recueillis, l'état clinique de ce patient avait justifié un placement en chambre d'isolement.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS FONCTIONNENT DE MANIERE SATISFAISANTE

2.6.1 Le registre de la loi

Les registres de la loi sont conservés au bureau de gestion administrative des patients (GAP) situé dans le bâtiment accueillant les patients à leur admission.

Six agents, sous l'autorité d'un chef de service, attaché d'administration, sont affectés à l'accueil et à la gestion administrative des patients dont deux adjoints administratifs se consacrent exclusivement au suivi des soins sans consentement qui comprend la tenue des registres.

Dès la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 complétée par celle du 27 septembre 2013, un intéressant travail de méthodologie a été réalisé pour aboutir à la constitution de fiches pratiques dites « fiches réflexes » qui, en fonction de la nature juridique de l'hospitalisation sans consentement, déclinent les exigences de la loi quant aux documents à produire et à l'échéance à respecter.

Cet outil de vérification a, selon les informations recueillies, permis d'éviter des erreurs grossières telles des prises en charge rendues caduques par la production tardive, voire oubliée, d'un document légal.

La réflexion s'est encore poursuivie, pour optimiser cette gestion en recherchant l'automatisation du calcul des échéances et la sécurisation des documents à produire.

C'est ainsi qu'avec l'aide d'un partenariat extérieur et après plusieurs mois de travail, les équipes du CHS ont mis au point un logiciel informatique « Planipsy » utilisé depuis avril 2016.

En plus de sécuriser l'établissement sur la bonne application de la loi, « Planipsy » a permis une économie de temps pour les agents en charge du suivi administratif des soins sans consentement qui, au jour du contrôle, étaient parfaitement à jour de la tenue des registres ; aucune pièce n'était en attente de classement.

D'un modèle standard, les registres, au nombre de onze, sont rangés par ordre chronologique, depuis la date de leur ouverture, étant précisé qu'ils sont distincts suivant qu'il s'agit de l'enregistrement des mesures prises sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Ainsi trois registres concernent les SDRE et huit les SDDE. Chaque registre comporte 100 folios dont la première et la dernière page sont paraphées par le maire de la commune.

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

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

Les contrôleurs ont examiné, par sondage, les onze registres et ont plus particulièrement consulté le dernier registre dédié aux soins sur décision du directeur de l'établissement ouvert le 23 octobre 2016 et utilisé jusqu'au folio n° 80 ainsi que le registre en cours pour les admissions sur décision du représentant de l'Etat, ouvert le 6 janvier 2015 et rempli jusqu'au feuillet 78.

Au cours de l'année 2016, quarante-huit patients ont été admis en SPDRE dont vingt-six personnes détenues.

Les arrêtés du préfet mentionnent les voies de recours mais ne donnent pas les coordonnées du CGLPL ni celles de la commission départementale des soins psychiatriques).

Les motivations des certificats médicaux sont toutes explicites quant à la nécessité du maintien des soins sous contrainte.

Les admissions après demande d'un tiers sont enregistrées conformément aux exigences légales ; ainsi, la demande du tiers figure bien au registre.

Si la date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention (JLD) sont mentionnés, il n'en est pas de même concernant les dates de délivrance obligatoires des informations mentionnées à l'article L 3211-3 du code de la santé publique dont on ne trouve trace.

Les registres sont archivés (146) au service des archives médicales à compter du jour où plus aucun des patients répertoriés ne fait l'objet d'une mesure sous contrainte.

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

Bonne pratique

L'utilisation du logiciel Planipsy sécurise, en sus du registre de la loi, les contrôles inhérents aux hospitalisations sans consentement et la gestion des étapes de la procédure ; un outil comparable devrait être utilisé dans tous les établissements recevant des patients en soins sous contrainte.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Au 31 décembre 2015, la commission était composée comme suit :

- un pédopsychiatre libéral nommé par le procureur général de la cour d'appel de Dijon (président) ;
- un magistrat du TGI de Mâcon désigné par le premier président ;
- un psychiatre, praticien hospitalier, désigné par le préfet ;
- un médecin généraliste ;
- un représentant de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- un représentant d'une association agréée des usagers en psychiatrie (association Revivre Côte-d'Or).

Le siège de la commission est situé à l'agence régionale de santé (ARS) à Dijon et le secrétariat y est assuré par un agent de cette délégation.

Le président de la commission, la représentante des usagers, la personne responsable de l'unité de soins psychiatriques pour l'ensemble de la région Bourgogne Franche-Comté et l'agent gestionnaire des soins sans consentement à l'ARS ont accepté de se déplacer au CH de Sevrey pour rencontrer les contrôleurs.

De ces échanges et des documents fournis, à savoir le rapport d'activité 2015 et les compte rendus des deux réunions tenues au CHS de Sevrey en 2016, il apparaît que, sous l'impulsion de son président, déjà en fonction avant que la loi de 2011 ne renomme la commission départementale des hospitalisations psychiatriques créée en 1990, commission de soins psychiatriques, cet organe, outre qu'il joue pleinement son rôle de contrôle, participe à une dynamique de recherche de qualité pour favoriser des modifications de pratiques dans l'intérêt des malades. C'est ainsi que le président a questionné la direction de l'établissement sur les pratiques touchant à l'isolement et à la contention. Il souhaiterait qu'une cellule de réflexion sur l'utilité, voire sur les modalités de telles pratiques soit mise en œuvre.

Il a en outre « rappelé à l'ordre » certains médecins considérant que la rédaction des certificats médicaux n'était pas suffisamment précise pour permettre un contrôle efficace de la nécessité

de poursuite de soins sans consentement. Il regrette que les médecins n'aient pas l'obligation de suivre une formation certifiante dans ce domaine.

En 2015 et en 2016, la commission a tenu, annuellement, deux réunions au CHS de Sevrey, le 19 mars et le 25 septembre 2015 et le 4 mars et 20 octobre 2016, au cours desquelles, après avoir vérifié et signé les registres, elle a visité les unités d'hospitalisation, rencontré la direction, le personnel et étudié les dossiers des patients admis en soins sans consentement.

Elle a en sus pratiqué six visites à la suite de demandes particulières des patients qui ont été vus par les deux médecins psychiatres.

Aucune des situations examinées n'est apparue non adaptée à l'état de santé des malades. Il a de plus été dit aux contrôleurs que les équipes soignantes étaient dans la recherche de la bientraitance des malades, malgré le recours fréquent aux chambres d'isolement.

On peut regretter que la venue de la commission ne soit pas davantage annoncée aux patients, notamment par la pose d'affiches dans chacune des unités.

Il a de plus été constaté que, si les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 étaient observées quant à l'envoi systématique des certificats médicaux de 24h et 72h et l'avis motivé, l'examen de la situation des personnes admises à la suite d'un péril imminent n'était pratiqué qu'une fois par an, alors que les exigences légales imposaient un contrôle semestriel.

L'activité dynamique de la CDSP, qui repose essentiellement sur l'implication du président et de la représentante de l'UNAFAM compte tenu du manque de disponibilités des autres membres, explique, sur ce point, cette application *a minima* de la loi.

Bonne pratique

La CDSP visite régulièrement le CHS et concourt par ses pistes de réflexion à mettre en place des changements pour une prise en charge sans cesse améliorée.

Recommandation

La désignation des membres de la CDSP doit tenir compte de leur capacité à être effectivement présents à ses activités.

Les patients devraient être informés de sa visite et ils devraient avoir la possibilité de rencontrer ses membres.

Dans sa réponse, la direction précise qu'à l'avenir les unités seront sollicitées pour faire connaître les patients désireux de rencontrer la CDSP. Ce temps de rencontre sera porté à l'ordre du jour de la visite.

2.6.3 La visite des autorités

En examinant les registres, les contrôleurs ont constaté que le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance visitaient au moins une fois par an l'établissement, conformément aux exigences de l'article L 3222-4 du CSP. Leur visa est apposé sur le dernier registre vérifié, le 23 janvier et le 8 décembre 2016.

Le 9 janvier 2017, à la suite d'une invitation de la direction pour visiter les nouveaux locaux de la MHPP, le préfet s'est fait présenter le registre mentionnant les SDRE et l'a signé sans ajout de mentions.

Il a été précisé aux contrôleurs que, dans l'hypothèse où la date annuelle de venue des chefs de juridiction du TGI de Chalon était dépassée, il leur était rappelé les préconisations de la loi par le responsable du bureau des admissions.

Au surplus, la présidente du TGI, qui exerce régulièrement les fonctions de JLD, met souvent à profit ses déplacements pour procéder aux vérifications qu'elle estime utiles.

Le maire ou son représentant ne se déplace pas, pas plus que les parlementaires dont il n'a pas pu être donné d'exemples de visite.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : DES INSTANCES SOUCIEUSES DE LEUR ROLE

a) Les associations de famille

L'UNAFAM joue un rôle charnière entre d'une part les patients et leurs familles et d'autre part les équipes soignantes. La place singulière qui est la sienne lui permet de compter parmi les acteurs de la réflexion menée sur la prise en charge des patients.

L'UNAFAM insiste sur la bonne intégration dont elle bénéficie au sein de l'établissement ainsi que sur les très bonnes relations qu'elle entretient tant avec la direction de l'établissement qu'avec les psychiatres, les cadres de santé et les infirmiers.

Cette volonté de coopérer et de réfléchir ensemble dépasse le strict cadre des obligations légales d'intégrer l'UNAFAM à un certain nombre d'instances de l'établissement. Elle traduit également le souci du CHS d'intégrer les patients souffrant de troubles psychiatriques dans la cité en ouvrant les portes de l'hôpital sur le monde extérieur, notamment par le biais de conférences d'éducation thérapeutique organisées en ville et de soutenir un échange avec leur entourage familial.

Les familles prennent le plus souvent contact avec l'UNAFAM sur les conseils du personnel médical. S'il est possible d'organiser à l'UNAFAM un rendez-vous à la maison des usagers située au sein du CHS, ce n'est pas le cas le plus fréquent. Les familles se montrent en effet réticentes en raison de son emplacement dans l'enceinte de l'établissement.

L'attention des contrôleurs a été appelée sur les efforts déployés par les équipes du CHS pour que le patient connaisse sa maladie et devienne acteur de son parcours de soins.

L'UNAFAM est saisie de questions récurrentes qu'il convient d'aborder successivement.

Ainsi en est-il des traitements régulièrement remis en cause ; le développement d'internet n'y est sans doute pas étranger. Consciente de l'importance de favoriser un lien de confiance entre les familles des patients et les psychiatres, l'UNAFAM organise des formations de vulgarisation dispensées par ces derniers à un large public. Les parents peuvent s'y rendre avec des proches ; d'autres associations y sont également conviées.

Le recours à l'isolement, souvent mal compris des familles, compte également parmi les questions récurrentes. Les parents parlent souvent de « punition ». Est constaté un défaut d'explication de la mesure à l'égard des patients comme de leurs familles. C'est la décision même de placement à l'isolement qui n'est pas comprise ; sa durée comme les conditions de son déroulement ne font pas partie des problématiques soulevées. Cette incompréhension est source d'une grande souffrance pour les familles. On notera que la contention, semble-t-il peu utilisée, ne fait pas l'objet de récriminations.

b) Les associations d'usagers

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec le représentant de l'union départementale des associations familiales (UDAF), dont la vocation est de représenter l'ensemble des usagers de l'établissement.

L'UDAF s'estime bien intégrée à l'établissement, avec lequel elle travaille dans le cadre de relations de confiance.

L'UDAF souligne également l'ouverture de l'établissement sur le monde extérieur, que cette ouverture se traduise par la participation des praticiens de l'établissement à une communauté hospitalière plus large dans le cadre du groupement hospitalier territorial ou encore par une ouverture d'esprit qui a notamment abouti à la création de la maison hospitalière polyvalente, fruit d'une longue réflexion.

Si l'UDAF ne fait pas état de problématiques récurrentes qui peineraient à être résolues, elle souligne que les locaux, vétustes, ne sont plus adaptés. Le mauvais état du réseau d'eau est notamment souligné, ce qui a pu poser des difficultés de désinfection lors d'une suspicion de légionellose. L'accueil des patients souffrant de troubles psychiatriques aux urgences est régulièrement sources de difficultés, les médecins urgentistes n'étant pas formés en la matière. L'UDAF souligne enfin la fréquente absence des mandataires judiciaires de l'établissement à la protection des majeurs lors des audiences du juge des libertés et de la détention.

2.7.2 La commission des usagers (CDU)

La loi de modernisation du système de santé a prévu le remplacement de la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) par la commission des usagers (CDU).

Le décret 2016-726 en a défini les missions et la composition ; une fiche explicative de cet organe a, aussitôt, été jointe au livret d'accueil. Il est notamment spécifié que les membres de la CDU ont un rôle important de propositions et de conseils dans la mise en œuvre de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CDU actuellement présidée par le directeur de l'établissement est composée :

- d'un médecin membre de la CME ;
- d'un médiateur médecin et de son suppléant ;
- d'un médiateur non médecin et de son suppléant ;
- de représentants des usagers titulaire et suppléant ;
- de représentants de la commission du service des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) ;
- de représentants du conseil de surveillance.

Les contrôleurs ont constaté son bon fonctionnement en assistant, le 13 janvier, à la réunion trimestrielle. Ils se sont, de plus, entretenus avec plusieurs de ses membres et notamment les représentants des usagers et ont étudié les procès-verbaux des trois précédentes réunions.

C'est ainsi qu'il ressort que trente-six réclamations ont été enregistrées au cours de l'année 2016 essentiellement concernant le pôle A pour des difficultés relationnelles avec le personnel ou le médecin. Toutes ont fait l'objet de réponses étant précisé que le médecin médiateur n'a été sollicité qu'une seule fois. La CDU a entrepris au cours de l'année 2016 un travail de refonte et d'actualisation du livret d'accueil qui, au jour de la réunion, était en phase finale.

La question de l'isolement et de la contention a fait l'objet d'un exposé de la directrice des soins pour expliquer les démarches entreprises par l'établissement afin de mettre ces pratiques en conformité avec la loi du 26 janvier 2016 (article 72 et article L 3222-5-1 du code de la santé publique) autant que pour répondre aux recommandations du CGLPL.

Un projet de mise en place, à l'intérieur de l'établissement, d'un point d'accès au droit est en discussion avec la présidente du TGI représentant le président du conseil départemental d'accès au droit (CDAD).

Les représentants des usagers se sont montrés très favorables à sa réalisation.

2.7.3 Le comité d'éthique

Le CHS a mis en place un comité local de réflexion éthique en 2011 en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le règlement intérieur qui lui est consacré indique qu'il a un rôle « *éducatif, pédagogique, consultatif et de conseil. Son objet général est de soutenir la communauté en lui apportant une réflexion éthique sur sa pratique institutionnelle et sur le sens du soin prodigué* ».

Ses quatre missions principales sont décrites comme suit :

- identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement ;
- favoriser la réflexion sur le sens du soin ;
- produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas, de questions ;
- diffuser en interne des réflexions, des conseils, des recommandations.

Le comité est conçu comme étant un organe de réflexion pluridisciplinaire, consultatif et indépendant, composé de seize membres qui se sont tous portés volontaires pour y participer bénévolement. Il est composé de membres issus d'horizons variés regroupés en cinq collèges :

- membres de la société civile et politique ;
- communauté hospitalière ;
- associations d'usagers et de représentants de malades ;
- droit/ justice, philosophie, sociologie, psychologie, information, histoire ;
- membres des différents cultes.

Il est prévu que le comité se réunisse au moins trois fois par an, des réunions plus fréquentes pouvant être mises en place si des questions le nécessitent. Le temps de réunion est limité à 1h30 par séance, précise le règlement intérieur.

Les saisines doivent être adressées par écrit à la présidence du comité. Le règlement prévoit qu'elles peuvent émaner d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiables ou non, sans donner davantage de précisions. Il ressort des ressources mises à disposition des contrôleurs que ce comité peut être saisi par l'administration, le personnel médical et non médical de l'établissement, les représentants des usagers ainsi que la famille ou les proches des patients. Des questions anonymes peuvent être étudiées dès lors qu'elles posent une question éthique d'intérêt général. Le comité peut également se saisir lui-même d'une question à la demande des deux tiers de ses membres.

Les avis sont adoptés par les deux tiers des présents. Seuls les avis portant sur des questions générales peuvent faire l'objet d'une diffusion. Les avis consécutifs à une saisine sont transmis aux seuls auteurs de la saisine.

Si l'architecture du comité local de réflexion éthique est bien précisée, sa mise en œuvre est encore timide. Le comité n'a rendu depuis sa création il y a plus de six ans, que trois avis, soit un tous les deux ans. Un quatrième avis est en cours d'élaboration.

Alors que la saisine du comité est largement ouverte, ce dernier n'a été jusqu'à présent saisi que par ses membres. S'il a été indiqué aux contrôleurs que les problèmes éthiques faisaient l'objet de discussions au sein des unités, le comité regrette de ne pas être davantage saisi. Il offre en effet un espace de réflexion pluridisciplinaire qui n'est pas suffisamment sollicité. Le comité a conscience qu'il doit travailler sur son rayonnement afin d'inciter davantage de personnes à le saisir.

Selon les propos recueillis, si le comité estime intéressant de pouvoir donner un avis avant que ne soient arrêtées des décisions importantes telles que des protocoles d'organisation, par exemple relatifs à la liberté de circuler ou à la contention ; cela supposerait une multiplication des réunions jugée difficile à mettre en œuvre.

Le comité devrait prochainement se saisir notamment de questions relatives à la liberté de circuler, à l'isolement et à la contention, à l'accès aux soins somatiques, à l'équilibre entre sécurité et liberté d'être dans la cité. Il est à noter que plusieurs membres du comité ont participé au 8^{ème} colloque de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne Franche-Comté intitulé « Société, santé, psychiatrie, pour en finir avec la stigmatisation ».

2.7.4 Les questionnaires de satisfaction

Quelques jours avant leur sortie, l'infirmier rappelle aux patients qu'ils ont la possibilité de remplir ces questionnaires, qu'ils sont invités à déposer dans des boîtes aux lettres prévues à cet effet dans chaque unité.

Les contrôleurs ont pu consulter un bilan des questionnaires de sortie pour l'année 2016. Le taux de retour des questionnaires s'élève à 19 %. Les retours proviennent des six unités du pôle A ainsi que de l'unité Opale du pôle B.

Les patients sont appelés à donner leur avis sur les thèmes suivants :

- impression générale sur l'établissement ;
- attention, disponibilité des personnels ;
- information sur leur hospitalisation, leurs droits et les soins reçus ;
- communication avec le médecin ;
- conditions de séjour : conditions hôtelières, conditions de repos, conditions de visite des proches et qualité des repas ;
- prise en charge de la douleur : écoute de l'équipe soignante, efficacité du traitement.

Le taux de satisfaction est globalement bon, voire très bon en particulier en ce qui concerne l'écoute de l'équipe soignante, l'attention et la disponibilité du personnel.

Il est cependant à noter que la synthèse des suggestions et remarques de ce bilan 2016 indique que « les patients de l'unité Colchique dénoncent un trafic de drogue interne à l'unité et soulignent le fait que les personnels n'ont pas les moyens de lutter contre ce fléau ». Il a été indiqué aux contrôleurs que ce problème de trafic de drogue n'était pas nouveau, un assez grand nombre de patients étant des consommateurs réguliers de produits toxiques.

Parmi les réclamations figure le manque d'entretiens médicaux. Il est à noter l'absence de remise du livret d'accueil au sein de l'unité Lavande ainsi que le manque d'explication lors de cette

remise au sein de l'unité Colchique. Le personnel de nuit est jugé bruyant lors des rondes au sein de l'unité Emeraude et l'absence d'écoute au sein de l'unité Bengali. Les patients hospitalisés au sein de cette dernière unité se sont plaints du trop grand mélange des pathologies. Enfin, il est à noter que des patients de l'unité Opale du pôle B déplorent l'existence de dortoirs à quatre lits. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il serait intéressant d'effectuer des études de satisfaction des patients hospitalisés au long cours.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT : LE CHOIX DE L'UNITE DEPEND ESSENTIELLEMENT DES DISPONIBILITES, AVEC PARFOIS UN PLACEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT FAUTE DE PLACE

3.1.1 L'unité d'admission et de coordination des hospitalisations

Composée d'un cadre de santé et d'une infirmière assistés par une permanence assurée par un des médecins du CHS, l'unité d'accueil et de coordination des hospitalisations (UACH) centralise toutes les demandes d'admission ainsi que les éventuelles demandes de transfert entre unités. Parfois, une consultation avec le médecin de permanence suffit et l'hospitalisation est inutile. La nuit, la fonction est assurée par les cadres responsables des équipes de nuit qui assurent une présence dans l'établissement de 18h à 2h du matin.

Dans le cadre d'une convention signée avec la clinique privée « Val Dracy », située à Dracy-le-Fort (13 km), en cas de besoin, l'UACH peut orienter des patients en soins libres ou en SDDE dans cette clinique, qui est habilitée à les recevoir et met une trentaine de lits à la disposition du CHS. Près de 90 % des patients en soins sans consentement sont adressés par le service d'accueil des urgences d'un hôpital, 6 % arrivent du centre pénitentiaire de Varennes-le-Grand et 4 % de leur domicile.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, parfois, en raison du manque de places disponibles, un patient était déclaré par les urgences en soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) pour être prioritaire, alors que son état clinique ne le justifiait pas. « *On est toujours sur le fil. On stocke ici les patients dans l'espace "stockage patients", où ils sont séparés des autres patients au moyen de paravents. Ce ne sont pas des conditions optimales pour les patients qui sont en phase aiguë de leur pathologie. On préfère les faire admettre dans une chambre d'isolement avec la porte ouverte. En fin d'année 2016, trois patients ont été adressés dans d'autres établissements faute de place à Sevrey* ».

Deux psychiatres – totalisant 1,6 ETP au lieu de 2 ETP depuis un remplacement en décembre 2016 –, un interne et une psychologue à mi-temps sont détachés du CHS aux urgences de l'hôpital de Chalon-sur-Saône, qui représentent 40 % des admissions en soins sans consentement et 60 % des entrées par un service d'urgence ; ils interviennent en journée du lundi au vendredi.

Des infirmiers travaillant dans des centres médico-psychologiques (CMP) rattachés au CHS de Sevrey sont détachés dans le service des urgences de l'hôpital voisin du CMP ; ainsi :

- deux infirmiers sont détachés à mi-temps aux urgences de l'hôpital de Montceau-les-Mines ;
- un infirmier est détaché à mi-temps aux urgences de l'hôpital du Creusot ;
- un infirmier passe tous les jours aux urgences de l'hôpital d'Autun.

Il a été signalé aux contrôleurs que, parfois, lorsqu'un patient était envoyé au CHS par un autre hôpital que ceux mentionnés ci-dessus, l'UACH ne recevait pas d'informations précises ou le patient n'était pas clairement informé sur sa situation ; par exemple, contrairement aux indications données par les urgences de l'hôpital, le patient n'est pas en capacité physique d'être hébergé dans une chambre en étage, ou bien il découvre à l'arrivée la différence entre des soins libres et des soins sans consentement.

3.1.2 Les modalités d'admission

A son arrivée, le patient se présente au bureau de gestion administrative des patients (GAP) afin d'y procéder aux formalités administratives, éventuellement accompagné de l'ambulancier. S'il n'est pas en état de se déplacer, il reste dans le véhicule qui l'a conduit pendant que l'ambulancier se rend au bureau de la GAP ; il arrive aussi que le patient soit conduit directement dans l'unité – notamment en cas d'agitation ou lorsqu'il s'agit d'une personne détenue –, auquel cas un soignant de l'unité se déplace ensuite au bureau de la GAP.

A de très rares exceptions près (moins d'une par an), un patient en soins sans consentement est placé dans l'une des trois unités fermées du pôle A (Bengali, Colchique, Lavande) ; le choix de l'unité dépend essentiellement des disponibilités, en tenant compte d'un éventuel besoin de placement en chambre d'isolement ainsi que de la capacité du patient à être dans une chambre située à l'étage (sans ascenseur) ; si la personne a déjà fait un séjour au CHS, elle est, de préférence et dans la mesure du possible, admise dans l'unité qui l'avait déjà reçue auparavant.

Au moment de la visite des contrôleurs, les demandes d'admission au pôle A donnaient lieu à trois listes d'attente :

- pour les unités fermées : huit personnes étaient en attente pour l'unité de psychogériatrie, la plus ancienne depuis vingt-cinq jours ;
- pour l'unité ouverte Topaze : deux personnes étaient en attente, la plus ancienne depuis six jours ;
- pour l'unité ouverte Emeraude : six personnes étaient en attente, la plus ancienne depuis sept jours.

Parfois la personne est admise directement dans une unité du pôle B ; le motif peut être :

- le séjour de rupture d'une personne en provenance d'un établissement médico-social ;
- la nécessité de placer le patient en chambre d'isolement alors que toutes les chambres d'isolement du pôle A sont déjà occupées.

Il arrive que, faute de place en unité ouverte, un patient en soins libres soit placé dans une unité fermée. Cette nécessité lui est alors expliquée.

Recommandation

Lorsque, faute de place, un patient en soins libres est placé dans une unité fermée, cette nécessité lui est expliquée mais il ne s'agit pas d'une information formelle. Il convient de lui remettre un document explicatif et de lui faire signer son accord.

Lorsqu'une admission est demandée en urgence, il arrive que, faute de place, le patient soit placé provisoirement en chambre d'isolement, alors que son état ne le justifie pas, auquel cas la chambre reste ouverte, l'unité étant choisie en fonction des disponibilités et non de la pathologie de la personne.

Recommandation

Il arrive qu'une personne admise en urgence au CHS soit placée en chambre d'isolement, non pas en raison de son état de santé mais faute de place ailleurs. Les chambres d'isolement ne doivent pas être prises en compte dans le calcul des disponibilités pour accueillir un nouveau patient.

D'après des indications données aux contrôleurs, en 2016, 1 097 admissions ont été réalisées et 140 demandes d'admissions ont fait l'objet d'une réorientation en clinique par absence de lits disponibles ou adaptés (89 en 2015), soit 11,3 % des demandes ; le CHS a eu à satisfaire 120 demandes d'admissions en chambre d'isolement, soit 9,9 % des demandes d'admission.

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

Le document de notification de la décision d'admission est adressé par courrier interne au pavillon concerné. En général, c'est le cadre de l'unité qui le remet au patient même s'il peut arriver que la notification soit faite par le médecin ou par un infirmier. Cette notification est accompagnée par des explications orales.

A titre d'exemple, à Cormoran, lorsqu'il s'agit d'un patient admis en soins sans consentement, l'infirmier aborde le motif de placement par rapport à la prise en charge et aux éventuelles interdictions (sorties par exemple) qui vont en découler. Il lui fait signer la notification de décision d'admission en soins sans consentement et reprend éventuellement le contenu du document accompagnant la notification. Cela n'est pas réalisé systématiquement.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les mineurs placés par le juge des enfants étaient informés, lors de leur admission, de la possibilité de solliciter un entretien auprès du juge des enfants, mais pas de celle de faire appel à la décision ou d'être assisté d'un avocat.

3.1.4 Le recueil des observations des patients

Le code de santé publique précise⁵ : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] ou définissant la forme de la prise en charge [...], la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ».

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, le patient est parfois invité à formuler ses observations lors de la consultation avec le psychiatre ; cette procédure non formalisée ne fait pas l'objet d'un traçage systématique.

Recommandation

Le recueil des observations du patient admis en soins sans consentement, prévu par le code de la santé publique, n'est pas réalisé systématiquement et n'est pas tracé. Il faut formaliser cette procédure.

⁵ CSP, article L.3211-3, alinéa 2

3.1.5 La désignation d'une personne de confiance

Il est inséré dans le livret d'accueil une note explicative sur la personne de confiance et un formulaire que le patient est invité à renseigner à l'occasion de l'entretien avec l'infirmier, en désignant une personne de confiance. En réalité, cette procédure n'est pas systématiquement appliquée ; lorsqu'elle est réalisée, le choix du patient n'est pas toujours transmis au bureau de la GAP ; la personne choisie n'est pas contactée afin d'obtenir son accord.

Recommandation

Le patient n'est pas toujours invité à désigner une personne de confiance ; lorsqu'il en désigne une, celle-ci n'en est pas tenue informée et ne peut donc pas confirmer son accord, par conséquent, elle ne peut pas être considérée comme personne de confiance. Cette procédure doit être revue.

3.1.6 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité

A son arrivée dans l'unité d'hospitalisation, le patient est reçu par un membre de l'équipe soignante. Un inventaire de ses effets permet de mettre de côté tous les objets qui pourraient présenter un danger pour lui-même ou pour autrui puis il est procédé à un entretien avec un infirmier et des consultations médicales avec un médecin psychiatre et un médecin généraliste. Un contrat de soins est établi en présence du patient et inscrit sur le logiciel informatique Cariatide. Aucune copie n'est délivrée au patient. La famille est informée par le patient.

Recommandation

Il faut remettre systématiquement au patient, lorsqu'il est stabilisé, une copie de son contrat de soins.

La période initiale ne prévoit aucune restriction de liberté systématique ; selon l'état de santé du patient, il peut lui être prescrit une limitation – voire une interdiction – dans l'emploi du téléphone, dans les visites de proches et dans les sorties de l'unité ; selon les déclarations faites aux contrôleurs, ces restrictions restent exceptionnelles.

Il arrive parfois qu'il soit placé en chambre d'isolement.

3.1.7 Les cas de sur occupation et de transfert

Il a été expliqué aux contrôleurs que le pôle A tournait « à flux tendu » ; le taux d'occupation des unités du pôle A est de 98 % ; les unités ne disposent pas de « chambre de dégagement », ce qui signifie que, dès qu'un lit est libéré, ne serait-ce que provisoirement, il est considéré comme disponible pour un patient entrant ; cela entraîne :

- l'impossibilité pour un patient de réintégrer « sa » chambre après un passage en chambre d'isolement ou une sortie de plus de 24 heures ;
- l'obligation fréquente de déplacer un patient, au sein de son unité ou avec un changement d'unité voire de pôle, au simple motif qu'il doit laisser sa place pour permettre une nouvelle admission – notamment afin d'éviter la mixité dans une chambre à deux lits ou de permettre à un arrivant handicapé d'avoir une chambre au rez-de-chaussée.

Tout changement d'unité est décidé après que le patient en ait donné son accord.

Lorsqu'un patient est ainsi déplacé dans une autre unité, il est pris en charge par le personnel médical et le personnel soignant de la nouvelle unité, perdant ainsi ses références ; cela se répercute sur son parcours de soins.

D'après les éléments donnés aux contrôleurs, au cours de l'année 2016, il a été procédé à 902 changements de lits au sein du pôle A et 182 au sein du pôle B.

Recommandation

Dès qu'un patient passe une nuit hors de sa chambre, à l'occasion d'une sortie ou d'un placement en chambre d'isolement, sa chambre est considérée disponible et, à son retour, il arrive fréquemment qu'il doive changer de chambre, voire d'unité et parfois de pôle. Ce mode de gestion doit être modifié afin de permettre à un patient de conserver sa chambre tout au long de son hospitalisation.

3.1.8 La confidentialité sur l'hospitalisation

Au moment de son admission, le patient est invité à signer un formulaire sur lequel il donne ses directives en termes de confidentialité sur son hospitalisation ; il est informé de sa possibilité de les modifier tout au long de son hospitalisation.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS : LE PATIENT REÇOIT UN DOCUMENT EXPLICATIF SUR SON MODE DE SOINS; LE REGLEMENT INTERIEUR EST OBSOLETE ET LES REGLES DE VIE NE SONT PAS JOINTES AU LIVRET D'ACCUEIL

3.2.1 Les informations prévues par la loi

Au moment de la notification de la décision d'admission, il est remis au patient un document de quatre pages qui détaille le déroulement de l'hospitalisation : admission et prise en charge, les contrôles du JLD, les possibilités de levée de la mesure, les droits du patient en soins sans consentement. Quatre documents différents sont prévus selon le type de soins sans consentement : SDDE, SDRE décidé par le préfet, SDRE initié par le maire et soins d'une personne détenue.

Bonne pratique

Au moment de la notification des soins sans consentement, il est remis au patient un document de quatre pages, spécifique au type de soins dont il fait l'objet, qui détaille dans des termes compréhensibles le déroulement de l'hospitalisation.

3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est délivré à tout patient arrivant sauf, parfois, à un patient « habituel », qui connaît déjà le CHS.

Le livret d'accueil date de 2013. C'est un document en papier glacé en couleur de vingt-quatre pages. Il donne un certain nombre d'informations sur l'organisation de l'hospitalisation, avec parfois des indications qui ne sont pas à jour (par exemple, la CRUQPC, qui est désormais la commission des usagers). Il ne donne aucune explication sur les différents modes de soins sans consentement et les droits et devoirs y afférents.

Les livrets d'accueil spécifiques aux unités de pédopsychiatrie, "La Source" et "La Cascade", présentent succinctement le projet thérapeutique du service, l'équipe et les modalités d'admission pour les admissions normales, notamment l'accord des parents ainsi que les coordonnées du service et du CHS.

3.2.3 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur date de 2007 ; il n'a pas été révisé depuis la loi de 2011.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'un travail de réécriture était envisagé sans qu'un échéancier ait encore été fixé.

Recommandation

Le livret d'accueil ne comporte pas les règles de l'unité où le patient est admis ni des explications sur les différents modes de soins sans consentement et les droits et obligations y afférents. Il conviendrait de le mettre à jour et le compléter. Il en est de même concernant le règlement intérieur qui date de 2007.

3.2.4 Les règles de vie

Les règles de vie sont affichées dans les unités ; elles ne sont pas toujours remises au patient à son arrivée.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'un travail d'harmonisation était en projet, sans qu'aucun échéancier n'ait encore été fixé.

3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE SE FAIT DANS LE RESPECT DES EXIGENCES LEGALES

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

3.3.1 Les sorties de courte durée

Pendant la période d'hospitalisation et quelle que soit la nature juridique de l'admission, le séjour est généralement ponctué de sorties thérapeutiques de courte durée avec pour objectif de favoriser la réinsertion des malades ou, à tout le moins, de leur permettre d'accomplir des démarches extérieures.

C'est ainsi que, du mois de mars à décembre 2016 :

- **816** sorties accompagnées de moins de douze heures ont été autorisées, 589 par le directeur de l'établissement et 247 après accord du préfet ;
- **667** demandes de sorties de moins de quarante-huit heures, non accompagnées, ont fait l'objet d'un avis favorable, dont 509 concernaient des patients hospitalisés en SDDE et 158 en SDRE.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les demandes de sorties des patients admis sur demande d'un tiers (SDT ou SDTU) se heurtaient à l'exigence de la direction qui sollicitait que le préavis fut d'au moins quatre-vingt-seize heures.

Cette condition découle de l'obligation de prévenir le tiers tout en lui laissant le temps de confirmer qu'il a bien été avisé.

Les soignants regrettent la rigidité de cette condition, dont la conséquence est de fréquentes annulations alors même que, dans certains cas, c'est le tiers lui-même qui demandait la sortie.

Concernant les patients en SDRE, la direction de l'établissement a l'obligation de transmettre au représentant de l'Etat les éléments relatifs à la demande de sortie avec l'avis favorable du psychiatre et ce, 48 heures avant la date prévue. Sauf opposition écrite du préfet, qui ne peut imposer aucune mesure complémentaire, notifiée au plus tard dans les 12 heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu ; les psychiatres savent qu'ils doivent être très précis dans les motifs justifiant la sortie et les modalités de sa mise en œuvre (choix ou absence des accompagnants).

Recommandation

Les exigences de la direction quant au délai de prévenance des sorties de courte durée sont trop rigides. Elles devraient s'adapter davantage à la situation du patient.

Dans sa réponse, la direction indique que la procédure d'organisation des sorties de moins de 48h, qui était déjà en cours d'actualisation au moment de la visite du CGLPL, a été finalisée et validée par le comité de suivi le 12 juin 2017. Elle prévoit d'informer le tiers par téléphone, mail ou courrier par le bureau des entrées dès la signature de la demande de sortie par le directeur. Ainsi les délais de sortie seront raccourcis de 48 heures permettant d'accorder une sortie en moyennes sous 48 heures. Les coordonnées du tiers seront récupérées lors de l'admission afin de faciliter son information en cas de sortie. Par ailleurs une brochure d'information sur le rôle du tiers est en cours de finalisation par un prestataire extérieur. La procédure entrera en vigueur en même temps que la mise en place de la plaquette c'est à dire en septembre 2017.

En 2015, le préfet s'est opposé à deux sorties de moins de 12 heures et à cinq de moins de 48 heures.

En 2016, il a refusé cinq sorties accompagnées (moins de 12 heures) et onze non accompagnées, considérant pour chacun des refus que la demande était prématurée.

Il doit être rappelé que son refus n'est pas susceptible de recours.

3.3.2 La levée de la mesure

Les modalités de levée de la mesure diffèrent en fonction du mode d'admission.

a) Le patient admis en SDDE

Outre les cas rarissimes de levée prononcée par le JLD ou ordonnée par la CDSP, la mesure de soins sous contrainte cesse par décision du directeur quand un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies ; mention en est faite sur le registre de la loi.

La levée peut également être demandée par un membre de la famille ; dans cette hypothèse le directeur, après avoir sollicité l'avis d'un psychiatre qui établirait que l'arrêt des soins est de nature à entraîner un péril imminent pour la santé du patient ou à compromettre la sûreté des personnes ou l'ordre public, en informe le préfet pour admission en SDRE.

Il n'a pas été donné d'exemples de survenance de telles situations au CHS de Sevrey.

Au contraire, il a été fait remarquer que bon nombre de mesures étaient levées entre le deuxième et le douzième jour (soixante-douze en 2015, soixante-dix-huit en 2016).

Pour l'année 2015, le séjour moyen d'une personne hospitalisée en SDDE est de trente-six jours, durée remarquablement stable en 2016 puisqu'elle est de trente-sept jours. Ce temps est très exactement semblable à celui des patients en soins libres, dont la durée moyenne du séjour est de trente-cinq jours.

b) La levée des mesures pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat

Selon les renseignements donnés, la loi du 27 septembre 2013 qui a modifié la procédure applicable à la mainlevée des SDRE ne pose pas de réelles difficultés.

Le préfet prend dans la plupart des cas un arrêté de mainlevée après qu'il ait reçu le certificat médical attestant de l'inutilité de poursuivre la mesure.

En 2016, sur une quarantaine de demandes présentées, il s'y est opposé six fois au vu du certificat médical, le jugeant non convaincant.

Conformément aux dispositions de l'article L 3213-9-1 du CSP, l'avis d'un deuxième psychiatre a été sollicité par la direction de l'établissement ; il a été conforme au certificat initial.

Les six mesures ont donc été levées, avec pour quatre d'entre elles la mise en place d'un programme de soins tel qu'indiqué dans le premier certificat.

3.3.3 Le collège des professionnels de santé

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient hospitalisé, d'un autre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient (en général un cadre de santé), le collège se réunit chaque fois que de besoin sur convocation du directeur qui y inscrit le nom des trois membres et mentionne la date avant laquelle le collège doit émettre son avis.

En effet, le collège a l'obligation de se réunir pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins sur décision du directeur de l'établissement quelle qu'en soit la forme (hospitalisation complète ou programme de soins) lorsque sa durée excède un an. Il s'est réuni à trente-neuf reprises en 2015 et à quarante-huit en 2016.

S'agissant des patients relevant de l'irresponsabilité pénale, le collège doit donner son avis :

- au JLD quand il est saisi d'une demande de mainlevée de l'intéressé ou quand il exerce son contrôle systématique tous les six mois. A cette fin, le collège s'est réuni onze fois en 2015 et neuf fois en 2016 ;
- au préfet lorsqu'il envisage de décider d'une forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète ou quand il souhaite lever la mesure de soins. Ces deux hypothèses ne se sont jamais produites.

3.3.4 Le passage en programme de soins

Les médecins ont indiqué aux contrôleurs considérer le patient comme étant, pour un temps aussi court que possible, « dans un lieu de soins » et non « dans un lieu de vie ».

Le passage en programme de soins est donc largement développé et correspond à une réelle sortie du patient, certes toujours suivi et contrôlé, pour favoriser une reprise de sa vie en société.

De mai à décembre 2016, cinquante-deux patients en SDDE ont ainsi bénéficié d'un programme de soins et quinze en SDRE.

Les échanges avec le JLD ont confirmé les constatations des contrôleurs que le programme de soins n'était jamais décidé pour éviter le contrôle juridictionnel.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST ORGANISE EN CONCERTATION AVEC TOUS LES ACTEURS DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Dès la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, un protocole « de coordination pour la procédure judiciaire de mainlevée des mesures de soins psychiatriques » a été signé entre :

- le préfet de Saône-et-Loire ;
- le chef de juridiction du TGI de Chalon-sur-Saône ;
- la directrice de l'ARS ;
- le bâtonnier de l'ordre des avocats de Chalon-sur-Saône ;
- la direction du CHS de Sevrey ;
- la direction de la clinique Val Dracy.

Ce protocole a été actualisé par deux avenants prenant en compte les modifications législatives et notamment la mise en application de la loi du 27 septembre 2013.

Il a pour objet de permettre :

- une répartition efficiente des missions et adaptée aux différents services ;
- des bonnes pratiques pour la tenue des audiences du JLD ;
- le suivi des décisions judiciaires.

Il résulte de ce document au contenu certes synthétique mais particulièrement ciblé, pour que les droits des patients soient exercés dans des conditions de dignité et de respect des libertés individuelles, la mise en place de l'organisation suivante : l'audience, prévue douze jours après l'admission du patient hospitalisé sans consentement donne lieu à saisine de magistrat dans un délai maximum de huit jours après l'admission. Concernant la saisine du sixième mois, elle est exigée au plus tard quinze jours avant l'expiration du délai.

Compte-tenu de la prépondérance des décisions émanant du directeur d'établissement, les contrôleurs ont plus particulièrement analysé la saisine du JLD émanant du directeur de l'hôpital, étant précisé que le préfet, par l'intermédiaire de l'ARS, pratique de manière identique pour la présentation des patients en SDRE.

Les échanges entre le service hospitalier en charge de la préparation de la procédure (le GAP) et le greffe judiciaire se font sous forme dématérialisée.

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

Il n'est pas prévu de transmettre au juge, et ce dernier ne l'exige pas, les documents attestant la notification de la décision d'admission ni l'information relative aux droits des patients (article L 3211-3).

Les coordonnées du tiers, de même que l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique, sont toujours indiquées.

A la réception de ces documents, le greffe judiciaire saisit le barreau pour désignation d'un avocat d'office.

Le tableau de l'ordre des avocats est affiché dans les unités.

La convocation du patient à l'audience est ensuite adressée par le greffe du JLD au bureau des soins sans consentement qui en transmet une copie au cadre de santé de l'unité.

Formellement, cette convocation informe le patient de la date d'audience, de l'assistance obligatoire de l'avocat (choisi ou désigné d'office) et, si l'audition est impossible compte-tenu de l'avis médical, de la possibilité qui lui est offerte de faire parvenir des observations écrites au greffe et de consulter son dossier.

Le patient signe un accusé de réception après remise de la convocation ; la greffière du TGI a indiqué ne pas avoir de difficultés pour entrer en possession des accusés de réception.

Par contre, les contrôleurs ont pu constater que la remise de la convocation, non protocolisée, était faite, selon les unités, par le cadre ou un soignant. L'attention du patient n'est pas toujours attirée sur le sens de l'audience et jamais sur les droits attachés à la convocation, notamment la possibilité de consulter le dossier judiciaire. Les soignants ont d'ailleurs paru être dans l'ignorance de cette disposition.

En pratique, aucun patient n'a jamais sollicité la consultation des pièces de son dossier.

Recommandation

Il convient que le patient soit informé de l'ensemble des droits découlant de la convocation à l'audience JLD.

Dans sa réponse, la direction a indiqué qu'un protocole sur l'organisation des audiences du JLD sera mis en place et reprendra l'exigence d'information par les soignants et l'organisation des audiences. De plus, il sera ajouté une mention sur l'accusé de réception actant que le patient a bien été informé du déroulement de l'audience et de ses voies de recours.

3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

L'audience se tient au CHS, le lundi et le jeudi matin à 9h au premier étage du pavillon « île bleue » ; le lieu est clairement signalé.

La direction du CHS a mis à disposition des locaux accessibles au public, comprenant une pièce, certes de petite dimension, mais conforme à l'agencement d'une salle d'audience, une salle d'attente et un bureau réservé aux avocats qui respecte les conditions de confidentialité ; si le public a la possibilité d'assister aux débats, il est rarissime qu'il s'y présente. En outre, le juge décide souvent de tenir l'audience en chambre du conseil pour préserver l'intimité de la vie privée des patients. Le ministère public n'est jamais représenté, se contentant, comme le prévoit la loi, de prendre des réquisitions écrites.

Il a été dit aux contrôleurs que les patients souhaitaient majoritairement comparaître, ce qui a pu être constaté lors de l'audience à laquelle ils ont assisté où, sur douze dossiers enrôlés, seuls trois ont été examinés hors la présence des intéressés.

Ce jour-là, l'audience était tenue par la présidente du TGI.

Les patients se sont présentés accompagnés d'un ou deux soignants selon leur état. Tous savaient qu'ils rencontreraient un juge et seraient assistés d'un avocat.

A l'appel de leur affaire, les patients sont entrés dans la salle, sans les soignants, avec leur avocat et, pour l'un, avec sa tutrice.

Soucieuse du respect du contradictoire, la présidente a pratiqué, avec empathie, un recueil d'informations très exhaustif pour permettre au patient d'être en capacité de statuer. Elle a cherché le dialogue avec chacun des patients et leur a donné du temps pour s'exprimer quant à leur souhait du maintien ou non des soins sous contrainte.

Avec pédagogie, elle a expliqué les limites de son rôle tout en étant très attentive aux arguments avancés tant par le justiciable que par l'avocat, qui ensuite ont été invités à quitter la salle pendant le délibéré et le temps de la rédaction de la décision.

Bonne pratique

Les conditions d'organisation des audiences devant le JLD permettent au « patient-justiciable » de présenter une défense utile. Une attention doit être apportée pour s'assurer que lors de sa convocation le patient ait une pleine compréhension de ses droits.

3.4.3 Les décisions rendues

Après que la décision a été rédigée, le juge a appelé chaque intéressé pour la notifier en termes clairs, simples et humains, sans omettre d'expliquer les voies de recours.

Il a alors été proposé aux soignants d'entrer pendant que le « patient-justiciable » signait l'attestation de la remise de la copie de la décision qui a été donnée tantôt au patient tantôt à l'accompagnant.

La situation des patients absents a été abordée à la fin de l'audience en présence de l'avocat, qui ne les avait pas rencontrés.

A l'issue de cette audience, dix décisions de maintien ont été prononcées, tandis que deux mainlevées, exécutoires après un délai de vingt-quatre heures, ont résulté, pour l'une du certificat médical de 72 heures non conforme et pour l'autre d'une demande d'admission tardive.

En 2016, le JLD a tenu 104 audiences et rendu 313 décisions dont dix-neuf mainlevées (trente-trois en 2015) et trente et un désistements compte-tenu de la sortie du malade entre la saisine du JLD et l'audience.

La cour d'appel de Dijon a examiné cinq recours qui n'ont pas été suivis de levée de la mesure, l'ordonnance ayant été confirmée.

La diminution en 2016 du nombre de levées s'explique par la réflexion menée sur la rédaction des certificats médicaux. Ce travail se poursuit et s'approfondit grâce à l'initiative de la présidente du TGI qui, à la suite des rencontres avec les médecins et la direction de l'hôpital, a proposé au collège médical du CHS d'organiser une session de formation continue dite « atelier d'écriture », animée par un philosophe, avec pour objectifs :

- d'améliorer la pertinence des certificats médicaux exigés pour l'hospitalisation sous contrainte ;
- d'ouvrir le champ de l'écriture sur celui de la réflexion ;
- d'expérimenter la notion de point de vue de l'écriture ;
- de renouer avec le plaisir d'écrire.

Deux journées d'atelier de six heures ont ainsi été prévues, chacune pour dix médecins, les 16 février et 9 mars 2017.

Bonne pratique

La mise en place d'un atelier d'écriture à l'attention des psychiatres, animé par une philosophe, ayant pour objectif d'améliorer la pertinence des certificats médicaux des hospitalisations sous contrainte est une excellente initiative

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS MANQUE D'HARMONISATION DANS SES PRATIQUES

Au sein du CHS, une fonctionnaire, adjointe des cadres, exerce la fonction de mandataire pour laquelle elle a obtenu le certificat national de compétence en 2012.

Elle suit, au jour du contrôle, 161 mesures dont :

- 97 mesures de tutelle ;
- 62 curatelles renforcées ;
- 2 sauvegardes de justice.

Seules **douze** parmi ces personnes sont hospitalisées sans leur consentement.

Les soignants, les médecins et les assistantes sociales effectuent un travail de repérage permettant, dès l'arrivée des patients, de détecter ceux dont l'état nécessite une protection.

Les modalités d'exercice de la mesure de protection sont conformes à la loi et s'appliquent aussi bien à la personne qu'à ses biens.

Après sa désignation, la mandataire reçoit le majeur protégé afin de lui expliquer l'intérêt de la mesure puis lui remet une notice d'information très pédagogique. Ensuite, la mandataire met en place la mesure de protection juridique.

Elle accompagne toujours l'intéressé aux audiences du juge des tutelles qui procède aux audiences le plus souvent dans son bureau au tribunal d'instance mais n'hésite pas à se déplacer en cas d'impossibilité pour le patient de se rendre au tribunal.

La mandataire judiciaire est toujours informée des audiences devant le JLD mais ne s'y rend que très exceptionnellement, expliquant que sa charge de travail ne lui permet pas d'assumer des temps d'attente souvent longs pour une présence à l'audience dont elle dit ne pas être certaine de l'intérêt, voire même de l'opportunité.

Dans la réponse faite aux contrôleurs, il est précisé que la mandataire ne se rend pas aux audiences JLD non pas par manque d'intérêt mais en raison du temps d'attente, de l'absence totale d'information sur les raisons de l'hospitalisation sous contrainte et la mise à mal de la relation de confiance mandataire /majeur protégé lorsqu'il lui est demandé un avis sur le maintien du placement. Il a également été indiqué qu'il est prévu de fixer un plafond pour le nombre de mesures suivies afin que le volume de nuisances n'affecte pas la qualité.

Très proche de la personne protégée, elle s'efforce de maintenir le lien avec la famille et participe aux projets de sorties, discutés avec l'équipe pluridisciplinaire lors des réunions de synthèse auxquelles elle est invitée.

Elle n'a que très peu de contacts avec l'UDAF et les mandataires familiaux qui pourtant ont en charge le suivi de 127 mesures dont **trente et une** concernent des personnes en hospitalisation sans consentement.

Sur le questionnement des contrôleurs quant au manque d'harmonisation entre les pratiques des différents mandataires, il a été envisagé de mettre en place un comité de suivi des majeurs protégés.

Ce projet est soutenu par la présidente du tribunal de grande instance.

Il est enfin à préciser que les mesures de protection juridique font l'objet d'un versement dans le dossier administratif et dans le dossier patient ; mention en est portée dans le registre de la loi.

Recommandation

L'organisation du travail de la mandataire judiciaire du CHS doit être facilitée pour qu'elle puisse assister le patient qu'elle est chargée de protéger lors des audiences du JLD. Par ailleurs, il doit être envisagé, dans des délais rapides une harmonisation des pratiques entre les différents mandataires judiciaires.

Dans sa réponse, la direction indique qu'un comité de suivi des majeurs protégés a été mis en place et qui sera en charge de traiter ce point.

4.2 LES PATIENTS PEUVENT A LEUR DEMANDE ACCEDER A LEURS BIENS CONSIGNES

Au sein de chaque unité, qu'elle soit ouverte ou fermée, des casiers sont mis à la disposition des patients, qui peuvent y consigner leurs biens propres. Ces casiers sont fermés à clé et restent accessibles aux patients sur demande au personnel soignant qui dispose du passe. Les patients sont invités à y déposer les objets jugés dangereux, dont la liste peut varier selon l'unité et l'état clinique du patient : flacons, objets tranchants, cordons, rasoirs, briquet, allumettes. Certaines unités acceptent que des patients conservent leurs cordons de chargeurs de téléphone portable. Il est conseillé aux patients de déposer à la régie de l'établissement, les valeurs supérieures à 80 euros, les cartes de crédit et chéquiers, leurs bijoux ainsi que tout document relatif à leur hospitalisation. En cas de refus, une décharge doit être signée par le patient et l'hôpital décline alors toute responsabilité en cas de vol.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL N'APPELLE PAS D'OBSERVATION

La procédure d'accès au dossier médical est formalisée conformément à la législation.

Il est remis au patient demandeur un formulaire détaillé expliquant la procédure à suivre, les documents et le coût des éventuelles photocopies.

Les demandes du bureau de la GAP – prix des photocopies demandées, justificatifs à présenter, ... – sont systématiquement expliquées aux patients et il leur est proposé de rencontrer le médecin médiateur de la commission des usagers.

En 2016, cinquante-six patients ont demandé à accéder à leur dossier médical, dont dix-sept patients en soins sans consentement parmi lesquels trois ont fait leur demande en cours d'hospitalisation ; sur ces trois patients, un seul a reçu son dossier: l'un n'a pas répondu à la demande de règlement du prix des photocopies et l'autre n'a pas répondu à la demande de présentation d'un justificatif d'identité. Une rencontre avec le médecin médiateur a été systématiquement proposée.

4.4 LA PROCEDURE PERMETTANT L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST PREPAREE PAR LE BUREAU DES ENTREES ET MISE EN ŒUVRE AU SEIN DES UNITES

Entre quatre et six semaines avant la date des élections, le bureau des entrées diffuse aux cadres de santé des unités un rappel des procédures à suivre dans les unités. Une liste des personnes nécessitant d'être accompagnées ou votant pas procuration est dressée. Les fonctionnaires de

police se déplacent dans les unités pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer. *A minima*, les cadres des unités procèdent à un affichage dans l'unité expliquant pour les personnes en soins sans consentement les modalités de vote (demande d'autorisation exceptionnelle de sortie, procuration). Certains cadres ont des entretiens individualisés avec chaque patient pour décrire et expliquer les modalités et formalités du vote.

Aucune donnée relative au nombre de permissions de sortie accordées pour les précédentes élections régionales et municipales de 2015 n'a pu être fournie aux contrôleurs. Il leur a été néanmoins signalé l'extrême rareté des votes finalement effectués. L'estimation a été toutefois donnée d'une dizaine de patients de l'unité Colchique qui ont obtenu des permissions de sortie pour remplir leur devoir citoyen.

4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Une aumônière catholique, salariée à mi-temps du diocèse, assure une permanence dans un bureau d'accueil les mardis et jeudis de 10h à 12h et de 14h à 17h. Elle rend visite aux patients qui le demandent. Le mardi et le jeudi de 15h à 16h30, elle se rend dans la chapelle, qui est alors ouverte à tous ; une célébration y est organisée le jeudi avec un prêtre ; le reste du temps, la chapelle est fermée « *en raison des risques liés au fait qu'elle est en bois* ». Une messe est célébrée uniquement pour les grandes fêtes chrétiennes : Noël et Pâques.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, chaque année, une soixantaine de patients rencontrent l'aumônière.

Une note insérée dans le livret d'accueil présente le service d'aumônerie catholique.

Des affiches sont apposées dans les unités, précisant que les patients peuvent demander à rencontrer un représentant du culte de leur choix. Le CHS dispose des coordonnées de représentants des autres cultes. Parfois, un patient demande à rencontrer un aumônier précis, dont il donne les coordonnées. Les demandes sont rares.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

5.1 LA CONTENTION ET L'ISOLEMENT DONNENT LIEU A UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Un groupe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la contention et l'isolement a été mis en place en 2004 et était toujours en activité lors de la visite. Coordonné par un médecin psychiatre de l'établissement, ce groupe comprenait différents membres du personnel soignant (médecins, infirmières) et d'encadrement du CHS.

Les travaux de ce groupe ont notamment porté sur l'harmonisation des pratiques et l'évolution des protocoles d'isolement et de contention. Le dernier travail abouti comprenait la prescription informatisée et l'élaboration du registre (cf. § 5.2 et § 5.4). Suite à l'informatisation des fiches de prescription et de surveillance en octobre 2016, le groupe prévoit l'évaluation des pratiques grâce au recueil de données informatisées. Par ailleurs, deux audits ont été effectués en 2011 et 2014 sur les critères de qualité définis par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) concernant la contention et l'isolement. Ces travaux ont notamment permis l'amélioration de la surveillance médicale et infirmier des mesures d'isolement. Les travaux de cet EPP sont présentés devant les diverses instances de l'établissement.

Le protocole de prescription de contention et d'isolement prévoit que celle-ci est effective pour une durée maximale de 24 heures. Les contrôleurs ont pu vérifier dans le registre qu'aucune prescription n'avait été supérieure à 24 heures et que son renouvellement avait été effectué, le cas échéant. Afin de garantir ce fonctionnement le week-end, une astreinte spécifique de médecin psychiatre est effectuée le dimanche et est dédiée exclusivement à la visite des patients isolés (cf. § 2.3).

Diverses fiches de décision (encore nommée prescription le jour de la visite) spécifiques sont prévues : initiale, de renouvellement et de fin pour l'isolement et pour la contention.

La feuille de décision d'isolement prévoit que soient renseignés systématiquement certains items notamment:

- l'indication de la décision ;
- la durée (pour un maximum de 24 heures) de la décision et les modalités (sorties séquentielles) ;
- l'information du patient de sa mise en isolement, de ses droits et des recours ;
- la recherche du consentement du patient ;
- le recueil du vécu du patient à l'issue de la mesure ;
- l'information des familles ou d'un proche selon le souhait du patient ;
- la possibilité de bénéficier de visites et de recevoir des communications téléphoniques ;
- les modalités de prise de repas (en chambre ou au réfectoire), les objets autorisés et la possibilité de fumer.

La surveillance clinique (prise des constantes vitales) des patients isolés est effectuée au minimum à chaque changement d'équipe, trois fois par jour. Les soignants procèdent, par ailleurs, à une surveillance visuelle au moins toutes les heures. L'examen clinique, au début et durant la mesure d'isolement et/ou de contention, est systématiquement réalisé par l'interne du service ou par un médecin généraliste.

Une bouteille d'eau est laissée à disposition des patients isolés. L'alimentation et l'hydratation des patients sont surveillées et tracées.

La fiche de décision de contention prévoit que soient indiqués notamment :

- le motif de la décision ;
- la recherche d'autres alternatives à la contention et les bénéfices de cette mesure pour le patient ;
- l'information du patient sur les raisons, les modalités et le but de la contention ;
- l'information de la famille ou des proches selon le souhait du patient ;
- les modalités de contention et de surveillance.

5.2 UNE AMELIORATION DES CONDITIONS D'ISOLEMENT AINSI QU'UNE REFLEXION SUR SON USAGE FREQUENT S'IMPOSENT

5.2.1 Les chambres d'isolement

Lors de la visite, douze chambres d'isolement et une chambre d'apaisement, équipée d'une porte fermant à clef (dans l'unité Colchique), étaient en fonction dans l'établissement. Parmi ces treize chambres, cinq sont situées dans des unités ouvertes. La majorité de ces chambres présentent un caractère austère voire carcéral.

Les contrôleurs ont pu constater des manquements d'installation dans la majorité de ces chambres :

- aucune de ces chambres ne possède d'horloge fixée dans la chambre ; dans toutes les unités, des horloges (analogiques ou digitales avec la date) sont positionnées à l'extérieur des chambres, face aux hublots des portes ;
- tous les lits sont fixés au sol et sont équipés d'un sommier métallique, dont la tête de lit ne peut être relevée à l'exception du lit de la chambre d'apaisement de l'unité Colchique. Cela est problématique notamment lorsque les patients prennent leur repas au lit ;
- sept chambres sont dotées de toilettes sans assise (toilettes à la turque) dont la chasse d'eau s'actionne depuis l'extérieur de la chambre ;
- des boutons d'appel sont disponibles dans seulement deux chambres d'isolement ;
- aucune chambre n'est dotée d'interrupteur pour actionner la lumière ;
- seule la chambre d'isolement de l'unité Edelweiss possède une porte-fenêtre donnant accès à un patio extérieur. Pour les autres chambres, il n'existe aucun système d'aération car les fenêtres ne s'ouvrent pas ;
- toutes les chambres d'isolement, situées au rez-de-chaussée, sont équipées d'une fenêtre avec vitre sans teint laissant filtrer la lumière naturelle tout en préservant l'intimité du patient. Par ailleurs, ces fenêtres sont équipées d'un volet roulant dont le bouton de commande est situé à l'extérieur de la chambre ;
- toutes les portes d'accès des chambres d'isolement sont équipées d'un hublot afin de faciliter la surveillance des patients depuis le couloir ; cette disposition ne permet pas de préserver l'intimité des personnes placées en isolement ;
- en raison de la surface limitée (9 à 10 m² environ) des chambres d'isolement, le lit ne peut être placé au milieu de la pièce, les soignants ne peuvent donc pas manœuvrer autour du lit ;

- seules deux chambres d'isolement possèdent une salle d'eau équipée d'un lavabo (dépourvu de miroir) et d'une douche. Pour des raisons de sécurité, l'accès à la salle d'eau était condamné dans la chambre d'isolement d'Edelweiss lors de la visite. Un urinoir avait été mis à la disposition du patient.



Vue des portes des chambre d'isolement depuis le couloir - Chambre d'isolement de l'unité Bengali



Vue des WC avec assise d'une chambre d'isolement



Vues des WC sans assise d'une chambre d'isolement

Il a été mentionné que les patients admis dans les chambres dépourvues de salle d'eau étaient accompagnés dans les douches communes de l'unité. Les patients ne disposant que de

« toilettes à la turque » sont accompagnés dans les toilettes communes lorsqu'ils nécessitent une assise.

Un programme de rénovation des unités et des chambres d'isolement a débuté en 2011 ; il était toujours en cours lors de la visite. Trois chambres d'isolement devaient notamment être rénovées durant le premier trimestre de l'année 2017 (unités Lavande et La Source). Il a été indiqué que des boutons d'appel avaient été commandés pour les chambres qui n'en possédaient pas. **Cependant, il semble qu'aucun délai n'ait été fixé pour finaliser la rénovation de ces chambres, notamment pour les plus vétustes.** Par ailleurs, il n'est pas prévu d'installer des horloges ni des sommiers permettant de relever la tête de lit. De même, l'aménagement de salle de douche n'est pas envisagé. Seule la chambre d'isolement de l'unité de pédopsychiatrie devait être dotée d'un sas d'entrée

Recommandation

Une rénovation des chambres d'isolement s'impose afin que l'intimité des patients soient préservée et qu'il puisse :

- *se repérer dans le temps, voire d'écouter de la musique ;*
- *appeler les soignants sans devoir crier ou frapper à la porte ;*
- *accéder à une salle d'eau comprenant une douche, un lavabo doté d'un miroir incassable, de WC équipés d'une assise ;*
- *relever la tête de lit et de demeurer en position assise ;*
- *actionner l'éclairage de leur chambre et d'entrouvrir la fenêtre.*

5.2.2 Etat de la pratique de l'isolement dans l'établissement

L'utilisation de l'isolement est fréquente dans l'établissement. Au premier jour de la visite, parmi les douze chambres d'isolement utilisées, onze étaient occupées ainsi que la chambre d'apaisement de l'unité Colchique. **Il a été indiqué qu'au cours des six derniers mois, aucune chambre d'isolement ne restait inoccupée plus d'une journée.**

En conséquence, les patients placés à l'isolement sont bien souvent contraints de changer d'unité faute de chambre d'isolement disponible dans le service qui les héberge. Ce phénomène de sur occupation des chambres d'isolement a des conséquences non négligeables dans le parcours de soins des patients. A titre d'exemple, **en 2016, 125 patients ont été transférés d'unité pour cette raison.** Lors de la visite, un patient avait été muté de service deux fois en deux jours. Une première fois dans une unité possédant une chambre individuelle, faute de chambre d'isolement disponible. Puis le lendemain, il fut de nouveau transféré dans un autre service dont la chambre d'isolement avait été libérée. Par ailleurs, parmi les onze patients placés en isolement lors de la visite, cinq avaient été mutés au moment de la prescription d'isolement.

Hormis à l'unité Edelweiss, **les chambres d'hébergement des patients isolés sont attribuées à d'autres patients.** Il existe des chambres plus communément appelées « chambres de dégagement » qui sont réservées aux patients à l'issue de leur passage en chambre d'isolement. **Le 10 janvier 2017, un seul parmi les douze patients isolés, dont un placé en chambre d'apaisement de l'unité Colchique, bénéficiait d'une « chambre de dégagement ».** Ainsi, un certain nombre de patients demeurent dans la chambre d'isolement, porte ouverte, à l'issue de la mesure. Tel était le cas pour un patient, pendant un jour, lors de la visite. En règle générale,

lorsque l'isolement prend fin pour un patient et que son unité d'origine ne dispose pas de lit, il est affecté dans une chambre individuelle de l'unité qui l'a pris en charge pendant la période d'isolement. Le patient qui occupait cette chambre individuelle est alors transféré.

En 2016, le CHS comptabilise 2 031 jours d'isolement pour 179 patients adultes. La durée moyenne des séjours en isolement était de 11 jours et **42 séjours, concernant 13 patients, ont été supérieurs à 30 jours.**

Dans l'unité de pédopsychiatrie, La Source, l'isolement n'est pas moins utilisé. Entre le 1^{er} septembre 2016 et le 10 janvier 2017, neuf patients avaient été placés à l'isolement, soit un total de 84 jours pour douze séjours. La durée de séjour la plus longue ayant été de 21 jours.

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que, parmi les onze patients placés en isolement, le plus long séjour était de 21 jours.

La pratique de l'isolement partiel est néanmoins la règle. Tous les patients isolés lors de la visite avaient au moins quelques minutes, trois à quatre fois par jour, pour se dégourdir les jambes dans le couloir et pour aller prendre leur douche dans les salles d'eau communes. Quatre patients bénéficiaient de trente minutes à une heure de sortie après le repas et la collation de 16h. Pour trois autres patients, la porte de leur chambre était laissée ouverte la majeure partie de la journée. Néanmoins des patients ont évoqué aux contrôleurs, l'ennui difficilement supportable au bout de dix jours d'isolement, compensé uniquement par la lecture de revues.

L'absence d'alternatives à l'isolement est due en partie au nombre insuffisant de chambres individuelles. Par ailleurs, les soignants ne sont pas en nombre suffisant, notamment dans les unités fermées, pour pouvoir contenir autrement les patients en situation de crise. Enfin, l'agencement des locaux, notamment des unités d'admission, ne facilite pas la surveillance des patients. Ainsi, les motifs d'isolement mentionnés de façon récurrente aux contrôleurs sont souvent d'ordre sécuritaire, pour prévenir un risque suicidaire ou prévenir un acte hétéro-agressif.

Recommandation

Le recours fréquent à l'isolement ainsi que la saturation des chambres d'isolement au CHS de Sevrey imposent une réflexion qui doit porter sur l'organisation institutionnelle, le parcours des patients et les pratiques au sein de l'établissement. Le nombre insuffisant de soignants de jour, réellement présents auprès des patients notamment dans les unités d'admission, l'agencement des locaux, le manque de chambres individuelles semblent être des facteurs favorisant le recours important à cette mesure.

Dans sa réponse, la direction rappelle que depuis 2013 il est mentionné dans le bilan social que les effectifs sont insuffisants. Cependant ils sont en adéquation avec la DAF accordée par l'ARS.

Si leur état clinique le permet, les patients fumeurs sont accompagnés dehors. Le nombre de cigarettes par jour est alors prescrit. Le cas échéant, des substituts nicotiniques sont prescrits.

Pour les patients présentant des risques hétéro-agressifs, une équipe soignante de renfort, composée majoritairement d'agents de sexe masculin, est appelée pour l'ouverture des chambres.

Le port du pyjama est la règle. Néanmoins, lorsque les patients sortent de leur chambre, ils peuvent généralement porter leurs habits. Tel était le cas pour neuf des onze patients isolés lors de la visite.

Les patients isolés prennent de façon générale leur repas dans leur chambre. Une tablette est alors introduite dans la chambre et le patient est assis sur son lit. Selon la prescription, certains patients prennent leur repas avec les autres patients.

Parmi les onze patients isolés au début de la visite, dix étaient hospitalisés en soins sans consentement, dont deux en SDRE, et l'un était mineur. Il avait été admis à la demande de sa mère. Une demande de transfert en UMD était en cours pour les deux patients isolés admis en SDRE.

En 2016, trente-cinq séjours en isolement ont été prescrits pour des patients en soins libres. Il a été indiqué qu'en ce cas, le passage en statut de soins sans consentement était mis en œuvre. Cependant, le délai de cette procédure peut être long et dépasser 48 heures en raison de la recherche d'un tiers dans le cadre d'un SDT. Par ailleurs, il est parfois difficile d'identifier un médecin extérieur à l'établissement pour établir un certificat dans le cadre d'une procédure de SPI.

Recommandation

La modification du statut d'un patient en soins libres, placé en chambre d'isolement, n'est pas effectuée dans le délai prévu par la circulaire en raison des difficultés pour contacter un tiers dans le cadre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. De même, l'établissement rencontre des difficultés pour identifier un médecin extérieur à l'hôpital pour établir un certificat dans le cadre d'une procédure de soins psychiatriques en péril imminent. Il convient d'y remédier.

5.3 LA CONTENTION EST PEU UTILISEE MAIS APPELLE UNE CERTAINE VIGILANCE

Selon le registre examiné par les contrôleurs, dans les cinq mois précédant la visite, vingt et une décisions de contention ont été établies dans le cadre d'isolement. Le temps maximum de décision de contention était de 48 heures, la majorité était inférieure à cinq heures. Parmi ces décisions, sept concernant trois patients admis en pédopsychiatrie dont cinq pour un même patient.

Les contrôleurs ont interrogé les équipes concernant plusieurs mesures de contention ayant dépassé huit heures. Ces décisions ont toutes été justifiées par l'état clinique des patients. Il leur a été indiqué que les contentions avaient été à chaque fois appliquées de façon partielle avec détachement des membres pour s'alimenter. Des levées de contentions ont été également effectuées pour accompagner le patient aux WC ou à la douche, dans la mesure où son état clinique le permettait.

Les contentions appliquées en dehors des mesures d'isolement sont aussi tracées dans le registre. Il s'agit essentiellement de contention visant à éviter des chutes ou à maintenir des patients, en position assise, dans leur fauteuil. Lors de la visite, ces prescriptions concernaient deux patients de l'unité Edelweiss, présentant des déficits psychiques et physiques. Les décisions de ces contentions ont été motivées auprès des contrôleurs et étaient appliquées seulement la nuit (une contention ventrale) et quelques heures en journée (contention ventrale pour le maintien au fauteuil).

La surveillance clinique des patients, soumis à la contention lors d'un placement en isolement, est prescrite au moins toutes les heures, voire toutes les trente minutes. La feuille type de

décision prévoit la prescription de traitements préventifs des complications par un médecin somaticien ou par l'interne de garde.

Le matériel de contention est identique dans tout l'établissement. Il est constitué de sangles en tissu bleu, munies d'écrous aimantés, permettant d'attacher les poignets, les chevilles, la ceinture abdominale et pelvienne.

5.4 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART L3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, RECEMMENT MIS EN PLACE, RESTE PERFECTIBLE

Un registre des décisions de contention et d'isolement informatisé a été mis en place au mois d'octobre 2016 au sein de l'établissement. Il est alimenté par la saisie des décisions informatiques (initiales, de renouvellement et finales) d'isolement et de contention ainsi que par les fiches de surveillance. Le recueil de ces données est transféré dans un tableur ; ainsi chaque fiche émise, de décision ou de surveillance, produit une ligne dans le tableur informatique.

A la lecture du registre, les contrôleurs ont pu observer qu'il n'était pas aisé de l'exploiter. Si toutes les données exigées par la réglementation y figurent (nom du prescripteur, date et heure du début, du renouvellement et de la fin de la décision nom des personnes ayant effectué la surveillance de la mesure), certaines omissions (notamment de fin de décision ou durée de décision) et le mode de présentation du registre ne permettent pas une extraction rapide des données concernant le nombre de séjours effectués ou en cours, ou encore la durée exacte de la mesure (tenant compte des levées partielles). Le rapport annuel, qui doit tenir compte des pratiques relatives à l'isolement et à la contention prévues par l'article L. 3222-5-1 du code de santé publique, devrait être mis en place dans les mois à venir.

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 UNE GRANDE LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESPECTEE DANS L'ETABLISSEMENT, QUI FAIT PREVALOIR L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT SUR SON STATUT JURIDIQUE

A l'évidence, la liberté d'aller et de venir, *intra* voire *extra-muros*, conférée aux patients prédomine au sein de la structure ; en témoigne le nombre important de patients croisés dans le domaine et notamment sur la rocade périphérique de circulation.

Si les pratiques de chaque pôle ou unité ne sont pas rigoureusement identiques, des constantes se dégagent tout de même, à savoir :

- le statut juridique et la nature de l'hospitalisation du patient sont moins pris en compte que son état clinique du moment pour décider du principe d'une sortie ;
- l'amplitude horaire d'ouverture des unités ouvertes est large (9h/18h, voire au delà incluant le début de soirée) ;
- les interdictions ou restrictions de sortie demeurent régies par les contrats individualisés de soins, régulièrement revus à la lumière de l'évolution de l'état clinique présent du patient ;
- les interdictions totales sont rares ;
- les sorties peuvent s'opérer à tout moment, sauf à l'heure du repas ;
- si le patient sort de l'établissement, une autorisation préalable doit lui être confirmée par les soignants ;
- une majorité de patients en soins contraints peut sortir, non accompagnée, sur le domaine (y compris les irresponsables pénaux) ;
- généralement, chaque patient bénéficie d'un créneau de sortie le matin et l'après-midi, variant de trente minutes à deux heures, accompagné ou non ;
- beaucoup de patients circulent à pied dans l'enceinte du CHS, en particulier pour aller voir les animaux (daims, canards, chevaux, etc.) et bon nombre d'entre eux se rendent à la cafétéria, lieu agréable et convivial ;
- toute sortie de patient mineur est systématiquement accompagnée par un soignant.

Bonne pratique :

La liberté d'aller et de venir des patients, large, repose sur leur état clinique et non sur le statut juridique à l'appui de la mesure initiale d'hospitalisation.

6.2 L'ORGANISATION DE LA VIE COURANTE EST GLOBALEMENT RESPECTUEUSE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS

6.2.1 La restauration

Une cuisine centrale prépare les repas et les livre matin et soir dans chaque unité.

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) et des contrôles vétérinaires ont lieu régulièrement. Des commissions de menus auxquelles participent deux soignants des unités de psychiatrie adulte et infanto-juvénile sont également organisées. Les remarques des patients

sont prises en compte. Cependant les patients ne participent pas, en personne, aux commissions des menus.

Les évaluations des patients sont globalement positives tant sur la qualité que sur la quantité.

Les menus sont programmés sur douze semaines et sont affichés hebdomadairement. Les menus spécifiques, des régimes médicaux, allergogènes, ainsi que des prescriptions culturelles sont pris en compte.

Les unités proposent également des collations à 16h et une tisane en soirée. D'autres organisent également des barbecues ou des repas thérapeutiques dont les produits sont livrés par la cuisine.

6.2.2 L'hygiène

Globalement les locaux sont propres. Dans certaines unités vétustes comme à l'unité Cormoran, un effort pourrait être effectué concernant l'entretien des vitres (nids à poussière et toiles d'araignée). De même, la terrasse de l'unité Edelweiss devrait être mieux entretenue.

Des agents de la société *Onet* interviennent dans les unités tous les jours de la semaine. Les agents des services hospitaliers (ASH), qui assurent toutes les fonctions liées à la restauration, interviennent également sur des fonctions d'hôtellerie et de ménage. Dans certaines unités, le personnel soignant doit aussi ponctuellement contribuer aux tâches ménagères.

Une laverie centrale assure l'entretien du linge plat, du linge semi-plat et des tenues professionnelles. Elle est également accessible aux patients. Des machines à laver sont également installées dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile et dans les unités Opale et RETIS.

Concernant les produits d'hygiène corporelle, il est possible de se procurer du shampoing à la cafétéria. Cependant, les patients dépourvus de ressources ne reçoivent aucun nécessaire d'hygiène à leur admission.

Recommandation

Des nécessaires complets d'hygiène doivent être remis aux patients hospitalisés dépourvus de ressources financières.

A défaut de dotation exceptionnelle de vêtements pour les personnes démunies, des actions de solidarité permettent la collecte de vêtements à la laverie ainsi que dans certaines unités telles qu'à l'unité Lavande.

6.2.3 La sécurité

L'accès au site ne fait l'objet d'aucun contrôle. Il est simplement réglementé et l'autorisation de circulation et de parking est limitée aux véhicules de service et aux véhicules du personnel d'encadrement.

Des trafics de produits stupéfiants, se déroulant dans le parc, ont été signalés aux contrôleurs. La gendarmerie est parfois sollicitée pour intervenir avec des chiens renifleurs.

Une seule caméra déporte l'image du portail par lequel entrent les véhicules de livraison et ceux à destination des locaux techniques. Les unités fermées sont clôturées afin d'éviter les intrusions.

Les organisations syndicales et des représentants des personnels du comité d'hygiène de sécurité et de conditions de travail (CHSCT) ont formulé une demande de création d'une unité dédiée à la sécurité du site ; celle-ci regrouperait des vigiles sécurité incendie et du personnel soignant.

Pour des questions de sécurité et notamment dans le cas de départ de feu, les patients ne peuvent pas fermer leur porte de chambre à clef.

6.2.4 Les transports

Un prestataire extérieur assure tous les transports en ambulance. Concernant les accompagnements à l'extérieur, les unités se partagent cinq véhicules ; certains sont vétustes. Des véhicules sont également mis à la disposition des unités, mais leur nombre est insuffisant. L'organisation de certaines activités extérieures est conditionnée par la disponibilité d'un véhicule adapté. Ainsi faute de véhicules disponibles, l'ensemble des activités proposées par Edelweiss se font généralement sur le site du CHS ou en *intra-muros* du pavillon. Lorsqu'une activité extérieure est prévue, elle doit être planifiée deux mois à l'avance. L'unité Colchique a dû annuler une activité à l'extérieur faute de véhicule disponible.

Les unités du pôle D disposent de plusieurs véhicules légers et d'une camionnette pour assurer les sorties individuelles et collectives.

Recommandation

Des véhicules en bon état et en nombre suffisant doivent être mis à la disposition des unités afin que l'ensemble des sorties et des accompagnements prévus à l'extérieur puisse être réalisé.

6.2.5 L'accès au tabac

Les patients peuvent fumer à l'extérieur dans les patios des unités dans la journée et généralement jusqu'à 23h. Aucune restriction systématique ne leur est imposée. En ce qui concerne les patients qui ne sont pas en capacité de gérer leur consommation, les soignants leur fournissent un certain nombre de cigarettes par jour. Des commandes sont parfois organisées dans les unités ; un soignant se charge d'effectuer des achats groupés pour les patients non autorisés à sortir de l'établissement.

6.2.6 Le téléphone

Une charte d'utilisation des téléphones portables, affichée dans les unités, régit leur utilisation. Celle-ci fait référence à l'article L.3211-3 du code de la santé publique qui restreint les libertés individuelles de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. La charte interdit, au risque de poursuites pénales, la prise de photo et de vidéo à l'intérieur de l'unité et dans l'établissement ; elle rappelle la règle de confidentialité.

Sauf interdiction prescrite par le médecin, l'utilisation des téléphones portables est généralement autorisée. Tel était le cas pour les unités Bengali, Colchique et Opale, où la majorité des patients étaient autorisés à téléphoner et à utiliser leur téléphone portable toute la journée. A l'unité Cormoran, seuls six patients étaient autorisés à utiliser leur téléphone portable jusqu'à 21h30. Les autres patients avaient l'obligation de le déposer dans un casier, destiné à cet effet, une fois leur appel effectué.

Les unités fermées interdisent généralement de conserver les cordons d'alimentation des portables afin de limiter les risques de passage à l'acte suicidaire. Néanmoins, certaines unités comme Bengali le tolèrent avec discernement.

Les patients peuvent également utiliser le « *points-phone* » de l'unité. Certaines unités, comme Topaze, disposent de cabines téléphoniques qui garantissent la confidentialité des conversations. En revanche, dans d'autres unités telles que Cormoran et Lavande, le téléphone est installé dans le couloir ou dans un placard.

Faisant suite à la suppression du service de *point-phone* qu'offrait l'opérateur téléphonique historique, un nouveau système a été déployé sur l'établissement. Il nécessite d'acheter une carte de crédit de communication téléphonique à la cafétéria. Mais son utilisation est complexe (saisine d'un numéro à dix chiffres puis d'un code secret figurant sur le ticket d'achat et enfin composition du numéro de téléphone du correspondant) ; les patients en font rarement usage.

Dans les deux unités du pôle de pédopsychiatrie, l'utilisation des téléphones portables est en principe interdite. Lorsqu'une interdiction est levée, le mineur peut téléphoner durant certaines plages horaires qui lui sont fixées et il n'est pas autorisé à conserver son téléphone. Les appareils tels que les lecteurs MP3 ou les ordinateurs sont autorisés selon prescription.

6.2.7 Le courrier

Les courriers au départ et à la réception ne font pas l'objet *a priori* de restriction et sont confidentiels. L'affranchissement gracieux ainsi que du papier et des crayons peuvent être consentis aux patients par certaines unités de l'établissement.

6.2.8 La télévision

Aucune chambre n'est équipée de poste de télévision. Dans les unités, un ou deux salons sont généralement équipés de poste à grand écran pour un visionnage jusque vers 23h avec de la souplesse accordée selon l'unité et l'état clinique des patients. Les contrôleurs ont pu constater qu'en journée les télévisions étaient souvent allumées en permanence.

6.2.9 L'informatique et l'accès à internet

L'établissement n'interdit pas l'utilisation d'un ordinateur. Cependant peu de patients en possèdent. Dans certaines unités, les soignants autorisent exceptionnellement aux patients l'accès à l'ordinateur du service.

Pour les patients de l'unité La Source, il existe une salle informatique sans accès à Internet.

L'établissement est équipé du réseau local sans fil à haut débit (Wifi) mais son accès n'est pas accordé aux patients. Seuls ceux possédant un téléphone multifonctions peuvent avoir accès à internet.

Recommandation

A l'instar d'autres établissements visités par le CGLPL, la possibilité de téléphoner devrait être offerte gracieusement par l'établissement aux patients ne disposant pas de téléphone portable. De même, des cabines téléphoniques devraient être installées dans chaque unité afin de respecter la confidentialité des conversations. Enfin, l'accès au réseau local sans fil à haut débit (Wifi) devrait être accessible aux patients en vue de favoriser leur autonomie et de leur permettre de maintenir des liens avec l'extérieur.

6.2.10 Les visites

Dans les unités visitées par les contrôleurs, les visites sont en principe autorisées et seul l'état clinique peut justifier une restriction, qui est consignée dans le contrat de soins. Les visites sont autorisées entre 14h et 19h. Les lieux de visite varient d'une unité à une autre. Certaines unités ouvertes n'en possèdent pas, notamment celles disposant de chambres individuelles permettant au patient de recevoir ses proches.

A l'unité Cormoran, il existe une salle destinée à l'ergothérapie qui est utilisée comme lieu de visite. Cependant lorsqu'elle est occupée, les patients et leurs visiteurs doivent aller à l'extérieur ou se rendre à la cafétéria, faute de place. Dans d'autres unités, des espaces de visites sont également installés – petits salons ou des boxes – qui ne garantissent aucunement la confidentialité des échanges.

Au pôle D, deux salles de visites, confortablement équipées, sont implantées à l'extérieur des unités d'hospitalisation. Les horaires des visites sont souples. Toutefois, les visites sont proscrites à La Source lors de la première semaine d'hospitalisation.

6.3 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST EFFECTIVE ET DYNAMIQUE

6.3.1 La prise en charge somatique dans les services

Le pôle E, dédié aux soins somatiques dans l'établissement et ayant par ailleurs en charge l'EHPAD, a développé une prise en charge somatique homogène et dynamique des patients hospitalisés au sein du CHS. Le service de soins somatiques de ce pôle est notamment composé de quatre médecins généralistes (assurant 2,9 ETP pour le service de soins somatiques), d'une infirmière référente pour la prise en charge de la douleur, d'une infirmière référente hygiène, de kinésithérapeutes.

L'équipement du service est bien développé pour les consultations médicales comme pour la rééducation réalisée par les kinésithérapeutes.

Le cabinet dentaire du CHS n'était plus utilisé lors de la visite, faute de recrutement d'un dentiste dont le poste (0,2 ETP) était vacant depuis deux ans. Par ailleurs, le matériel est vétuste. L'ouverture d'un cabinet dentaire, en partenariat avec d'autres structures médicales de l'agglomération, était en projet lors de la visite.

La prise en charge somatique des patients, à leur arrivée et au cours de leur hospitalisation est bien assurée. Elle est effectuée par les internes, les médecins généralistes et les infirmières. L'examen somatique des nouveaux patients admis est effectué par les internes des services, les internes de gardes ou les médecins généralistes. Le suivi somatique des patients hospitalisés est réalisé quasi exclusivement par les médecins généralistes.

Les prélèvements biologiques sont adressés au CH William Morey. En semaine, trois navettes par jour sont organisées pour l'acheminement des prélèvements. Lorsqu'une analyse est prescrite en urgence, en dehors de ces navettes, un soignant du CHS doit se déplacer jusqu'au CH William Morey pour apporter les prélèvements (cf. § 2.3).

6.3.2 La prise en charge des addictions au sein du CHS

Le pôle A a développé la prise en charge des addictions au sein d'une unité de consultation en addictologie, assurée par l'un des médecins du service de soins somatiques et une infirmière, qui proposent, aux patient hospitalisés au CHS, des consultations pour toutes les formes d'addictions.

6.3.3 La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)

La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) est développée au sein du Comité SIDA. Celui-ci organise diverses actions de prévention dont, chaque année, une journée d'information à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA. Par ailleurs, il promeut la délivrance de préservatifs au sein du CHS. Un distributeur de préservatifs à 1 euro est positionné à côté de la cafétéria. Ils sont distribués gratuitement à la cafétéria et dans le service de soins somatiques. Néanmoins, la délivrance des préservatifs n'est pas généralisée au sein de toutes les unités. Par ailleurs, le dépistage des IST est systématiquement proposé à chaque nouveau patient admis.

Le planning familial intervient par ailleurs dans l'établissement, auprès des patients hospitalisés.

6.3.4 Les consultations spécialisées à l'extérieur du CHS

La majorité des consultations spécialisées et examens complémentaires sont effectués au sein du CH William Morey de Chalon-sur-Saône et parfois en cabinet de ville pour certaines spécialités comme les consultations d'ophtalmologie, les consultations dentaires programmées et les dopplers veineux à réaliser en urgence etc.

6.4 LA PHARMACIE CLINIQUE EST EN COURS DE DEVELOPPEMENT

6.4.1 Le circuit du médicament et l'activité de pharmacie clinique

Le service pharmacie de l'hôpital comprend deux pharmaciens et deux préparateurs en pharmacie, chacun à temps plein. L'équipe comprend également un agent administratif à temps plein.

La prescription médicamenteuse est informatisée et 80 % des ordonnances sont relues par les pharmaciennes. Pour analyser les prescriptions, les pharmaciennes ont accès aux résultats biologiques des patients, aux observations médicales somatiques et au recueil des antécédents à l'arrivée mais pas aux observations psychiatriques ni au diagnostic. Seule l'unité de pédopsychiatrie, La Source, a développé une activité de pharmacie clinique avec la présence d'une pharmacienne aux réunions cliniques.

Bonne pratique

Le développement de la pharmacie clinique au sein de l'unité La Source est une initiative encore rarement rencontrée dans les établissements visités. Il serait intéressant que cette pratique soit étendue aux autres unités de l'établissement.

Les unités d'hospitalisation bénéficient d'une dotation globale de médicaments. Les traitements sont préparés par les infirmières des services. En dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie, de 8h à 16h30 du lundi au vendredi, une armoire d'urgence sécurisée, située à l'extérieure de la pharmacie, contient certains traitements de dépannage. Cependant, il a été indiqué qu'il était fréquent, que les infirmiers des services aient à se déplacer en pharmacie de ville le soir ou les week-ends, notamment pour l'achat des traitements somatiques des patients arrivants.

Dans la majorité des unités, la distribution des traitements est effectuée de façon individualisée dans une salle de pharmacie dédiée, avant l'horaire des repas. A l'unité RETIS (service de réhabilitation, pôle B), les patients préparent leur pilulier avec les infirmières. Néanmoins, dans

certaines unités, les traitements sont distribués dans le réfectoire au moment du repas car « *les habitudes sont dures à changer* ».

Un comité de retour d'expérience (« CREX médicamenteux »), composé des pharmaciennes, d'un médecin généraliste ainsi que du personnel d'encadrement et de soins se réunit tous les deux mois pour travailler sur la qualité du circuit du médicament.

Un projet de conciliation des traitements médicamenteux⁶ devait débiter dans une unité le mois suivant la visite.

6.4.2 L'éducation thérapeutique

La pharmacie est active dans le développement de l'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital. Trois programmes d'éducation thérapeutiques sont développés dans l'établissement dont l'un inclut notamment les familles des patients.

Les pharmaciennes forment le personnel de l'hôpital à l'éducation thérapeutique. Quinze personnes étaient en cours de formation lors de la visite.

6.5 LA SEXUALITE : UNE REALITE PRISE EN COMPTE AU CAS PAR CAS SANS REFLEXION D'ENSEMBLE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Si la direction du CHS affiche un principe d'interdiction, il n'en est pas de même sur le terrain concernant les patients adultes, les équipes étant nécessairement amenées à appréhender une question qui ne s'arrête pas aux portes d'un établissement de soins, fut-il spécialisé dans la prise en charge des troubles de santé mentale.

Il ressort de l'ensemble des éléments recueillis par les contrôleurs que la sexualité ne semble pas faire l'objet d'une véritable réflexion d'ensemble au sein de l'établissement.

Il n'est certes pas contestable que les patients hospitalisés au sein des pôles A et B ne présentent pas les mêmes tableaux cliniques et sont hospitalisés pour des durées très variables. Il est cependant difficile de percevoir dans quelle mesure ces spécificités orientent la réflexion des équipes soignantes et, le cas échéant, les réponses fournies aux patients. La question du maintien de relations sexuelles consenties dans le cadre du maintien des liens familiaux ne semble pas être abordée. S'il est affirmé que la question de la sexualité fait l'objet d'une constante réflexion dans la majorité des unités, il n'en demeure pas moins très difficile d'obtenir des réponses concrètes sur la manière dont cette question est abordée tant au sein des équipes qu'avec les patients.

Au-delà de ces interrogations laissées en suspens, les responsables des pôles A et B soulignent que la question de la contraception est abordée lors des examens somatiques. Ils soulignent en outre être animés par le même souci de protéger les personnes les plus vulnérables dont le consentement à l'acte sexuel est problématique. La prévention passe par une surveillance accrue de la part des infirmiers ainsi que par d'éventuels changements d'unité lorsqu'ils sont possibles. Les réclamations des patients dans ce domaine font systématiquement l'objet d'un entretien approfondi avec le médecin psychiatre. Les patients qui le souhaitent peuvent porter plainte et sont accompagnés par les équipes soignantes. Il semblerait cependant que ce soit rare.

Le chef du pôle de pédopsychiatrie revendique quant à lui le principe d'interdiction des relations sexuelles, arguant que les jeunes sont là pour un temps très court et que l'hôpital n'est pas un

⁶ Analyse par un pharmacien des traitements prescrits pour un patient pendant l'hospitalisation au regard des traitements prescrits avant l'hospitalisation afin d'assurer, notamment, la continuité des soins.

lieu de vie mais de soins. Lorsque cette interdiction n'est pas respectée, le cadre est rappelé au jeune patient en cause sans que son exclusion soit pour autant envisagée.

6.6 DES INCIDENTS NOMBREUX, PROTEIFORMES ET PARFOIS GRAVES

Les incidents se décomposent en deux catégories, selon leur nature et leur gravité : les événements indésirables d'une part, les actes de violence d'autre part.

Tous demeurent enregistrés par une « cellule qualité » animée par deux personnes.

Chaque événement est remonté à cette cellule *via* le logiciel « Blue Medi ».

Si tout acte de violence est considéré comme grave, par son caractère même, les événements indésirables obéissent à une répartition entre événement standard (ou bénin) et événements importants.

L'on trouvera par exemple parmi ces derniers les tentatives de suicide, les décès, les fugues, les départs de feu, les transports vers les urgences, les actes commis par des populations spécifiques (mineurs, personnes détenues, etc.).

La cellule qualité adresse mensuellement aux chefs de pôle un récapitulatif des déclarations d'événements indésirables de son pôle.

Un comité de retour d'expérience (CREX) est en outre mis en place trimestriellement, qui revient sur les événements majeurs écoulés et examine ses causes, ses suites, les solutions envisagées.

La responsable de la cellule peut y être conviée.

En tout état de cause, les événements les plus graves font l'objet d'un retour d'expérience au sein de l'unité considérée⁷. Il existe également au sein du CHS une unité psychologique d'accompagnement des pratiques professionnelles pour le personnel (UPAPP), animée par une psychologue clinicienne, venant en aide individuellement ou en groupes restreints aux agents en difficulté personnelle ou professionnelle, en particulier consécutivement à des situations traumatisantes (agression, suicide, ...).

Selon les éléments collectés, il peut arriver que des événements ne soient pas remontés à la cellule qualité, pour des motifs non élucidés par les contrôleurs.

En ce qui concerne les événements les plus graves, le traitement immédiat apporté échappe à cette cellule. Il en est d'ailleurs de même pour les plaintes et réclamations de patients, selon les dires recueillis par les contrôleurs.

Ainsi, si un patient est agressé par un autre patient, il est fait appel à un médecin ou un interne, afin d'évaluer l'état clinique du patient et l'éventuelle nécessité d'un transfert vers le CH de Chalon pour un examen somatique approfondi. Le responsable légal de la personne est avisé par le CHS s'il s'agit d'un incapable majeur. Parallèlement, en cas d'événement grave la brigade de gendarmerie de Givry, proche, est appelée avec l'accord ou non du patient. L'agresseur présumé sera quant à lui transféré dans une autre unité de soins. Lorsque les faits sont graves et constitutifs d'un délit pénal, la gendarmerie se déplace sur le site.

Pour l'année 2016, un total de cinquante-deux événements indésirables importants a été recensé, parmi lesquels quatre fugues de patients en SDRE, seize de patients en SDDE, une tentative de suicide d'un patient en chambre d'isolement à l'aide d'un couteau, quatre départs

⁷ Cf. Protocole SPR017

de feu et le décès inattendu d'une jeune patiente de 23 ans. En 2015, quatre décès ont été à déplorer.

Par ailleurs, les actes de violence se révèlent nombreux et d'une gravité certaine ; en 2016, 144 faits de cette nature, soit 89 sur des membres du personnel et 55 sur des patients, ont été relevés.

Une lecture attentive des circonstances et de la description de ces actes permet de mieux cerner la gravité de certaines pathologies, la violence des situations rencontrées et de mieux appréhender la taille de la structure.

Parmi les actes de violence commis en 2016, il convient d'évoquer la suspicion d'agression sexuelle d'un patient sur une patiente dans sa chambre, en décembre. Une plainte a été déposée à la gendarmerie.

Sur l'ensemble des actes de violence commis en 2016, l'appel à l'équipe d'infirmiers de renfort a été opéré à quatre-vingt-quatre reprises.

Recommandation :

La cellule qualité, en charge de la collecte des événements indésirables et des actes de violence, devrait être avisée du traitement ultérieur apporté par la direction aux situations rencontrées.

6.7 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES MERITERAIT UNE PROFONDE REFLEXION VERS DES CONDITIONS DE SEJOUR PLUS RESPECTUEUSES DE LEUR DIGNITE

Les personnes détenues admises au CHS de Sevrey proviennent du centre pénitentiaire (CP) de Varennes-le-Grand. En 2016, vingt-six personnes (contre vingt-neuf en 2015) ont ainsi été admises, soit vingt-trois en provenance direct du CP et trois en provenance du service d'accueil des urgences du centre hospitalier W. Morey de Chalon-sur-Saône. Tous ces patients détenus (dont un mineur en décembre 2016) relevaient d'une mesure de SDRE (art. L. 3214-3 du code de la santé publique). La DMS a été 14,5 jours en 2016.

Selon les éléments collectés par les contrôleurs, il est arrivé que trois personnes détenues se trouvent simultanément admises au CHS.

Au jour de la visite, aucun patient détenu n'était hospitalisé au CHS.

6.7.1 Le transport

Les possibilités d'admission, pour le CP de Varennes-le-Grand, sont de trois ordres : le CHS de Sevrey, le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Dijon et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon (Rhône). Compte tenu de la proximité géographique, le CHS est privilégié, ce d'autant que les délais d'attente à l'UHSA sont longs (au moins dix jours).

Dès lors que l'arrêté préfectoral est pris, deux infirmiers du CHS se rendent à l'établissement pénitentiaire pour aller chercher la personne. Une convention a été passée avec une société ambulancière locale, dotée d'un véhicule sécurisé, pour accomplir ce type de transfert. Ces infirmiers sont indifféremment de sexe masculin ou féminin et se dotent d'une mallette contenant du matériel de contention afin de maîtriser l'agitation (possible) du patient. Selon les

informations recueillies, la contention n'est pas systématique et s'opère uniquement sur prescription médicale de l'unité sanitaire du CP.

Si la personne détenue est agitée ou identifiée comme étant dangereuse, le bureau de gestion de la détention (BGD) du CP transmet à la direction du CHS une notice confidentielle de renseignements et procède parallèlement à la saisine de la brigade de gendarmerie de Varennes-le-Grand pour obtenir un prêt de main forte, c'est-à-dire une escorte renforcée. En cas de refus, il est fait appel au préfet de Saône-et-Loire pour trancher.

6.7.2 La prise en charge au sein de l'unité

Toute personne détenue arrivant au CHS de Sevrey est conduite directement dans l'une des sept chambres d'isolement sécurisées de l'établissement (situées dans les unités Opale, Colibri, Lavande, Gentiane, Colchique, Cormoran et Bengali).

L'accueil et la prise en charge immédiate sont alors assurés par le cadre de l'unité.

Les conditions dans lesquelles se déroule le séjour de ces patients restent strictes : soumis au port constant du pyjama, le patient ne bénéficie d'aucune promenade extérieure, seuls quelques pas dans le couloir étant autorisés deux ou trois fois par jour, et ne profite d'aucun loisir particulier en chambre (pas de téléviseur ni de poste de radio) en dehors du prêt de quelques magazines. Il reste ainsi toute la journée, seul dans sa chambre silencieuse à l'aspect carcéral. Pour se rendre à la douche, dans le couloir, l'équipe de renfort du CHS, constituée d'infirmiers, est appelée.

L'usage du tabac est toléré mais réglementé : de trois à cinq cigarettes par jour sont généralement accordées, selon les unités.

Toute correspondance (au départ ou à l'arrivée) transite par le CP, aux fins de lecture préalable. Pour ce qui est des visites familiales, avisées du placement par le CP, aucun espace n'est prévu. Les appels téléphoniques sont autorisés seulement à l'avocat : le patient détenu communique alors avec un téléphone sans fil depuis sa chambre, dont la porte demeure entrouverte avec l'équipe de renfort à proximité, ce qui rompt la confidentialité des échanges. Les conditions de séjour apparaissent, au final, particulièrement rudes.

Recommandation :

Les conditions de séjour des personnes détenues relèvent d'un protocole à réactualiser, à bref délai, entre les directions du CHS et le CP de Varennes Le Grand. Une réflexion doit être engagée rapidement afin d'améliorer un existant indigne d'un traitement respectueux de la personne.

Aucun déplacement en salle d'audience vers le JLD n'est non plus prévu, au douzième jour d'hospitalisation, arguant de risques encourus. Les audiences se déroulent dans l'un des bureaux de l'unité. De mémoire des intervenants interrogés, aucune évasion n'a été recensée depuis plusieurs années.

Enfin, une fois par semaine, un contact est pris entre les équipes infirmières du CHS et du CP.

L'ensemble du dispositif d'accueil des personnes détenues du CP de Varennes-le-Grand relève d'un protocole de prise en charge de cette population, dont les contrôleurs ont obtenu copie et dont la dernière version remonte au 29 septembre 2014, qui se révèle inadapté voire obsolète à bien des égards, l'absence de visites familiales en constituant l'illustration.

Selon les informations recueillies, il est prévu que ce protocole soit réactualisé.

Recommandation :

Les patients détenus doivent se rendre, au 12^{ème} jour de leur placement contraint, en salle d'audience devant le JL. Il n'est pas acceptable de les empêcher d'y assister au seul prétexte des risques encourus à l'occasion de ce déplacement.

Dans sa réponse, la direction précise que ce compromis trouvé avec le JLD a permis jusqu'à maintenant de garantir un équilibre entre les difficultés d'organisation des déplacements et les exigences de l'audience. Ce fonctionnement n'a jamais été remis en cause par les deux JLD successifs.

A l'issue de son hospitalisation, le retour vers le CP est effectué par une escorte pénitentiaire, qui vient chercher le patient au CHS. Lorsque la prise en charge doit se prolonger, le patient est transféré à l'UHSA. Récemment, un patient a dû attendre plus d'un mois avant de pouvoir intégrer la structure.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 LE POLE A : DES INSTALLATIONS OBSOLETES ET DES EQUIPES BIENVEILLANTES

Destiné essentiellement à l'admission pour des courts séjours, le pôle A est organisé autour de quatre « filières » de pathologie :

- la prise en charge des patients psychotiques, maniaco-dépressifs qui sont en phase aiguë de leur pathologie et admis en soins sans consentement : 90 % des patients en soins sans consentement sont suivis par le pôle A, dans les unités fermées Bengali, Colchique et Lavande ; ils représentent 39 % de la file active du pôle ;
- l'anxio-dépression : les patients concernés sont pris en charge dans les unités ouvertes Topaze et Emeraude. Ces unités étant destinées à n'accueillir que des patients en soins libres, elles ne font l'objet d'aucun développement dans le présent rapport ;
- l'addictologie : six lits d'Emeraude sont réservés à cette pathologie ;
- la géro-psycho-geriatrie : l'unité fermée Edelweiss y est consacrée.

Toutes les unités du pôle A présentent des caractéristiques communes, notamment :

- très peu de bureaux ;
- des chambres individuelles ou communes situées presque toutes en étage – sauf à Edelweiss – et comportant deux, voire parfois quatre lits ;
- un bouton d'appel dans chaque chambre qui commande un signal lumineux au-dessus de la porte et un signal lumineux et sonore au bureau des infirmiers, et dont la commande d'extinction est située dans le couloir à proximité de la chambre ;
- une ou deux douches et deux ou trois wc par étage, et peu de chambres équipées de wc et de douche ;
- des placards individuels ne fermant pas tous à clé et dont la clé éventuelle est conservée par l'équipe soignante ; des casiers individuels fermant à clé situés au rez-de-chaussée à proximité du bureau des infirmiers, lesquels remettent les clés aux patients chaque fois qu'ils le demandent ;
- des espaces « visiteurs » restreints et peu propices à la confidentialité ;
- des équipes de jour composées de trois soignants par demi-journée (à l'exception d'Edelweiss), plus, lorsque c'est possible, un soignant toute la journée, qui se charge notamment d'accompagner les patients pour les audiences du JLD et pour les sorties dans le parc et à l'extérieur de l'établissement ;
- un personnel soignant occupé par beaucoup de tâches administratives ; celles-ci représentent jusqu'à 50 % du temps de travail et obèrent gravement le cœur de métier des soignants. « *Un déplacement à la pharmacie, ce n'est pas du soin* » ;
- des équipes de nuit composées de deux personnes ; en cas d'appel à renfort dans une unité, il ne reste plus qu'un soignant présent.

Recommandation

En vue de faciliter leur autonomie, les patients hébergés dans les unités d'hospitalisation des pôles A et B devraient disposer de la clef de leur placard et de leur casier.

Les patients n'ont jamais la possibilité de s'isoler, de jour comme de nuit, à l'exception de ceux, rares, qui disposent d'une chambre individuelle. Certains s'en sont plaints auprès des contrôleurs.

7.1.1 L'unité "Bengali"

a) Les locaux

L'unité Bengali compte vingt-trois lits, répartis entre huit chambres doubles et sept chambres individuelles, plus deux chambres d'isolement.

L'étage n'est accessible que par un escalier. On y trouve huit chambres à deux lits, trois chambres individuelles, une salle de bains avec deux lavabos et deux douches séparées, un wc, un sanitaire avec deux wc séparés et un lavabo, une petite laverie sans lave-linge, une salle d'activités et le bureau du cadre de santé.

Dans les chambres, chaque patient dispose d'un lit et d'une table de chevet plus une table et une chaise par chambre. Les chambres doubles occupent une surface de quelque 12 m², sans aucune séparation entre les lits ; parfois, les lits sont placés à moins de 50 cm l'un de l'autre et, faute de place, les tables de chevet sont placées au pied des lits. L'interrupteur commandant l'éclairage des chambres est situé dans le couloir près de la porte ; les chambres doubles ne disposent pas d'éclairage individuel.

Faute de prise électrique dans les chambres, les patients ne peuvent pas brancher d'appareils individuels – musique ou chargeur de téléphone. Aucune chambre ne présente de décorations personnelles – photo, poster,

Aucune chambre n'est équipée de wc ; seules, les trois chambres individuelles ont un lavabo.

Au rez-de-chaussée, quatre chambres individuelles sont attribuées en priorité aux patients à mobilité réduite. Elles sont identiques à celles de l'étage mais comportent en plus un wc.

Outre deux douches identiques à celles de l'étage et deux chambres d'isolement, c'est au rez-de-chaussée que se trouvent les lieux de vie de la journée : une salle de soins, le bureau des infirmiers avec vue sur l'entrée et sur la terrasse fermée, deux bureaux de consultation, une salle de télévision ouverte sur le couloir, donnant accès à la terrasse fermée et servant également pour les visites, un « wc visiteurs », un réfectoire avec six tables de quatre places et une salle commune de quelque 45 m² avec téléviseur, chaises, fauteuils, tables, baby-foot et une grande baie vitrée donnant accès au jardin.

Une terrasse fermée de quelque 50 m² est meublée de chaises et tables de jardin et d'une table de ping-pong ; une partie est protégée de la pluie par un toit ; l'ensemble est fermé par des pièces de bois laissant passer la lumière, rendant cet espace accueillant. Elle est accessible toute la journée ; le soir, elle est ouverte à la demande d'un patient jusque vers 23h. Bien que sécurisée et entièrement fermée, elle n'est pas accessible aux patients détenus, qui doivent se contenter de quelques sorties accompagnées dans le couloir de l'unité et ne peuvent fumer que dans la chambre d'isolement.

b) Le personnel

L'équipe médicale est composée de deux praticiens hospitaliers totalisant 1,5 ETP, un médecin généraliste à 0,15 ETP et un interne.

L'équipe soignante comprend un cadre de santé à 0,9 ETP, quatorze IDE à 12,71 ETP, deux aides-soignants et une assistante sociale à 0,4 ETP.

c) Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, vingt-cinq patients étaient pris en charge, soit deux de plus que le nombre de lits « normaux » ; autrement dit, les deux chambres d'isolement étaient nécessairement occupées en permanence. Onze, soit moins de la moitié, étaient en soins sans consentement : deux en SPDRÉ du maire, deux en SPDT, quatre en SPDTU et trois en SPPI.

d) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

Aucune règle particulière n'est appliquée de façon systématique au patient arrivant. Chaque cas donne lieu éventuellement à des restrictions de liberté – téléphone ou visite interdits ou limités, sorties dans l'enceinte du CHS interdites, limitées, accompagnées ou non –, qui sont revues lors des consultations et de la réunion clinique, qui se tient tous les lundis matin.

e) Les règles de vie

Au moment de la visite des contrôleurs, les restrictions portant sur les sorties étaient les suivantes :

- dix patients, dont quatre en soins libres, avaient des durées de sortie limitée dans l'enceinte de l'établissement ;
- six patients, dont trois en soins libres, devaient être accompagnés pour sortir dans l'enceinte de l'établissement ;
- trois patients n'étaient pas autorisés à sortir du CHS ;

Aucun patient n'était soumis au port du pyjama ni à une contrainte particulière en termes d'utilisation du téléphone.

Sur l'ensemble des vingt-cinq patients, seuls, neuf n'avaient jamais changé de chambre depuis leur admission ; huit avaient changé d'unité d'hospitalisation.

L'accès aux chambres est libre toute la journée.

La terrasse est fermée à partir de 23h30.

f) Les activités spécifiques à l'unité

Dans la salle commune, une étagère contient une douzaine de livres dont une bande dessinée et des numéros du quotidien local « Le journal de Saône-et-Loire » auquel l'unité est abonnée.

Un « planning des activités de médiation à visée thérapeutique » est affiché dans le couloir :

- le lundi après-midi : atelier de « photo-langage » animé par la psychologue et une infirmière de l'unité, ouvert à tous les patients ;
- le mardi matin : équithérapie avec une infirmière de l'unité, sur prescription médicale ;
- le jeudi matin : atelier « créativité dans la salle d'activité de l'unité avec deux infirmières, sur prescription médicale ; il s'agit de travaux de peinture, découpage, dessin, confection de cadres ;
- le vendredi : sortie thérapeutique à l'extérieur du CHS, toute la journée, avec deux infirmières de l'unité, ouverte à tous les patients avec avis du médecin.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en complément des activités mentionnées sur le planning, une séance à la piscine était proposée un mardi matin sur deux.

7.1.2 L'unité "Colchique"

a) Les locaux

L'unité comporte sept chambres individuelles et sept chambres doubles : à l'étage, quatre chambres individuelles et sept chambres doubles, et, au rez-de-chaussée, trois chambres individuelles plus une chambre d'apaisement – chambre « normale » mais dont la porte comporte un fenestron –, plus deux chambres d'isolement.

Toutes les chambres sont dotées d'un lavabo et toutes les chambres doubles, sauf une, sont équipées d'un wc. L'interrupteur commandant l'éclairage est situé à l'extérieur de la chambre, dans le couloir près de la porte. Un éclairage individuel est placé au-dessus de chaque lit.

A l'étage, deux douches et deux wc sont à la disposition des patients. Un « bureau polyvalent » est équipé en salle de massage utilisée par un IDE tous les jeudis. Un placard comporte une réserve de vêtements de récupération, qui sont régulièrement remis à des personnes qui arrivent des urgences d'un hôpital, démunies de tout.

Au rez-de-chaussée, outre le bureau des infirmiers et un unique bureau de consultation, se trouvent les locaux de vie des patients : une salle à manger, deux salles de télévision dont l'une – avec un baby-foot détérioré – donnant accès à la terrasse, identique à celle de l'unité Bengali ; elle aussi est interdite aux patients détenus.

Un espace avec quinze fauteuils, ouvert sur le couloir, sert de salle de visite. Il n'offre aucune confidentialité.

La seule issue accessible aux personnes à mobilité réduite est celle utilisée pour vider les poubelles.

Le rez-de-chaussée n'offre qu'un wc et une douche, utilisés notamment par les occupants des quatre chambres individuelles.

b) Le personnel

L'équipe médicale est composée de deux praticiens hospitaliers totalisant un temps plein et d'un interne.

L'équipe soignante comprend un cadre de santé, treize infirmiers totalisant 12,71 ETP, deux aides-soignants, un psychologue totalisant 0,4 ETP et une assistante sociale à 0,4 ETP.

Des réunions d'équipe avec le cadre de l'unité et des soignants et des réunions de fonctionnement avec l'ensemble des partenaires (y compris les intervenants extérieurs), ont lieu deux fois par an ; l'équipe de nuit participe à ces deux types de réunion.

c) Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, vingt-quatre patients étaient pris en charge, soit trois de plus que le nombre de lits « normaux » ; autrement dit, la chambre d'apaisement et les deux chambres d'isolement étaient en permanence occupées.

Dix-neuf patients étaient en soins sans consentement : un en SPDRE, sept en SPDT, sept en SPDTU, trois en SPPI et un mineur de 17 ans en OPP, placé dans cette unité car nécessitant d'être dans une chambre d'isolement en raison d'un comportement particulièrement violent.

d) Les règles de vie

Au moment de la visite des contrôleurs, les restrictions portant sur les sorties pour les patients en soins sans consentement étaient les suivantes :

- trois patients, dont deux en SPDTU placés en chambre d'isolement, n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité ;
- deux patients n'étaient pas autorisés à sortir du CHS ;
- six patients pouvaient sortir seuls ;
- huit patients (SDT et SPPI) n'avaient pas de restriction de sortie.

Sur l'ensemble des vingt-quatre patients, seuls, neuf n'avaient jamais changé de chambre depuis leur admission ; quatre avaient changé d'unité d'hospitalisation.

L'accès aux chambres est libre toute la journée. Elles restent ouvertes la nuit.

Les patients sont libres de conserver de l'argent avec eux ; il est vivement conseillé aux patients de ne pas conserver plus de 50 euros avec eux et de les déposer à la régie.

Les patients n'ont pas la possibilité de s'enfermer dans leurs chambres même quand ils sont en chambre individuelle.

7.1.3 L'unité Lavande

a) Les locaux

L'unité comporte neuf chambres individuelles et sept chambres doubles : à l'étage, cinq chambres individuelles et six chambres doubles, et, au rez-de-chaussée, quatre chambres individuelles et une chambre double, plus deux chambres d'isolement dont une « sécurisée » destinée à recevoir notamment les patients détenus.

Les chambres du rez-de-chaussée et les trois chambres du premier étage disposent d'un local sanitaire composé d'un lavabo et d'un wc. Il n'y a qu'un seul wc collectif par niveau ce qui s'avère notoirement insuffisant au premier étage pour dix patients qui n'en possèdent pas dans leur chambre.

Le pavillon dispose d'une salle de bains – dont la baignoire n'est quasiment jamais utilisée – et de trois salles de douches dont deux à l'étage et une au rez-de-chaussée. La vétusté de la baignoire et l'installation, dans la même pièce, la présence de sacs de linge sale justifient amplement les projets souhaités par l'équipe soignante de reconfiguration des espaces du rez-de-chaussée.



Salle de bains

Force a été de constater la promiscuité de certaines chambres doubles dont les lits sont séparés par une sorte de paravent mobile.



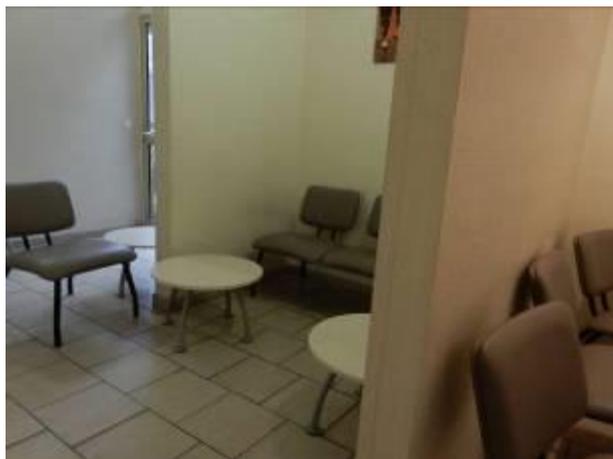
Paravent séparant les deux lits

Une salle de séjour est mitoyenne du bureau des infirmiers ; s'y trouvent un poste de télévision et un aquarium. Une autre pièce, depuis laquelle les patients accèdent à la terrasse, dispose d'un second poste de télévision.



Salon TV offrant un accès à la terrasse

Les visites des familles se déroulent dans un espace ouvert. La confidentialité des échanges n'est donc pas garantie.



Espace visiteurs

b) Le personnel

Deux médecins psychiatres et un médecin généraliste sont quotidiennement présents.

Trois soignants sont en service en journée, mais les mobilisations d'infirmiers pour les renforts en urgence sont chronophages (cf. § 2.3) Sauf impossibilité, les consultations médicales se déroulent en présence d'un infirmier. Il n'a pas été mis en place d'infirmier référent.

Une réunion clinique a lieu le jeudi après-midi. La situation, l'évolution et les orientations envisagées sont traitées dans cette réunion qui dure couramment entre trois et quatre heures. Tout le personnel soignant y est convié à l'exception d'un infirmier et d'un aide-soignant, qui restent dans le service avec les patients.

Les réunions de synthèse ne sont pas programmées à date fixe mais seulement si nécessaire et notamment dans la perspective de sorties ou orientations imminentes ; les mandataires judiciaires et les familles y sont conviés si nécessaire.

c) Les patients

Parmi les vingt et un patients de l'unité, douze étaient en soins sans consentement dont deux en SPDT, deux en SPDTU, six en SPPI et deux en SPDRE.

d) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

Une consultation avec le médecin psychiatre, en présence d'un infirmier, est réalisée le jour même de l'arrivée. Les placements en chambre d'isolement sont décidés en équipe Les mises sous contention sont très rares : en six ans il n'y en aurait pas eu plus de quatre.

e) Les règles de vie

Selon les règles de base, les contrats de soins sont susceptibles d'être aménagés en réponse à « toute transgression aux règles de base relative à l'introduction, l'usage et le trafic de boissons alcoolisées, médicaments, produits ». Il est également indiqué en ces termes : « le patient peut être amené à changer de chambre au cours de l'hospitalisation voire de changer de pavillon pour une courte durée en cas de manque de lits ». A cet égard parmi les patients présents, trente-deux changements de chambres avaient été réalisés (de zéro à huit changements selon le patient).

Les patients sont autorisés à sortir, avec l'accord du médecin, de 9h à 12h et de 14h à 18h30. Le jour de la visite, quatre patients étaient interdits de sorties dans le parc et huit hors de l'unité. Ces interdictions faisaient l'objet d'une prescription médicale.

Aucun patient n'avait d'interdiction de visite mais neuf patients, dépourvus de ressources financières, n'en recevaient aucune.

f) Les activités spécifiques à l'unité

Lors de la visite, les postes de télévision étaient allumés en permanence dans les salles de séjour. Des activités sont animées (cuisine, esthétique et photo-langage) par les soignants et la psychologue de l'unité.

7.1.4 L'unité "Edelweiss"

a) Présentation de l'unité et projet thérapeutique

La mission spécifique de cette unité fermée de psycho-gériatrie est de prendre en charge des patients âgés de plus de 60 ans présentant des troubles psychiatriques aigus ou subaigus.

Le projet du service prévoit des périodes d'hospitalisation inférieures à trois mois qui, en général, sont largement dépassées. L'objectif est pourtant d'orienter le patient à l'issue d'une phase aiguë de la maladie vers son domicile ou son établissement d'origine (foyer logement) ou vers une unité du pôle B. Le jour de la visite, la moitié des patients étaient en attente de place dans un EHPAD.

b) Les locaux

Le pavillon est de plain-pied, ce qui facilite les déplacements des patients.

L'unité compte dix-huit chambres dont onze individuelles et sept doubles. Il est à noter qu'il a été procédé à cinquante-six changements de chambre pour les patients présents lors du contrôle (de zéro à dix changements selon le patient), en raison de la gestion des chambres doubles.

Chaque chambre dispose d'un espace sanitaire composé d'un lavabo, d'une douche et d'un wc. Quatre sanitaires communs sont également disponibles.

La terrasse extérieure n'est pas aménagée et présente un caractère austère. Par ailleurs elle offre une vue directe sur les chambres des patients.

Les repas se prennent dans le réfectoire situé à côté de l'office alimentaire.

L'unité compte également des salles d'activité et un salon de visites.

c) Le personnel

Cinq soignants sont présents le matin et quatre l'après-midi. L'équipe soignante s'est considérablement renouvelée durant les derniers mois. Selon les propos recueillis, les soignants bien que très impliqués dans leur fonction, adoptent parfois un comportement maladroit vis-à-vis des patients, ce qui génère des tensions au sein de l'équipe. Ceci est lié en majeure partie à une méconnaissance de la psychiatrie. Pour autant, les contrôleurs ont pu constater que les professionnels de santé faisaient preuve de bienveillance.

Dans sa réponse, la direction précise que les nouveaux infirmiers recrutés sont prioritaires pour suivre la formation d'une durée de cinq jours « Approche des soins infirmiers en psychiatrie » mais seules douze personnes peuvent y participer chaque année.

Deux praticiens hospitaliers et un médecin généraliste interviennent dans l'unité.

Une réunion clinique se déroule une fois par semaine et des réunions de synthèse sont organisées en fonction des besoins. L'une et l'autre associent largement tous les membres de l'équipe soignante et les médecins psychiatres dont le chef de pôle.

d) Les patients

La majorité des patients souffre de pathologies psychiatriques associées à des pathologies somatiques lourdes. Lors du contrôle, un patient placé en chambre d'isolement était vêtu d'un pyjama dans le cadre de la prévention du suicide y compris lorsqu'il était autorisé à sortir de la chambre.

Vingt trois patients étaient hospitalisés le jour de la visite. Vingt étaient en soins libres et trois autres avaient été admis en soins sans consentement dont un SPDT, un SPDTU et un en SPPI. Un patient était présent dans l'unité depuis quatre ans et demi faute de place en EHPAD.

e) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

Une consultation réalisée par le médecin psychiatre se déroule le jour même de l'arrivée et le médecin généraliste examine le patient en complément de l'examen somatique d'entrée, s'il a été réalisé par un interne.

Un contrat de soins est établi en présence du patient mais aucune copie ne lui est fournie. En revanche, la famille est informée des restrictions imposées.

f) Les règles de vie

Un règlement de l'unité est affiché sur les panneaux des espaces de vie du pavillon. Les interdictions qui y figurent peuvent être respectées avec une certaine souplesse en prenant en compte les singularités de chaque patient.

Le jour de la visite, six patients n'étaient pas autorisés à sortir seuls dans le parc.

Tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites mais dix d'entre eux n'en recevaient jamais.

g) Les activités spécifiques à l'unité

Les postes de télévision étaient allumés en permanence dans les salles de séjour le jour de la visite.

Les soignants organisent des activités (esthétique, cuisine et ateliers créatifs) de façon ponctuelle en fonction de leur disponibilité.

7.2 LES PRATIQUES AU SEIN DES UNITES DU POLE B SONT GLOBALEMENT HOMOGENES ET ORIENTEES VERS LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DES PATIENTS

7.2.1 L'unité Colibri

a) Présentation générale et projet thérapeutique

C'est l'une des quatre unités ouvertes du pôle B qui reçoit des patients hospitalisés en soins libres mais aussi en soins sous contrainte.

Les admissions proviennent majoritairement du pôle A mais peuvent parfois se faire directement depuis des établissements médico-sociaux qui, sans abandonner leurs résidents, demandent leur hospitalisation pour un bref séjour.

Chacune des unités du pôle B, donc Colibri, est susceptible de recevoir les patients de retour d'UMD.

Il a été précisé aux contrôleurs que la majorité des patients, dont la pathologie est chronique, nécessite aussi un accompagnement médico-social.

Il n'est pas formalisé de projet thérapeutique d'unité.

Un projet de soins individuels, dit « contrat de soins », est mis en place dès l'arrivée du patient qui se voit alors affecter un coordonnateur de soins (infirmier ou aide-soignant en charge du suivi de ce projet et véritable interface entre le patient, les soignants et les médecins).

Outre des entretiens réguliers avec les infirmiers (tracés dans le logiciel Cariatide) à la demande du patient ou à l'initiative du soignant, des consultations avec le médecin psychiatre, toujours en présence de l'infirmier (si possible le coordonnateur), sont organisées régulièrement.

Tous les vendredis matins, l'équipe pluridisciplinaire se rassemble pour une réunion clinique au cours de laquelle sont évoqués l'évolution et les projets de soins des patients ; des synthèses cliniques, préparées par le soignant coordonnateur, sont régulièrement organisées afin d'orienter le projet de soins au plus près des besoins du patient et de conforter les perspectives de resocialisation.

Il est fréquent que le patient, sa famille ou son tuteur, soient invités à la synthèse, moment fort où se décident les évolutions à apporter au projet dans l'optique d'une préparation à la sortie.

b) Les locaux

L'unité comprend vingt-quatre lits répartis dans sept chambres individuelles, une chambre double, une triple et trois « dortoirs » à quatre lits ; il faut y ajouter une chambre d'isolement.

Aucune des chambres n'est équipée de sanitaires individuels, l'ensemble des patients disposant de trois salles d'eau, dont l'une avec baignoire, et quatre WC. Les repas sont pris dans la salle à manger où les patients choisissent une place autour de l'une des six tables.

Les soignants et le médecin disposent d'un bureau tandis que diverses pièces sont réservées à la vie commune, notamment une lingerie avec possibilité de laver et repasser son linge personnel, une salle destinée à l'activité de massages, « une pièce à vivre » avec téléviseur et une grande terrasse particulièrement utilisée par les fumeurs et les joueurs de ping-pong.

Les visiteurs sont reçus dans une pièce de petite dimension, mais qui permet une certaine intimité.

L'ensemble, certes propre, nécessite des travaux de rénovation tant en ce qui concerne les peintures (tristes et délabrées) que les sanitaires dont l'un n'était pas en état de fonctionnement au jour de la visite.

Le mobilier est très rudimentaire ; les chambres manquent de tables de chevet et les placards sont pour la plupart détériorés.

c) Le personnel

L'équipe médicale est composée de deux psychiatres intervenant également dans d'autres unités, notamment à Gentiane, d'un médecin généraliste présent le mardi et qui se déplace sur demande.

Le personnel non médical, sous l'autorité du cadre de santé comprend dix-sept infirmiers, dont treize sont des IDE, quatre aides-soignants et deux ASH. Un psychologue et une assistante sociale partagent leur temps entre les différentes unités et consacrent environ une journée par semaine à Colibri.

Les IDE, pour les trois quart des femmes, sont jeunes et en attente de formation en soins psychiatriques. Lors de sa première affectation, l'infirmier travaille avec l'aide d'un collègue « tuteur » pendant un an. Tous ont dit apprécier cette pratique qui permet une approche plus sereine du milieu psychiatrique dans lequel ils ont choisi de travailler.

d) Les patients

Le jour de la visite, vingt-trois patients étaient hospitalisés dont l'un était placé en chambre d'isolement depuis quatorze jours, après qu'il ait été contraint à réintégrer l'établissement au vu de l'échec de son programme de soins.

Neuf femmes étaient en soins libres dont l'une d'entre elles ne rejoignait l'unité que deux nuits par semaine.

Sur les treize hommes hospitalisés, six avaient été admis après demande d'un tiers et trois avaient fait l'objet d'un arrêté préfectoral dont deux suite à une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale ; ils étaient dans l'unité, respectivement, depuis huit ans et cinq ans.

e) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

Dès son arrivée dans l'unité, et quelle que soit la nature juridique de l'admission, le patient est reçu par l'infirmier ou le cadre de santé. Il fait l'objet d'une consultation par le médecin généraliste dans les vingt-quatre heures et par le psychiatre de l'unité dans « les meilleurs délais » en tous cas lors de la visite du psychiatre qui suit l'admission.

Au cours de l'entretien, les règles de vie lui sont expliquées avant qu'il ne visite l'unité puis soit conduit dans sa chambre.

Le patient n'est jamais contraint de se mettre en pyjama sauf quand il arrive pour être placé en chambre d'isolement.

Il a été indiqué auparavant les modalités de mise en place et de suivi du contrat de soins.

Les patients ont une totale liberté pour aller et venir à l'intérieur de l'unité et à l'extérieur dans l'enceinte de l'établissement.

Les soignants sont attentifs à ce que le patient quitte régulièrement sa chambre pour rejoindre la salle commune et veillent à ce qu'il assure son hygiène corporelle par le biais de douches fréquentes, si possible quotidiennes.

Selon les renseignements recueillis, l'aide à l'autonomisation est prioritaire pour inciter les patients à participer à un minimum de vie sociale.

Les contrôleurs ont toutefois constaté qu'à 17h huit patients dormaient dans leur chambre, seuls cinq étaient dans la salle commune regardant la télévision, quelques-uns se promenaient, inactifs, dans les couloirs.

f) Les règles de vie

En cours de réactualisation, le règlement intérieur n'est pas donné aux patients, pas plus qu'il n'est affiché. Par contre, les règles de vie font l'objet d'un écrit qui, à l'instar du règlement intérieur, est en voie de modification.

Selon les constatations des contrôleurs, elles sont connues et intégrées par les patients compte-tenu qu'elles sont très souvent répétées par l'équipe soignante et qu'elles fixent les modalités de la vie quotidienne.

g) Les activités spécifiques à l'unité

L'unité organise très peu d'activités en son sein – on notera la participation à des jeux de société, des séances de ping-pong et l'existence de séances de massages corporels – et favorise la pratique d'activités au sein de l'UISAM ; seize patients y sont inscrits dont ceux en soins sans consentement.

En fonction de l'effectif des soignants, quelques sorties sont proposées qui ont été particulièrement rares en 2016, ce dont les patients se sont plaints auprès des contrôleurs.

A l'initiative de la cadre de santé, deux rencontres mensuelles ont lieu entre soignants et soignés pour échanger et être force de proposition pour l'amélioration à apporter aux conditions de vie.

Des trois comptes rendus examinés par les contrôleurs, il ressort une forte demande d'organiser des moments conviviaux au sein ou à l'extérieur de l'unité.

7.2.2 L'unité Gentiane

a) Présentation générale

Fonctionnant de façon quasiment identique à Colibri, Gentiane, unité ouverte, est destinée à recevoir des patients en soins libres ou sous contrainte et présentant une pathologie résistant aux soins dont la prise en charge se prolonge en raison des difficultés de socialisation et qui implique un contrat de soins avec chaque malade.

Comme indiqué au § 7.2.1., les admissions sont fonction des lits disponibles et organisées par le chef de pôle pour équilibrer la charge de travail des équipes en répartissant, de façon la plus juste possible, les malades en soins libres et ceux en soins sous contrainte.

Au jour du contrôle, la cadre de santé a expliqué que le fonctionnement de l'unité nécessitait la mise en œuvre d'une réflexion, qu'elle était en train d'initier, compte-tenu de son arrivée récente (septembre 2016), avec pour objectif prioritaire de permettre aux patients d'acquérir une autonomie les mettant en capacité de quitter le CHS pour retourner, si possible, en famille, à tout le moins dans une structure de type médico-sociale.

Lors de sa première affectation l'IDE est soutenu pendant un an par un « tuteur » (cf. § 7.2.1.) et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est en charge de transmettre les informations concernant l'évolution de l'état des malades qui sera régulièrement analysée en réunion hebdomadaire pluridisciplinaire (à laquelle participe le médecin psychiatre).

La famille est considérée comme partenaire privilégiée pour bâtir le projet de sortie ; elle est reçue, à sa demande, par le psychiatre et peut participer aux synthèses. Le patient bénéficie d'entretiens réguliers avec l'équipe soignante et avec le psychiatre toujours en présence de l'infirmier.

b) Les locaux

Ils se composent de seize chambres dont huit individuelles et huit à deux lits, les sanitaires étant communs à l'exception des deux chambres individuelles au rez-de-chaussée qui bénéficient de toilettes.

On trouve ainsi quatre locaux sanitaires , (un seul avec baignoire) et cinq WC (un étant réservé aux visiteurs).

La salle à manger est claire et agréable, alors qu'une pièce particulièrement exigüe est réservée aux visites des familles.

Une salle commune réunit les malades devant la télévision tandis qu'une petite salle d'activités (musique, gymnastique, activités manuelles) sert également de bureau pour les entretiens avec le psychologue.

Les médecins et les soignants disposent respectivement d'un espace de dimension correcte.

L'ensemble est clair, propre et bien entretenu, y compris la terrasse, ouverte jusqu'à 23h, très fréquentée par les fumeurs.

Toutefois et à l'instar de Colibri, le mobilier est rudimentaire, voire spartiate.

c) Le personnel

Deux médecins psychiatres et un médecin somaticien interviennent à l'unité, alors que l'équipe soignante, animée par le cadre de santé, présente le même effectif qu'à Colibri.

L'équipe paramédicale est composée de quinze infirmiers IDE, quatre aides-soignants et de deux ASH. La jeunesse de la majorité des IDE, tous volontaires pour travailler en psychiatrie, n'est pas considérée, par le cadre de santé, comme problématique mais plutôt comme facteur de dynamisme.

Le psychologue et l'assistante sociale travaillent « en transversal » et à la demande.

Il a été fait part aux contrôleurs du regret de ne pas bénéficier de la présence d'ergothérapeute et de psychomotricien.

d) Les patients

Quatorze hommes et deux femmes étaient au jour de la mission en hospitalisation complète au pavillon Gentiane ; trois des femmes avaient été admises après décision du directeur de l'établissement dont deux en urgence tandis que l'admission de deux hommes s'était faite par arrêté préfectoral et quatre à la suite de la demande d'un tiers.

Un patient SDDE était à l'isolement, considéré comme difficilement gérable dans l'unité compte tenu de son comportement hétéro agressif lié à sa pathologie.

Pendant la visite des contrôleurs, un des patients en SDDE a quitté l'unité pour intégrer l'unité sanitaire dite « maison hospitalière polyvalente ».

Selon les renseignements recueillis, le temps de séjour à Gentiane est généralement plus court pour les malades en soins sous contrainte que pour les patients en soins libres.

e) L'accueil des patients, la vie quotidienne et les activités

L'arrivée du patient, accompagné par un soignant de l'unité d'origine, est considérée par l'équipe comme un moment important.

Reçu si possible par le cadre de santé, sinon par un soignant, il lui est donné toutes explications sur le fonctionnement de l'unité et les règles de la vie quotidienne.

Après une présentation de l'équipe et des locaux, le patient est conduit dans sa chambre.

Il sera vu au plus vite par le médecin généraliste et dans les quarante-huit heures par le médecin psychiatre avec qui sera contractualisé le projet de soins.

A l'identique de ce qui se vit dans les autres unités, la journée est séquencée par la prise des repas, les entretiens médicaux et psychologiques et les activités à l'UISAM auxquelles participaient seize patients.

Une infirmière organise à l'intérieur de l'unité un atelier de relaxation et un aide-soignant propose régulièrement à trois ou quatre patients une activité de cuisine, qui conduit à l'achat de denrées, la préparation du repas dégusté en commun par le groupe.

Tous les patients, qu'ils soient en soins libres ou sous contrainte sont libres d'aller et venir dans l'enceinte de l'établissement.

Un règlement est affiché dans le hall d'entrée qui indique les horaires journaliers des repas, visites, coucher, l'obligation de respect mutuel, l'autorisation de fumer sur la terrasse, l'interdiction de stocker de la nourriture et d'introduire de l'alcool et des produits illicites, la possibilité d'utiliser un poste de radio et de disposer d'un téléphone portable dont l'utilisation devra se faire sur la terrasse.

Ces règles, très basiques, ne posent pas de problèmes dans leur application compte tenu de la souplesse et de l'individualisation qui en est faite pour chaque patient.

7.2.3 L'unité Cormoran

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Cormoran est une unité ouverte de long séjour, d'une capacité de vingt-trois lits. Elle accueille et prend en charge des patients souffrant essentiellement de psychoses parfois associées à des déficiences mentales ou à des séquelles provoquées par l'alcoolisme. Il s'agit essentiellement de patients issus d'un milieu social très défavorisé. Ils proviennent de structures médico-sociales, dans le cadre « d'un séjour de rupture », ou d'UMD. D'autres sont transférés du pôle A car les soins doivent se prolonger. L'unité a vocation de favoriser l'autonomie de ces patients en vue d'un transfert, pour certains, vers l'unité RETIS ou pour un suivi en extra-hospitalier par le biais du relais RETIS (cf. § 2.2.2). Cette unité accueille des patients détenus car la chambre d'isolement est équipée d'une double fenêtre.

Une réunion clinique, regroupant l'ensemble de l'équipe soignante, a lieu une fois par semaine durant laquelle la situation et le projet de soins de chaque patient sont examinés.

Une psychologue intervient trois fois par semaine et anime notamment la réunion soignants/soignés dont l'objectif est d'amener les patients à être force de proposition dans la gestion du quotidien. Ces réunions se déroulent une fois par mois.

b) Les locaux

Les locaux de l'unité Cormoran sont implantés dans un bâtiment d'un étage qui est accessible uniquement par un escalier. Le bâtiment n'a jamais fait l'objet de rénovations depuis sa construction. Les locaux sont globalement propres, à l'exception des fenêtres, mais très vétustes.

Les pièces et les espaces communs sont répartis comme suit :

- huit chambres individuelles dont cinq sont situées au second étage ;
- deux chambres à deux lits, dont une est située au second étage ;
- une chambre à trois lits située au second étage ;
- deux chambres à quatre lits situées au second étage ;

- quatre WC communs répartis sur les deux étages alors qu'aucune des chambres n'en est équipée ;
- deux salles de douche, disposant chacune de deux douches, dont l'une est à l'étage ;
- une salle de bains, située au rez-de-chaussée, comprenant une douche et une baignoire. Cette pièce, en dehors du rideau de douche, n'est pas équipée d'un mur de séparation. Le personnel soignant installe donc un paravent lorsque deux patients utilisent simultanément la douche et la baignoire ;
- une chambre d'apaisement, utilisée éventuellement comme chambre d'hébergement, ainsi que la chambre d'isolement (cf. § 5.2.1) sont positionnées au rez-de-chaussée ;
- une salle de détente, réservée à l'activité « toucher et massage » est située au premier étage. Elle est agréablement aménagée ;
- un salon équipé d'un téléviseur ;
- une salle à manger ;
- un office alimentaire ;
- une salle réservée aux ateliers thérapeutiques et qui sert également de salon pour les visites. Elle est agréablement aménagée. Elle devrait être équipée d'un téléviseur mais celui-ci était en panne le jour de la visite. L'unité va récupérer un téléviseur de l'une des trois unités qui ont fermé ;
- un patio, réservé aux fumeurs et accessible depuis le salon, entièrement fermé. Il est entouré d'un bardage en bois et il est abrité d'un auvent. Il dispose d'une table, de sièges et d'une table de ping-pong. Quelques plantes sont entretenues par les patients ;
- un jardin, accessible depuis le salon, au sein duquel ont été plantés des arbustes. Il est grillagé à mi-hauteur et il est équipé d'un abri, d'une table et de sièges.

Les locaux attribués aux professionnels de santé sont au nombre de quatre : un bureau médical, un bureau destiné au cadre de l'unité, un bureau infirmier et la pharmacie/salle de soins.

La superficie des pièces et des chambres est restreinte. A titre d'exemple, les chambres de quatre lits occupent une surface de 18 m². L'espace pour circuler est très limité d'autant plus que chaque patient dispose d'une armoire et d'une table de chevet, laquelle ne peut être placée à proximité du lit. De même, il s'avère impossible d'entreposer une chaise pour chaque patient. Aucune chambre n'est équipée d'une prise murale. Les patients doivent utiliser la prise située dans le couloir. L'interrupteur du plafonnier est situé à l'extérieur de la chambre et des éclairages individuels n'ont pas été installés au niveau des têtes de lits.

Les chambres et les espaces communs, à l'exception des salles réservées à l'ergothérapie et à l'atelier massage, présentent un aspect austère voire carcéral pour certaines chambres. De fait les peintures sont défraîchies, le papier se décolle à certains endroits et elles sont dépourvues de décoration alors même que certains patients séjournent dans cette unité depuis de nombreux mois.

Les fenêtres n'isolent pas du froid. Lors de la visite, la température était de 17°C dans le bureau du cadre de santé. En revanche durant la période d'été, la chaleur est difficilement supportable.

c) Le personnel

Selon les propos recueillis, malgré les effectifs restreints les équipes sont très impliquées et tendent à offrir une prise en charge individualisée. Il est à noter que l'unité a mis en place le

système d'infirmier référent pour permettre d'assurer un meilleur suivi du patient. « *La parole circule* » et les soignants n'hésitent pas à passer le relais à un autre collègue dès lors que la prise en charge d'un patient s'avère être particulièrement complexe. Les équipes sont stables cependant un soignant est en congé de maladie longue durée depuis novembre 2014 et n'a pas été remplacé. En conséquence, il est fait appel au pool de remplacement (cf. § 2.3). Le médecin psychiatre, également chef de pôle, est le seul à exercer dans l'unité. Elle intervient du lundi au vendredi. Les patients sont vus en fonction de leur état clinique et de leur pathologie. Les consultations se déroulent dans la mesure du possible en présence d'un infirmier. Le samedi matin, les consultations sont réalisées par deux psychiatres présents sur l'ensemble du pôle.

d) Les patients

Le jour de la visite, dix-neuf patients étaient hospitalisés. Parmi eux, quatre avaient été admis en SDDE dont l'un à la demande d'un tiers, un deuxième avait été admis en urgence. Les deux autres avaient été admis en en péril imminent dont l'un était hospitalisé depuis le 23 mars 2015 car toutes ses sorties d'essai s'étaient soldées par un échec. Lors de la visite, il était en chambre d'isolement depuis cinq jours et pouvait en sortir durant une heure après les repas et le goûter. Un patient était admis en SDRE sur décision du maire et était hospitalisé depuis trois mois et demi.

Les quatorze autres patients étaient tous admis en soins libres. L'un d'entre eux, souffrant d'une psychose infantile vieillissante générant un comportement hétéro-agressif, était hospitalisé depuis 1983. Il était prévu de le transférer très prochainement à la MHPP.

e) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

Lorsqu'un patient est admis dans le service, Il est accueilli par un infirmier et par un aide-soignant qui lui présentent les locaux ; le patient est alors conduit dans sa chambre. Le choix de l'affectation des chambres est décidé en amont. Cependant, le nombre insuffisant de chambres individuelles offre peu de marge de manœuvre à l'équipe soignante. En principe, les patients ayant des troubles importants du comportement se voient attribuer une chambre individuelle. Les affectations dans les autres chambres sont décidées en fonction de l'état clinique des patients et de leur pathologie. Les patients, dont la mobilité est réduite ou dont l'état clinique nécessite une surveillance spécifique, sont hébergés au rez-de-chaussée.

Les soignants procèdent à un inventaire des effets personnels et des objets de valeur. Le retrait des effets personnels est adapté à l'état clinique de la personne cependant le rasoir et les lotions alcoolisées sont systématiquement retirés.

Le patient est reçu par le médecin psychiatre dans la journée. Au cours de cette première consultation, qui se déroule en présence de l'infirmier, il définit le cadre de l'hospitalisation (autorisation de sorties, visites, utilisation du téléphone portable, consommation de tabac) en élaborant un contrat de soins en présence du patient. Ce document peut être établi durant les jours qui suivent l'admission du patient, après que ce dernier ait fait alors l'objet d'un temps d'observation et d'évaluation. Les contrats de soins sont réexaminés selon l'évolution de l'état clinique du patient.

Il n'existe pas de restriction systématique. Seul l'état clinique du patient peut justifier une interdiction ou une restriction prescrite par le médecin. Le jour de la visite, tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites.

f) Les règles de vie

Il n'existe pas de règlement intérieur spécifique à l'unité à l'exception d'un document rappelant l'interdiction de fumer à l'intérieur de l'unité et de consommer de la nourriture en dehors des repas. Il est affiché dans la salle d'ergothérapie.

Depuis 2012, l'unité est ouverte de 9h à 18h. Les patients, autorisés à sortir, peuvent donc le faire librement. Le jour de la visite, neuf patients, en soins libres, étaient autorisés à sortir de l'établissement dès lors que les soignants en étaient informés. Les quatre autres n'étaient pas suffisamment autonomes pour sortir seuls. Un patient en SDT bénéficiait de sorties non accompagnées, supérieures à une durée de 48 heures. Le patient, admis en SDRE, bénéficiait de sorties non accompagnées inférieures à douze heures.

A l'exception des repas qui sont distribués à heures fixes, il existe une certaine souplesse dans l'organisation de la vie quotidienne ; les soignants s'adaptent à la pathologie et au rythme de vie des patients.

Les patients autonomes peuvent se rendre aux douches communes le matin ou l'après-midi, en fonction de leurs habitudes de vie. Les chambres sont accessibles toute la journée. Le patio et le jardin sont ouverts de 7h à 22h30 cependant certains soignants souhaiteraient que l'ouverture s'effectue dès 6h du matin pour permettre à ceux qui se lèvent tôt de pouvoir fumer leur première cigarette de la journée.

Pour les repas, le placement au réfectoire est décidé par les soignants qui prennent en compte notamment les comportements agressifs ou le manque d'autonomie de certains.

Les soignants encouragent les patients à être autonomes. A titre d'exemple, ceux qui sont en capacité de le faire changent les draps de leur lit tous les mardis. D'autres, en échange d'un pécule de 20 euros par mois, effectuent certaines tâches ménagères telles que mettre la table et la débarrasser, faire la vaisselle, ou nettoyer le patio. Tel était le cas pour dix patients.

Le soir, les patients ne sont pas soumis à un horaire précis pour aller se coucher. L'accès aux deux salons est libre et les patients peuvent regarder la télévision après la tisane du soir qui est proposée à partir de 21h30. Bien que l'accès au patio ne soit plus autorisé après 22h30, ceux qui sont en proie à une crise d'angoisse et pour lesquels la cigarette peut avoir un effet apaisant sont autorisés à le faire.

g) Les activités spécifiques à l'unité

Les activités sont organisées en fonction des disponibilités du personnel soignant, cependant certains ateliers se déroulent une fois par semaine :

- un atelier photo-langage ;
- un atelier visant à stimuler les fonctions cognitives ;
- un atelier musicothérapie ;
- un atelier contes.

Les séances de massage /détente étaient interrompues momentanément en raison du départ de l'infirmière qui les animait.

Les soignants organisent également des sorties à l'extérieur en vue de favoriser l'autonomie du patient. Il s'agit de les accompagner pour effectuer des achats ou bien prendre les transports en commun. Des visites dans des foyers d'hébergement sont également planifiées. Les soignants ont déploré le manque d'effectifs qui les amène à devoir annuler parfois certaines sorties. A cet égard, l'un d'eux a tenu les propos suivants : « *il faudrait que l'on nous donne les moyens pour*

travailler sur la réhabilitation et la resocialisation qui sont les axes majeurs du projet de soins de cette unité.»

Recommandation

Dans l'attente de la construction de nouveaux édifices, des travaux d'aménagement doivent être réalisés dans les plus brefs délais dans les unités Cormoran, Lavande, Colchique, Bengali, Gentiane et Colibri : aménagement de wc communs supplémentaires ; réfection des salles de bains ; installation de prises murales dans les chambres et de lumières individuelles à la tête de lit ; réfection des peintures ; renouvellement du mobilier ; isolation thermique et aménagement de salons de visite préservant la confidentialité des échanges.

7.2.4 L'unité RETIS

L'unité RETIS est une unité de réhabilitation et dont la capacité d'accueil est de quinze places. Ouverte depuis un an, elle a vocation à accueillir des patients stabilisés dans leur pathologie et pour lesquels le projet de vie reste à définir. C'est une unité ouverte qui, en principe, n'accueille que des patients en soins libres. Exceptionnellement le jour de la visite, quatre patients admis en soins sans consentement (deux SDDE et deux SDRE) étaient hébergés en raison de places disponibles. Par ailleurs ces patients étaient stabilisés dans leur pathologie. A l'instar des autres patients, ils pouvaient tous sortir librement dans le parc de l'établissement et participer à l'ensemble des activités organisées par l'unité ou l'UISAM. De même, ils avaient la possibilité de bénéficier de sorties accompagnées et d'activités se déroulant à l'extérieur de l'établissement. Cette unité étant destinée à n'accueillir que des patients en soins libres, elle ne fait l'objet d'aucun développement dans le présent rapport.

7.2.5 L'unité Opale

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Opale est une unité ouverte pouvant accueillir vingt-cinq patients, majoritairement en soins libres, disposant en outre d'une chambre d'isolement et d'une chambre d'apaisement. Le nombre de lits s'élève ainsi à vingt-trois, en plus de ces deux espaces particuliers.

Si l'extérieur du bâtiment apparaît quelque peu suranné, l'intérieur (rez-de-chaussée et un étage) a fait l'objet au second semestre 2016 d'une réhabilitation importante avant sa réouverture, le 21 décembre.



Façade de l'unité Opale

Ces récents travaux ont principalement résidé dans l'aménagement d'une douche à l'italienne pour personne à mobilité réduite, la remise en peinture de l'ensemble de la structure (chambres, bureaux, espaces collectifs, etc.), la mise aux normes de la chambre d'isolement (un WC suspendu remplaçant les toilettes à la turque et un bouton d'appel étant installé pour le patient isolé, avec report vers le bureau infirmier) et la suppression des dortoirs de quatre lits au profit de chambres individuelles (sept, plus les deux chambres d'isolement et d'apaisement) ou doubles (huit).

L'ensemble offre ainsi au jour de la visite un caractère neuf, propre et lumineux.

L'unité Opale, en tant qu'unité relevant du pôle de réhabilitation B, est orientée vers le projet de sortie de ses patients. Une politique d'ouverture, au sein même du CHS mais également hors-les-murs y est privilégiée. Les sorties extérieures, dans un premier temps accompagnées par un soignant puis seules, dans le cadre de permissions, sont couramment pratiquées, le but étant selon les propos recueillis, « *de faire lever le placement contraint dès que cela est possible* ». Le maintien du statut en soins contraints peut toutefois être préservé comme cadre thérapeutique. Etaient ainsi à terme envisagés pour les patients en SDT lors de la visite : des retours à domicile, un placement en EPAHD et un autre en foyer de vie.

Cette unité vise en particulier à la recherche d'appartements thérapeutiques ou individuels en ville, grâce au concours d'une assistante sociale.

Surtout, Opale œuvre avec plusieurs familles d'accueil rurales pouvant accueillir à leurs domiciles jusqu'à trois patients, dans le cadre d'un programme d'hôpital de jour à la ferme, avec suivi par le relais RETIS. Ces projets se développent de plus en plus, notamment pour les patients âgés, tandis que pour les plus jeunes le placement en foyer est privilégié.

Dans un souci d'autonomisation des patients, Opale a par ailleurs installé au premier étage une blanchisserie à leur attention, avec une machine à laver et une autre à repasser.

b) Les locaux

L'unité présente des locaux agréables, aux couleurs douces et variées. Chaque espace, y compris les bureaux du personnel, y a été repensé dans le sens d'une plus grande convivialité, en témoigne la salle de repas.



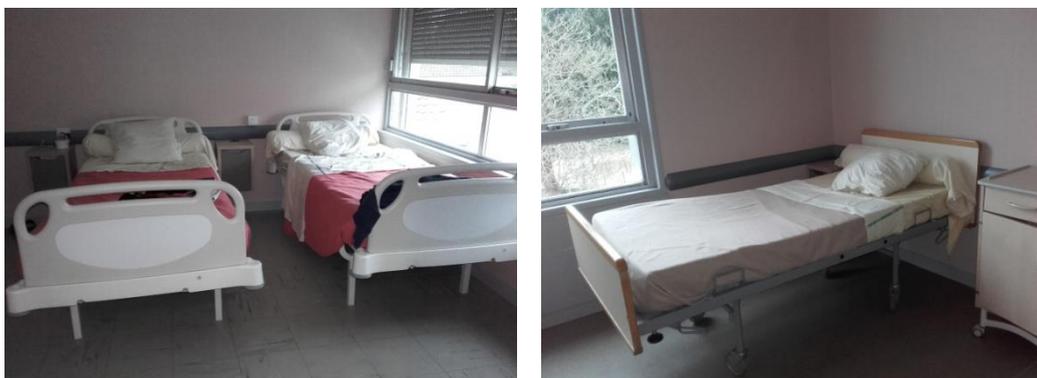
La salle de repas vue du bureau infirmier

Ce pavillon dispose d'une terrasse fermée (à l'usage notamment des fumeurs) et d'une cour fermée de déambulation.

Les chambres individuelles ou doubles se répartissent au rez-de-chaussée et au premier étage.

La chambre d'apaisement et la chambre d'isolement, à proximité immédiate, sont installées au rez-de-chaussée droit. Ces deux chambres étaient occupées lors de la visite et les contrôleurs ont pu s'entretenir avec leurs occupants, le patient isolé (en SDRE) manifestant en particulier sa volonté d'en sortir au plus vite.

Selon les éléments collectés, les changements (imposés) de chambre se révèlent très rares, le pôle B étant considéré comme un pôle de soins de suite.



Chambre double et individuelle

La restauration immobilière n'a en revanche pas prévu de douches ni de WC dans les chambres des patients.

L'on trouve ainsi deux WC et deux douches au rez-de-chaussée et au premier étage. Une baignoire est également installée au rez-de-chaussée mais reste peu utilisée. Dans ces espaces, le patient peut s'enfermer mais un soignant dispose d'une clé.

Par ailleurs, le rez-de-chaussée du pavillon réunit la salle de télévision, la salle de repas, le bureau infirmier, la salle de soins (où sont distribués anonymement les médicaments), le bureau du cadre de santé, celui du psychiatre et, en bout de couloir, deux espaces de visite familiale de 4 m².

L'ensemble du pavillon est propre, nonobstant l'actuel arrêt-maladie d'une ASH.

L'unité est ouverte de 9h à 18h en hiver et de 9h à 20h en été, la terrasse bénéficiant d'une amplitude horaire plus large, de 7h à 23h.

c) Le personnel

Le personnel évoluant au sein de l'unité Opale est globalement stable et expérimenté. Il convient de noter qu'un seul homme relève de l'effectif.

Le psychiatre intervient trois matinées par semaine, le médecin généraliste venant quant à lui une demi-journée. Ce manque (ponctuel) de temps médical l'empêche notamment de recevoir les familles de patients. En dehors de cet arrêt de travail, un seul arrêt-maladie (pour une ASH) est à déplorer.

Diverses réunions sont organisées au sein de l'unité :

- une réunion clinique le mardi matin, où l'évolution de chaque patient est étudiée ;
- une réunion de synthèse le mardi après-midi, pour établir un bilan initial partagé au sujet de tout arrivant ;
- une analyse des pratiques professionnelles animée par une psychologue à raison d'une fois par mois, sans la cadre de santé ni les stagiaires.

d) Les patients

Au 10 janvier 2017, l'unité était remplie à 100 %, comme accueillant vingt-cinq patients, soit :

- dix-neuf en soins libres ;
- cinq à la demande d'un tiers (dont deux en urgence et deux pour péril imminent) ;
- un sur décision du représentant de l'Etat.

Les patients en soins libres, sur la base d'un contrat de soins, pouvaient tous sortir dans le parc du CHS, seuls, c'est-à-dire sans accompagnement. Selon les informations recueillies, il y aurait très peu de fugues mais aucun chiffre précis n'a pu être communiqué concernant l'unité Opale.

La prise en charge la plus ancienne au sein de l'unité remontait au mois de janvier 2014, il s'agissait d'une femme âgée de 70 ans qui a été admise à la demande d'un tiers.

A l'exception du patient, en SDRE, placé en isolement qui était soumis au port du pantalon de pyjama, les autres patients étaient habillés normalement.

Au jour de la visite, quinze patients (tous statuts confondus) étaient autorisés à se rendre à une activité, sur prescription médicale.

Pour tous les patients, qu'ils soient en soins libres ou contraints, un contrat de soins individualisé est établi avec le médecin, contrat oral non contresigné par l'intéressé et réévalué chaque mardi en réunion clinique.

e) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

Quarante-huit heures avant l'arrivée d'un nouveau patient au sein de l'unité Opale, une synthèse est effectuée par les équipes avec leurs homologues du pôle A. La veille de son admission, le futur patient est invité à venir prendre le goûter de 16h pour se familiariser avec les lieux et les personnes. Cette adaptation en douceur vise à le perturber au minimum. Un référent infirmier titulaire est nommé, qui l'accueillera dès son admission et lui expliquera le fonctionnement du pavillon.

Bonne pratique :

La participation au goûter collectif par le patient à l'unité Opale la veille de son admission, en ce qu'il le déstresse et l'apaise, constitue une pratique à valoriser.

Le livret d'accueil propre à Opale lui est remis (« Modalités de séjour/Pavillon Opale, actualisé au 20 août 2015).

Un examen somatique de l'arrivant est pratiqué dans les meilleurs délais.

Un bilan initial partagé entre les professionnels, dont l'assistante sociale, est ensuite entrepris. Puis, tous les mardis à l'occasion de la réunion clinique qui fixe un programme de soins assorti d'objectifs, le patient considéré sera appelé en fin de séance pour en entendre la synthèse.

Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que les entretiens avec le médecin psychiatre ne se déroulaient jamais seul mais toujours en présence de l'infirmier référent.

Bonne pratique :

Tout patient de l'unité Opale est reçu à l'issue de la réunion clinique par l'un des soignants, afin d'entendre la synthèse opérée quant à sa situation et aux objectifs à atteindre.

f) Les règles de vie

Les règles de vie en vigueur au sein de cette unité apparaissent particulièrement souples notamment concernant le tabac et l'usage du téléphone portable. Elles sont établies dans le document d'une page remis à tout nouveau patient.

Elles préconisent en particulier de ne pas nuire à autrui (en limitant par exemple le volume sonore des postes de radio), de respecter l'intimité de chacun (en ne pénétrant pas de façon intrusive dans une chambre) et « les règles élémentaires de civilité ».

Par ailleurs, le repas est servi collectivement dans une salle agréable, composée de tables de quatre personnes. Le placement n'y est toutefois pas libre, pour des raisons liées au comportement de certains.

g) Les activités spécifiques à l'unité

En dehors des activités développées par l'UISAM), l'unité Opale propose les activités suivantes à ses occupants auxquelles le personnel soignant participe :

- ping-pong (en terrasse ou dans le jardin) ;
- baby-foot ;
- jeux de société ;
- pétanque (dans le jardin).

Par ailleurs, il est également proposé :

- une activité de cuisine tous les quinze jours (deux infirmières se rendent au supermarché pour faire des courses liées à un menu thématique et le préparent avec des patients) ;
- une balade dite d'oxygénation, tous les quinze jours (deux infirmier(e)s effectuent une marche avec quatre ou cinq patients, en forêt).

7.3 L'UNITE INTERSECTORIELLE DE SOINS ET D'ACTIVITE A MEDIATION (UISAM) : UNE RICHESSE ET UNE DIVERSITE PROPICES AU BIEN-ETRE DES PATIENTS

L'unité intersectorielle de soins et d'activité à médiation, ou UISAM, propose aux patients dix-huit activités réparties géographiquement sur le domaine du CHS.

Son budget annuel s'élève, pour 2016, à 26 500 euros. Confiée à un cadre de santé, l'UISAM se compose de neuf IDE et huit autres intervenants (musicothérapeute, bibliothécaire, maître-ouvrier, etc.).

Sa mission prioritaire vise à favoriser la resocialisation et la réhabilitation de tous les patients hospitalisés en soins libres ou contraints. L'UISAM assure des soins à médiations spécialisées se déroulant individuellement ou en groupe au sein des divers ateliers, selon les compétences et les projets respectifs des animateurs.

Deux notions apparaissent essentielles dans sa vocation : la notion de soins et celle de complémentarité entre les ateliers. En effet, les soins à médiation s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle globalisée reposant impérativement sur la notion de soins et sur la base d'une prescription médicale.

Il y a ainsi pour chaque patient concerné une fiche spécifique de prescription médicale, fixant l'objectif à atteindre par le biais de l'activité prescrite : c'est le médecin de l'unité de soins qui rédige cette fiche. L'accès à une activité s'effectue donc toujours dans le cadre d'un projet de soins, y compris pour les patients en soins libres. Si le patient n'est pas volontaire, rien ne lui est imposé.

Les dix-huit activités proposées, au jour de la visite, sont les suivantes :

- activités socio-thérapeutiques (sans prescription) : bibliothèque, salon de coiffure, cafétéria ;
- activités à médiation thérapeutique (sur prescription médicale) : équithérapie, sport, relaxation, cynothérapie, bois, travaux manuels, repas, terre, vannerie, écriture, musicothérapie ;
- activités psychothérapeutiques (sur prescription médicale) : dessin, mosaïque, musicothérapie, soins psychocorporels.

Le cadre de santé responsable de l'UISAM privilégie le qualitatif et l'innovation pour la mise en place des activités. Il convient à ce titre de citer notamment la cynothérapie, créée en 2013, par laquelle une association amène des chiens, parfois handicapés, aux patients en vue de brossage, de promenade mais aussi de parcours sportif à base d'obstacles (appelé « agility canine »). Neuf chiens interviennent actuellement dans ce cadre.

Par ailleurs, la bibliothèque (ouverte du lundi au vendredi, de 10h30 à 12h et de 13h30 à 16h) elle-même apparaît originale, en ce qu'elle contient un vaste aquarium de poissons tropicaux et propose, sur un doux fond sonore de musique zen, une activité délassante de coloriage.

La cafétéria, très fréquentée, obéit à une ouverture d'esprit similaire, avec en particulier deux chats à demeure, dont un agréé comme « thérapeutique ». 150 personnes (patients, familles, soignants) s'y rendent en moyenne quotidiennement.

De même, l'atelier bois, animé depuis dix-sept ans par un aide-soignant, ancien ébéniste, a permis en 2016 à 120 patients de réaliser des œuvres grâce à des outils et des machines à caractère professionnel.



Atelier bois

Enfin, les activités sportives méritent d'être signalées tant les projets hors-les-murs s'y développent, en plus du gymnase sis sur le domaine. Prises en charge par deux infirmiers, ces activités ont ainsi proposé en 2016 des sorties de patients en VTT, à la piscine municipale, pour des cours d'escalade, etc.

En outre, une fois par an, une semaine de camp thérapeutique est organisée dans le Queyras avec cinq patients (en soins libres et en soins contraints) et deux accompagnants ; une sortie sur trois jours en VTT est également montée sur une voie verte, pour trois patients et deux accompagnants.



Les VTT pour les sorties extérieures

En 2015, 1 880 patients ont été pris en soins sur l'ensemble des activités à médiation, pour 15 321 actes de soins. Pour toute activité, les patients en soins libres et en soins contraints sont indistinctement mélangés. Si les patients en soins librement consentis peuvent se rendre seuls à chaque activité, ceux en soins sans consentement demeurent toujours accompagnés par deux soignants à l'aller et au retour.

Bonne pratique :

La richesse, la diversité et l'originalité des activités (en particulier celles liées à l'animal) proposées, sur prescription médicale, aux patients méritent d'être soulignées.

7.4 LE POLE D : POLE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE OFFRE UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE A LA SITUATION DES PATIENTS

7.4.1 Les unités d'hospitalisations à temps complet

a) Présentation générale et projet thérapeutique

Les deux unités d'hospitalisation à temps complet du pôle de pédopsychiatrie ont une compétence départementale (cf. § 2.1).

La Cascade admet uniquement des adolescents en hospitalisation programmée. Les motifs principaux d'hospitalisation dans cette unité sont les phobies scolaires. Les patients retournent à leur domicile les week-ends, à l'exception de certains dont l'état clinique nécessite une prise en charge dans l'unité la Source en fin de semaine.

La Source admet des patients adolescents, âgés de 11 à 18 ans, principalement en phase aiguë de leur pathologie. Ils sont adressés par le biais des urgences pédiatriques de Chalon-sur-Saône ou de Mâcon. Les pathologies prises en charge sont celles de la psychiatrie de l'adolescent, tels que les troubles envahissants du développement (TED), l'entrée dans la psychose, les troubles de l'humeur (dépressions). Les troubles du comportement alimentaire (TCA) tels que l'anorexie sont préférentiellement orientés dans les services de pédiatrie du département.

Le projet thérapeutique de l'unité la Source repose sur une prise en charge individualisée, dans un temps d'hospitalisation court. La prise en charge thérapeutique des patients se développe autour de thérapies individuelles réalisées par les pédopsychiatres, les infirmiers et l'éducateur. Des activités thérapeutiques collectives médiatisées sont organisées dans le service et à l'extérieur. Un travail avec les familles, autour des problématiques de l'adolescence, est également effectué.

L'unité la Cascade a fait l'objet d'une brève visite ; les contrôleurs ont visité de façon plus approfondie l'unité La Source.

b) L'activité des unités

Il a été indiqué que le nombre de places d'hospitalisation à temps complet du CHS répondait aux besoins du département.

Le nombre de place dans l'unité La Source a été réduit en 2012 à seulement quatre afin d'offrir une prise en charge renforcée et de courte durée.

En 2015, la durée moyenne d'hospitalisation⁸ (DMH) à la Source était de 20,22 jours pour cinquante-cinq patients ayant réalisé soixante-douze séjours. Le nombre de patients pris en charge par le pôle, en ambulatoire ainsi qu'en hospitalier, était stable entre 2014 et 2015 (cf. § 2.5).

Néanmoins, le taux d'occupation de l'unité La Source est fluctuant au cours de l'année, avec des périodes creuses, notamment dans la période estivale où le service peut être vide, et des périodes chargées notamment lors des retours de congés scolaires. Tel était le cas lors de la visite où **cinq patients étaient admis dans l'unité, la chambre d'isolement étant utilisée comme chambre supplémentaire**. En cas de sur occupation, les patients sont généralement admis en pédiatrie, dans les centres hospitaliers de Chalon-sur-Saône et de Mâcon. Parfois, des patients

⁸ DMH : nombre de jour d'hospitalisation par an et par patient

mineurs sont admis dans des unités adultes du CHS, lorsqu'ils nécessitent un isolement et que la chambre d'isolement de la Source est déjà occupée, ou lorsque la stature, le comportement et l'âge du patient (proche de la majorité), ne rendent pas compatible son admission avec des patients plus jeunes et vulnérables.

Par ailleurs, le seul site d'hospitalisation de Sevrey est éloigné des familles des patients résidant dans le Sud du département. En 2015, 43 % des patients admis en hospitalisation à temps complet et en hôpital de jour au sein du CHS de Sevrey, provenait de l'agglomération de Chalon-sur-Saône.

Lors de la visite, parmi les cinq patients admis, un l'était dans le cadre d'une OPP et provenait de l'unité la Cascade. Cette admission en urgence en fin de semaine d'un jeune, ne pouvant pas rejoindre le lieu de vie où il était placé, était la raison de la sur occupation de l'unité lors de la visite.

c) Les locaux

Les unités bénéficient d'espaces de vies conviviaux, lumineux, colorés et spacieux. De nombreux espaces communs sont dédiés aux activités et à la détente. Ainsi les unités disposent d'une cuisine thérapeutique, de salles d'activités équipées pour les travaux créatifs et manuels. L'équipement comprend également un baby-foot, une table de ping-pong, un téléviseur, une chaîne hi-fi, des ordinateurs (sans l'accès à internet), des jeux de console et une bibliothèque bien fournie. De même, les espaces extérieurs sont agréablement aménagés.



Vue des parties communes et de la cour extérieure de La Source

Toutes les chambres sont individuelles.

Les trois chambres de la Source sont spacieuses, lumineuses. Elles sont dotées d'un bureau, d'un grand placard et dont la clé est remise au patient. Elles sont équipées d'une salle d'eau comprenant un lavabo et son miroir, un WC et une douche. Les salles d'eau peuvent être fermées de l'intérieur grâce à un verrou de confort. Cependant, à l'instar des unités pour adultes, aucune chambre ne possède de bouton d'appel.

Recommandation

Les chambres des unités d'hospitalisation de pédopsychiatrie doivent être pourvues de boutons d'appel.

La quatrième chambre est une « chambre d'apaisement ». La porte est équipée d'un hublot offrant une visibilité sur la chambre depuis le couloir. Cette chambre n'est jamais fermée. Lors

de la visite, l'occupant de la chambre indiquait aux contrôleurs que l'aménagement était spartiate en raison de l'absence de chaise et de bureau.

La Source compte par ailleurs une chambre d'isolement (cf. § 5.2.1).

d) Le personnel

Les unités d'hospitalisation de pédopsychiatrie sont dotées de personnel en nombre suffisant permettant une prise en charge adaptée.

La présence médicale est assurée quotidiennement du lundi au samedi matin.

Il a été indiqué que le personnel soignant était stable et formé à la spécificité des prises en charge.

L'équipe se concerta sur les prises en charge et le fonctionnement institutionnel du service et du pôle notamment au travers :

- des réunions cliniques hebdomadaires réunissant toute l'ensemble de l'équipe soignante, la cadre de santé, l'éducateur, l'assistante sociale et une pharmacienne ;
- de réunions de synthèse sur des cas spécifiques ;
- des rencontres de médecins en « groupes de pairs », tous les mois ;
- des bureaux de pôle réunissant tous les médecins responsables de pôles et les cadres ;
- des visites annuelles des unités réalisées par le chef et l'assistante de pôle.

Par ailleurs, une supervision clinique animée par un professionnel extérieur à l'établissement, obligatoire pour tout le personnel, a lieu toutes les cinq semaines.

e) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée

L'examen médical d'entrée des patients dans le service est effectué par l'interne. Le médecin psychiatre réalise ensuite un entretien d'arrivée et d'évaluation du patient. Cet entretien est l'occasion d'exposer au patient les consignes et les restrictions qui lui seront prescrites.

Les entretiens avec le psychiatre ont lieu au moins deux fois par semaine et s'effectuent systématiquement en présence d'une infirmière, sauf demande expresse du patient.

Un livret d'accueil de l'unité ainsi que les règles de vies sont remis aux patients ainsi qu'à ses parents.

Les objets interdits sont rangés dans un casier nominatif du service dont les soignants possèdent la clé.

f) Les règles de vie

Les patients hospitalisés en pédopsychiatrie sont soumis aux règles de vie générale de l'unité et à des restrictions prescrites par le médecin.

Durant la première semaine, les communications téléphoniques ainsi que les visites sont interdites. Il a été expliqué aux contrôleurs que ces règles étaient un choix thérapeutique, afin de créer une rupture entre les adolescents et leurs familles car les pathologies présentées par les patients se manifestent bien souvent au sein de conflits familiaux. Néanmoins, durant cette période, les parents sont informés par téléphone et lors d'entretiens, du déroulement de l'hospitalisation et des traitements administrés à leur enfant. Dans un second temps, les appels téléphoniques et les visites sont autorisés dont la fréquence est prescrite par le médecin. Les visites sont médiatisées et se déroulent en présence d'un ou de plusieurs membre de l'équipe.

La prescription de pyjama d'hôpital n'est jamais appliquée en dehors de l'isolement.

Le rythme de vie est souple avec la prise du petit déjeuner possible entre 7h30 et 9h. Le déjeuner fait l'objet d'un repas thérapeutique. Il est pris en commun avec plusieurs membres de l'équipe. Le service est ouvert mais les patients doivent sortir accompagnés par un soignant ou par leurs parents. Il est parfois fermé en raison de l'état clinique d'un patient à risque de fugue. L'heure du coucher est décidée en fonction du programme de télévision.

8. CONCLUSION GENERALE

Le CHS s'inscrit dans une réelle dynamique qui se traduit notamment par l'élaboration d'un projet d'établissement cohérent et novateur qui répond aux besoins de soins psychiatriques. L'établissement mène une réflexion globale sur la prise en charge des patients, il existe une bonne collaboration entre les différents acteurs.

Il règne au sein de cet hôpital une bienveillance naturelle à l'égard des patients. Les équipes soignantes, qui au demeurant sont en nombre insuffisant, ont à cœur d'offrir une prise charge souple et individualisée. Il est toutefois anormal que les patients détenus ne puissent pas bénéficier des mêmes conditions de prise en charge. **De même, le nombre des mesures d'isolement est anormalement élevé et doit inciter l'ensemble des professionnels de santé à engager une réflexion de fond sur leurs pratiques.**

Enfin, il est à noter que l'équilibre financier de l'établissement demeure précaire alors même que la construction de nouveaux édifices s'avère urgente en raison des conditions d'hébergement qui, dans la majorité des unités visitées, ne sont pas acceptables.