



Rapport de visite :

Centre

psychothérapique de
l'Ain

Bourg-en-Bresse (Ain)

Du 11 au 15 janvier 2016 – Première visite

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre psychothérapique de l'Ain (CPA) du 11 au 15 janvier 2016. Cet hôpital, établissement privé d'intérêt collectif géré par l'association Orsac, est la seule structure de soins de maladies mentales du département de l'Ain. Il assure donc les missions de service public de psychiatrie de secteur, notamment la prise en charge des maladies psychiques en application de l'article L 3221-4 du code de santé publique.

Les unités d'hospitalisation du CPA sont installées en périphérie de Bourg-en-Bresse, dans un vaste parc, et offrent une capacité d'accueil en hospitalisation complète de 412 lits, 393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents. Le bon état de la plupart des locaux d'hébergement et de travail, l'effort de construction ou de rénovation entrepris pour les autres, le bon niveau de ses prestations hôtelières témoigne, en première impression, d'un souci de qualité, tant pour les professionnels que pour les patients qui y sont hospitalisés.

Pourtant, l'observation des modalités de prise en charge des patients, les constats de situations individuelles portant des **atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées faits lors de cette visite ont conduit la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté à mettre en œuvre la procédure d'urgence prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007** ; elle a saisi les autorités compétentes de ses observations et recommandations en leur demandant d'y répondre. Postérieurement à la réponse obtenue, observations, recommandations et réponses fournies ont été rendues publiques dans l'édition du 16 mars 2016 du Journal officiel ; elles figurent en annexe du présent rapport.

Les observations publiées relevaient :

Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle. Les restrictions d'ordre général portent sur l'utilisation des objets et des effets personnels, la communication avec l'extérieur (absence de téléphone personnel) et les sorties de l'unité. Une restriction à la liberté de circuler encore plus prononcée est pratiquée dans les unités de « soins de suite ». Les seize unités sont fermées, à l'exception de l'unité pour adolescents (sept lits) et de l'unité pour courts séjours (douze lits), quel que soit le statut d'admission des patients qu'elles accueillent.

L'isolement et la contention sont utilisés dans des proportions jamais observées jusqu'alors, et non conforme aux règles communément appliquées. Dans certaines unités, les patients à l'isolement ne sont pas vus par un médecin durant le week-end. Dans les unités de « soins de suite », au lieu d'être renouvelées quotidiennement, les « prescriptions » médicales d'enfermement et de contention particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux, sont renouvelées pour une durée de sept jours, pendant plusieurs mois et sans examen systématique du patient. La pratique habituelle du maintien de certains patients dans leur chambre fermée jour et nuit est habituelle.

Outre les vingt-cinq chambres d'isolement disponibles dans les unités ordinaires, l'établissement s'est doté d'une unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) de vingt-et-une chambres, toutes sur le modèle d'une chambre d'isolement et au régime particulièrement strict : port du pyjama obligatoire pendant toute la durée du séjour, proscription du tabac, impossibilité pour les patients de conserver leurs affaires personnelles dans leur chambre. Dans le meilleur des cas, les patients ne sont enfermés que dix-neuf heures par jour dans leur chambre. Le recours aux contentions est important.

Les patients détenus font l'objet d'un traitement spécifique, indépendamment de leur état clinique : mise sous contention systématique jusqu'au premier entretien avec un psychiatre, examen médical somatique incluant l'inspection des parties génitales à des fins de sécurité et pratiqué sur le patient attaché, placement systématique à l'UMAP, donc en chambre d'isolement, durant toute la durée de l'hospitalisation.

Divers facteurs ont permis le développement et la pérennisation de cette situation dans l'apathie de la plupart des responsables administratifs, des médecins et des soignants. Elle est manifestement plus imputable à l'absence de réflexion sur les pratiques et les conditions de fonctionnement de l'établissement qu'à l'indifférence sur leurs effets.

Les difficultés de recrutement de médecins conjuguées aux choix d'organisation ont conduit à un mode de fonctionnement où le souci de sécurité a pris le pas sur la réflexion sur la qualité du soin. Ainsi, les restrictions imposées aux patients sont générales, sans rapport individualisé avec leur état clinique : privation du téléphone personnel, mise en pyjama, interdiction d'accès au parc, accès limité au tabac. Ce corpus de règles et procédures est d'autant mieux respecté par les équipes soignantes que celles-ci souffrent d'un déficit de présence médicale qui pourrait en moduler l'application à la lumière de l'analyse des pratiques. Le résultat se traduit par une approche sécuritaire de la prise en charge des patients dont l'effet sur sa qualité thérapeutique mérite certainement d'être évalué, ce qui n'est pas de la compétence du CGLPL, mais surtout au mépris de leurs droits fondamentaux.

Pourtant, les interlocuteurs rencontrés ne se montrent pas tous insensibles ou aveugles à ces dérives, mais l'institution ne ménage aucun espace où elles pourraient être analysées, discutées et revues. Des éléments d'alerte, par exemple, l'enquête de satisfaction, qui notamment, fait état dans le dispositif de suite d'une insatisfaction sur la relation avec le médecin à près de 53 %, ne sont pas pris en compte. Les représentants des familles des patients et des usagers ne participent à aucune instance de gouvernance de la structure et ne sont pas consultés sur ses choix stratégiques. De plus, l'établissement fait preuve d'une réactivité tout à fait déficiente aux situations très préoccupantes qui lui sont signalées par ces partenaires. La place des familles et des usagers doit donc être très sérieusement renforcée.

La capacité de réflexion collective est désagrégée dans la routine et la soumission au pouvoir médical. L'incarnation de celui-ci dans une équipe dont de nombreux membres ont effectué la totalité de leur carrière sur place, sûre de leur légitimité dans leurs pratiques et qui a géré ses quelques clivages internes par la balkanisation des structures, n'est pas de nature à aider à l'émergence d'une ré-interrogation des pratiques.

La formation des soignants aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 dispensée par l'établissement est manifestement insuffisante s'agissant des droits des patients. Elle doit être améliorée et complétée par une sensibilisation à l'éthique et à la bientraitance.

Les constats opérés par le CGLPL ont conduit l'agence régionale de santé à adresser des instructions à l'établissement pour mettre en œuvre des recommandations formulées, instructions dont la réalisation est vérifiée par un comité de suivi qui s'est réuni à un rythme bimestriel au cours de l'année suivant la visite. Les mesures mises en œuvre portent sur la libre circulation adaptée selon les unités, la proscription de l'enfermement en chambre ordinaire et la diminution des pratiques d'isolement et de contention (passées de 13 000 jours en 2015 à 4 000 en 2016). Elles prévoient un doublement de l'astreinte médicale de week-end.

Ces améliorations, qu'il convient de saluer, ne suffiront pas, à elle seules, à assurer le respect des droits des patients. Pour garantir de manière pérenne la qualité de la prise en charge, il est

en particulier nécessaire d'impliquer l'équipe médicale dans la réflexion et de la responsabiliser sur la réorganisation des services.

OBSERVATIONS

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 14

L'organisation choisie par l'établissement devrait être réétudiée en vue de permettre une hospitalisation dans des unités ouvertes pour la grande majorité des patients.

2. RECOMMANDATION 19

Il est regrettable que les données d'activité, disponibles sur des tableaux de bord médico-économiques pour chacun des pôles et des secteurs d'activité et accessibles à chacun des binômes médecins et cadres du pôle concerné, ne fassent pas l'objet d'analyse partagée au sein de l'établissement et ne servent pas de support à des réflexions collectives.

3. RECOMMANDATION 20

Il importe d'insister sur l'absence de toute participation des représentants des familles et des usagers aux instances de gouvernance de l'établissement et à ses choix stratégiques. De plus, l'établissement fait preuve d'une réactivité tout à fait déficiente aux situations très préoccupantes qui lui sont signalées par ces partenaires. La place des familles et des usagers doit donc être très sérieusement renforcée.

4. RECOMMANDATION 23

La proportion de patients privés de liberté dans le cadre d'une procédure d'urgence, dont le caractère devrait être exceptionnel, est préoccupante ; les causes de cette situation doivent être analysées afin que soient prises des mesures visant à réduire cette proportion.

5. RECOMMANDATION 24

La formation aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 dispensée par l'établissement est manifestement insuffisante s'agissant des droits des patients et de leur notification. Elle doit être améliorée.

6. RECOMMANDATION 25

L'établissement doit établir les modalités de la désignation d'une personne de confiance, et ce quelle que soit l'unité d'hospitalisation.

7. RECOMMANDATION 25

Il a été indiqué qu'il n'y a pas de corrélation entre le placement en chambre d'isolement d'un patient et son statut d'hospitalisation. Or, le placement en chambre d'isolement entraîne une impossibilité d'aller et venir qui ne saurait se concilier avec un régime d'hospitalisation en soins libres.

8. RECOMMANDATION 27

L'information des patients sur leur statut d'admission, les modalités de recours contre la décision de soins sans consentement et les droits que leur statut emporte doit être assurée, notamment par la formation adaptée des soignants qui en ont la charge.

9. RECOMMANDATION 32

La libre circulation dans l'établissement doit être érigée en règle, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient.

10. RECOMMANDATION 35

Une approche sanitaire des addictions, respectueuse des patients dans une logique de réduction des risques et incluant une diversité de modalités d'intervention devrait être mise en œuvre.

11. RECOMMANDATION 35

Les restrictions de conservation de leur téléphone portable par les patients doivent être justifiées, notamment au regard de la diversité des pratiques entre les six unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différence de pathologies qui pourraient expliquer un traitement différencié.

12. RECOMMANDATION 43

Le recours à l'isolement et, plus radicalement, le recours à l'unité Pinel ainsi que les fonctions que celle-ci remplit, de fait, pour les autres unités doivent être réexaminés non seulement au regard des droits des patients mais également à celui de leur pertinence thérapeutique.

13. RECOMMANDATION 54

Aucun protocole ne saurait imposer à un médecin le sens de l'avis qu'il doit formuler sur l'état clinique d'un patient et les capacités de ce dernier, quelle que soit la nature des traitements ou des mesures dont le patient a pu être l'objet, sa situation pénale ou l'appréciation que peut porter l'administration pénitentiaire sur son comportement.

14. RECOMMANDATION 61

Une réflexion sur les effets de la fermeture de l'ensemble des unités d'admission doit être conduite afin de respecter la liberté d'aller et venir des patients en soins libres et de ne limiter celle des patients en soins sans consentement que dans la stricte mesure où leur état clinique le nécessite.

15. RECOMMANDATION 61

La pertinence de l'imposition du pyjama lors de l'admission, mesure qui porte atteinte à la dignité des patients, doit être réévaluée.

16. RECOMMANDATION : 76

La faiblesse de la présence médicale dans l'ensemble des unités d'hospitalisation au long cours exige une réorganisation des services des psychiatres afin que la présence médicale dans chacune des unités soit suffisante et au moins quotidienne

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT REPOSE SUR LE CPA	11
2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	11
2.2.1 De la congrégation des sœurs de Saint Joseph à l'association ORSAC	11
2.2.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement	12
2.3 UN BON CLIMAT SOCIAL DU PERSONNEL MAIS DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DE MEDECINS.....	14
2.3.1 Le personnel médical	14
2.3.2 Le personnel non médical	15
2.3.3 La gestion des ressources humaines	16
2.4 LE BUDGET PERMET LA POURSUITE DU PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS	17
2.5 L'ACTIVITE EST STABLE	17
2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT REALISES	19
2.6.1 Le registre de la loi	19
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques	20
2.6.3 La visite des autorités.....	20
2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE NE SONT PAS EFFECTIVES	20
2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	20
2.7.2 Le comité d'éthique	21
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	22
3.1 LES MODALITES DE L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT DOIVENT ETRE REVUES	23
3.1.1 Les modalités d'admission	23
3.1.2 La gestion administrative des patients.....	23
3.1.3 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	24
3.1.4 Le recueil des observations des patients	25
3.1.5 La désignation d'une personne de confiance	25
3.1.6 Les cas de sur-occupation et de transfert	25
3.1.7 Le collège médical	26
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS N'EST PAS ASSUREE	27
3.3 LES SORTIES NE POSENT PAS DE DIFFICULTES	27
3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'APPELLE PAS D'OBSERVATIONS	27
3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience	27
3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention	28
4. LES DROITS DES PATIENTS	29
4.1 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	29
4.2 LE DROIT DE VOTE EST ASSURE	29
4.3 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT ASSUREES POUR LE CULTE CATHOLIQUE	29
4.4 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST ASSUREE	29
5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION	30
5.1 LA VIE COURANTE EST CARACTERISEE PAR LA RESTRICTION DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR	30
5.1.1 La liberté d'aller et venir	30

5.1.2	La restauration	32
5.1.3	L'accès au tabac et la consommation de produits illicites	33
5.2	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES DU FAIT DES RESTRICTIONS D'ACCES AU TELEPHONE	35
5.2.1	Le téléphone	35
5.2.2	Les visites	36
5.3	LES SOINS SOMATIQUES SONT CORRECTEMENT ASSURES HORMIS POUR LES PATIENTS ISOLES OU SOUS CONTENTION	36
5.3.1	L'accès au médecin généraliste	36
5.3.2	Les consultations spécialisées et l'hospitalisation en médecine et chirurgie	37
5.3.3	Les soins dispensés par le service infirmier	37
5.3.4	Le laboratoire	38
5.3.5	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)	38
5.4	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION , LE POINT NOIR DE L'ETABLISSEMENT	38
5.4.1	L'isolement	40
5.4.2	La contention	44
5.4.3	L'Unité Pinel	44
5.5	LA SECURITE N'APPELLE PAS D'OBSERVATION ,LES INCIDENTS SONT CORRECTEMENT PRIS EN COMPTE MAIS PAS LES COURRIERS DES FAMILLES	52
5.5.1	Le traitement des plaintes et réclamations	52
5.5.2	Les événements indésirables	53
5.6	L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES NE RESPECTE PAS LES DROITS DES PATIENTS DETENUS	54
6.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	55
6.1	LE CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT PERMET L'OBSERVATION DES PATIENTS DANS DE BONNES CONDITIONS	55
6.2	LE POLE DE PEDOPSYCHIATRIE N'APPELLE PAS D'OBSERVATIONS	56
6.2.1	L'unité des adolescents	56
6.2.2	Unité des enfants	57
6.3	LES UNITES D'ADMISSION SONT CARACTERISEES PAR LEUR FERMETURE ET LE PORT FREQUENT DU PYJAMA	59
6.3.1	Les conditions de fonctionnement	60
6.3.2	L'arrivée	60
6.3.3	La vie quotidienne	60
6.3.4	Les activités	62
6.4	LES UNITES D'HOSPITALISATION AU LONG COURS : UNE INSUFFISANTE PRESENCE MEDICALE	62
6.4.1	Unité Charcot	64
6.4.2	L'unité Pussin	70
6.4.3	L'unité Kraepelin	72
6.4.4	L'unité Bourneville	74
6.5	LES DEUX UNITES DE GERONTO-PSYCHIATRIE OFFRENT UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE EN LIEN AVEC LES ACTEURS EXTERIEURS	76
6.6	LA PSYCHIATRIE ADULTES – L'HOPITAL DE JOUR ET LE CATTP ÉRASME, LES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES : UNE OFFRE D'ACTIVITES DIVERSIFIEE	82
7.	AMBIANCE GENERALE	83

Rapport

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Catherine Bernard, contrôleure
- Cyrille Canetti, contrôleur
- Hubert Isnard, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre psychothérapique de l'Ain, situé à Bourg-en-Bresse, du 11 au 15 janvier 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au site Saint-Georges du centre psychothérapique de l'Ain (CPA) le 11 janvier 2016 à 11h. Ils l'ont quitté le 15 janvier à 16h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du CPA qui leur a présenté les caractéristiques de l'établissement. En début d'après-midi du même jour, les contrôleurs ont présenté leur mission lors d'une réunion à laquelle participaient :

- le directeur du CPA ;
- la directrice des soins ;
- le chef du service du système d'information ;
- la responsable de la cellule qualité ;
- les psychiatres responsables de secteur ou de dispositif, dont la présidente de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- les cadres supérieurs de santé des secteurs et des dispositifs.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de l'Ain, le vice-procureur de la République et le président du tribunal de grande instance de Bourg-en-Bresse, le délégué territorial de l'Ain de l'agence régionale de santé (ARS) de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

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

Il a été mis à la disposition de ces derniers une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe de contrôle ont été mis à sa disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite 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 du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 15 janvier 2015 en présence du directeur, de ses adjoints, du nouveau président de la CME, élu le matin même, et des médecins responsables des dispositifs.

Les constats de situations individuelles et de conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement faits lors de cette visite ont conduit la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté à mettre en œuvre la procédure d'urgence prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 ; elle a saisi les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y répondre. Postérieurement à la réponse obtenue, ses observations et les réponses obtenues ont été rendues publiques dans l'édition du 16 mars 2016 du Journal officiel. Elles sont reprises en annexe du présent rapport.

Le rapport de constat établi après cette visite a été transmis le 6 octobre 2016 au directeur de l'établissement qui a présenté ses observations par courrier du 17 novembre 2016 ; le présent rapport de visite en tient compte.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT REPOSE SUR LE CPA

Le centre psychothérapique de l'Ain, établissement privé d'intérêt collectif, est la seule structure de soins de maladies mentales du département de l'Ain. Il assure donc les missions de service public de psychiatrie de secteur notamment la prise en charge des maladies psychiques en application de l'article L 3221-4 du code de santé publique.

Les 600 000 habitants du département sont répartis dans les secteurs suivants :

- le secteur centre avec la ville de Bourg-en-Bresse ;
- le secteur Est, autour de Gex ;
- le secteur Sud, autour d'Ambérieu ;
- le secteur Ouest, la Bresse.

L'offre de soins est complétée par une vingtaine de psychiatres exerçant en activité libérale – dont certains exercent dans l'établissement –, offrant une capacité de soins très en deçà des besoins du département et qui, au surplus, est en voie de déclin compte tenu de départs en retraite prochains.

Enfin, une clinique privée d'une capacité de quatre-vingts lits et vingt places d'hospitalisation de jour doit ouvrir à Chatillon-en-Michaille au cours de l'année 2017.

2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

2.2.1 De la congrégation des sœurs de Saint Joseph à l'association ORSAC

Au cours du 19^{ème} siècle, l'accueil des malades a été assuré par la congrégation des Sœurs de Saint Joseph du diocèse de Belley. En 1826, elle crée l'hospice Sainte-Madeleine destiné aux femmes ; la même congrégation a, en 1933, pris la direction du dépôt de mendicité Saint-Lazare, créant un asile d'aliénés pour hommes. En 1855 la congrégation acquiert la propriété du Cuègre laquelle, après rénovation, deviendra l'hôpital Saint-Georges qui accueille désormais les malades de Saint-Lazare.

En 1971, est constitué le centre psychothérapique de l'Ain (CPA) par la fusion des hôpitaux psychiatriques Saint-Georges et Sainte-Madeleine. Sa gestion a été confiée en 1972 à l'organisation pour la Santé et l'Accueil (ORSAC), association régie par la loi de 1901 et reconnue d'utilité publique.

Le site central du CPA, l'hôpital Saint-Georges, occupe un domaine de 30 ha, situé en périphérie Nord de la ville de Bourg-en-Bresse, où sont installés les services administratifs et les unités d'hospitalisation.

Une trentaine d'autres structures du CPA – centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour ainsi qu'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie sont répartis dans les principales agglomérations du département.

La seule instance de gouvernance de l'établissement est le conseil d'administration de l'ORSAC – dont le siège est à Lyon(Rhône) – sans autre gouvernance locale partagée ; les représentants des acteurs concernés, comme les représentants des usagers et des familles, ne sont donc pas formellement associés à la gouvernance de l'établissement.

Le directoire associe la direction ainsi que les représentants des médecins et des cadres des différents secteurs d'activités. La CME¹ et le CHSCT² se réunissent régulièrement.

Trois fois par an la commission associative locale réunit les directeurs de l'équipe de direction de l'établissement avec le président et le secrétaire général de l'association.

2.2.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

En 2010, en raison de la diminution du nombre de médecins, l'établissement a choisi de redécouper les secteurs de psychiatrie générale, passant de six à quatre secteurs pour une population de 600 000 habitants et de mettre en place, pour les adultes, des dispositifs transversaux non sectorisés. La logique de sectorisation en matière d'hospitalisation ne perdure que pour les unités d'admission.

Désormais, l'établissement est organisé autour de quatre pôles de psychiatrie sectorisés et quatre pôles transversaux. Chacun des pôles est placé sous la responsabilité d'un binôme managérial avec un médecin et un cadre supérieur de santé.

L'offre sectorisée en psychiatrie générale dispose de dix centres médico- psychologiques (CMP), cinq hôpitaux de jour et onze centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et d'une offre d'hospitalisation sectorisée implantée à l'hôpital Saint-Georges de Bourg-en-Bresse. Celle-ci comprend :

- 1) six unités dites « d'entrée » dont deux sont co-sectorisées principalement dans une logique de sous-sectorisation géographique :
 - secteur centre (Bourg-en Bresse) : unité Epidaure ;
 - secteur Est (pays de Gex et Haut Bugey) : unité Chamoise ;
 - secteur Sud (plaine de l'Ain et Bugéy-Ambérieu) : unité L'Ormet ;
 - secteur Ouest (Dombes, Bresse et val de Saône-Montrevel, Chatillon) : unité Les Charmilles ;
 - secteurs Est et Ouest : unité Oasis ;
 - secteurs Sud et Centre : unité Le Colombier.

Ces six unités sont des unités d'admission ; elles disposent chacune de vingt-cinq lits et de deux chambres d'isolement. Elles sont toutes fermées ; le projet d'établissement prévoit une ouverture expérimentale de deux unités pour la période 2015-2019.

- 2) Le dispositif CAP-Renouée-Fleyriat

¹ CME commission médicale d'établissement

² CHSCT comité hygiène sécurité et conditions de travail

- le centre d'accueil permanent (CAP) assure une permanence téléphonique et physique 24h sur 24, pour accueillir, évaluer, diagnostiquer, traiter ou orienter les patients. Il dispose de trois lits permettant une hospitalisation pour observation pendant 24 à 48 heures ;
- la Renouée est une unité ouverte d'hospitalisation de court séjour n'accueillant que des patients en soins libres avec une durée moyenne de séjour de 29 jours. Les contrôleurs n'ont pas visité cette unité dans laquelle aucun patient en soins sans consentement n'est accueilli.

Ce dispositif assure la psychiatrie de liaison au CHG de Fleyriat avec un équivalent temps plein (ETP) de psychiatre et cinq ETP d'infirmiers. En revanche, la psychiatrie de liaison à Belley, Oyonnax et Saint-Julien-en-Genevois (CHG implanté en Haute-Savoie mais accueillant de nombreux patients de l'Ain) est assurée par les secteurs.

- 3) un secteur de psychiatrie infanto-juvénile couvrant tout le département. Il dispose en termes d'équipements de dix CMP, six CATTP, un hôpital de jour et de deux unités d'hospitalisation, l'unité de soins (US) Enfant fermée (douze lits et deux chambres d'isolement) et l'US Ados ouverte (sept lits).
- 4) Un dispositif destiné aux personnes âgées qui repose sur un CMP spécifique à Bourg, une équipe mobile départementale psycho-gérontologique qui intervient à domicile en situation de crise ou au substitut du domicile et deux unités d'hospitalisation de vingt lits et deux chambres d'isolement : Victor Hugo et George Sand. Ces unités assurent l'accueil et la prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus, souffrant de troubles psychiatriques liés au vieillissement.
- 5) un dispositif de réhabilitation gère un centre de jour qui fonctionne en lien avec un atelier thérapeutique d'imprimerie le Par-Chemin et l'UAE (unités d'activités d'expression) fonctionnant comme un CATTP pour les patients hospitalisés, une unité de préparation à la sortie (UPS), une résidence de dix-sept places et quatre appartements thérapeutiques et enfin une unité de post-cure Hélios située à Hauteville-Lompnes à 60 km de Bourg-en-Bresse.
- 6) Le dispositif de suite regroupe :
 - une unité de trente et un lits, Bourneville, accueillant des patients souffrant de psychose déficitaire ;
 - trois unités d'hospitalisation Pussin, Charcot et Kraepelin, comptant un total de quatre-vingt-sept lits, prenant en charge des patients dits de « longue évolution » adressés par les secteurs de psychiatrie ou des patients séjournant dans des établissements sociaux ou médico-sociaux et qui font un épisode de décompensation psychiatrique. Le projet est théoriquement identique pour ces trois unités ;
 - une équipe mobile des services de suite intervenant en maison d'accueil spécialisée (MAS), foyers d'accueil spécialisé, foyers occupationnels, etc.
 - un hôpital de jour *intra muros*, Erasme d'une capacité de trente-cinq places ;
 - l'unité intersectorielle de soins, Pinel, unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) d'une capacité de vingt et un lits ; elle accueille exclusivement des patients en soins sans consentement présentant des troubles du comportement ; cette unité est la seule de l'établissement à accueillir des patients détenus.

Ce dispositif assume la responsabilité des soins psychiatriques au centre pénitentiaire de 690 places théoriques de Bourg-en-Bresse.

Enfin, l'unité fonctionnelle de médecine somatique (UFMS) est une unité transversale assurant les soins des patients hospitalisés au CPA.

Par ailleurs l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur.

Sur le site de Bourg-en-Bresse, le CPA dispose d'une capacité d'accueil en hospitalisation complète de 412 lits, 393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents.

Cette capacité théorique est étendue par l'utilisation de « couchettes », lits supplémentaires installés dans certaines unités ; ces adjonctions ont conduit à des taux d'occupation supérieurs à 100 % dans six unités au cours de l'année 2014 (avec notamment un taux de 107,5 % pour l'unité Bourneville) et un taux moyen global annuel de 92 %.

La direction de l'établissement mesure que l'organisation choisie a pour effet la fermeture de toutes les unités, hormis la Renouée. Elle souhaiterait casser cette logique de structures pour raisonner par filière mais elle ne recueille pas l'assentiment de la communauté médicale dont une partie défend un meilleur parcours non à l'intérieur de l'hôpital mais entre l'intra et l'extra hospitalier.

Recommandation

L'organisation choisie par l'établissement devrait être réétudiée en vue de permettre une hospitalisation dans des unités ouvertes pour la grande majorité des patients.

2.3 UN BON CLIMAT SOCIAL DU PERSONNEL MAIS DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DE MEDECINS

2.3.1 Le personnel médical

L'effectif médical de l'établissement est de 63,3 ETP pour 80 personnes incluant les activités du CSAPA³.

L'établissement rencontre des difficultés pour recruter des médecins psychiatres ce qui l'a conduit à faire appel à des médecins étrangers ou à proposer un cumul emploi- retraite à de jeunes retraités qui travaillent à mi-temps. Il a également recruté des médecins généralistes (9,6 ETP) pour assurer des activités de psychiatrie, certains d'entre eux exercent dans l'établissement depuis plus de dix ans et l'un est en formation au diplôme universitaire de psychiatrie. Deux postes de pédopsychiatre étaient à pourvoir lors de la visite.

Pendant quinze ans, le CPA n'a plus reçu d'internes ; la reprise des affectations depuis 2012 (treize internes en janvier 2016) peut contribuer à une nouvelle dynamique médicale.

L'effectif pour les activités cliniques de psychiatrie est de 57,4 ETP dont seulement 47,6 ETP sont effectués par des psychiatres et dont 11,5 ETP sont affectés au pôle de pédopsychiatrie.

³ CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Effectif médical pour les activités de psychiatrie		
Situation au 20 janvier 2016	ETP Global	ETP de psychiatres
secteur centre	7	5
secteur Ouest	8,5	8,5
secteur Sud	9	8
secteur Est	5,8	4,4
dispositif de suite	2,6	1
réadaptation	2	2
pédopsychiatrie	11,5	11,5
Dispositif personnes âgées	6,3	3,3
CAP/Fleyriat/Renouée/précarité	4,7	3,9
Total	57,4	47,6

L'équipe de l'unité fonctionnelle de médecine générale est, par ailleurs, composée de 3,5 ETP.

Les médecins sont principalement recrutés selon la convention collective nationale de 1951.

L'organisation des services prévoit une présence médicale psychiatrique, ou des passages réguliers, pour des activités de liaison ou dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Bourg-en-Bresse, Belley, Oyonnax et Saint-Julien-en-Genevois – qui est situé en Haute-Savoie mais répond aux besoins d'une partie de la population de l'Ain.

Les psychiatres assurent une astreinte pour l'ensemble de l'établissement de 17h à 9h tous les jours ainsi que les samedis et dimanches ; les internes et les assistants généralistes assurent une garde sur place.

Des professionnels non médicaux ont fait état d'une formation insuffisante des psychiatres pour assurer la sécurisation institutionnelle d'une équipe soignante et certaines équipes, notamment au sein d'unités du dispositif de suite, ressentent une « insécurité institutionnelle ».

Il a également été indiqué que l'établissement souffrait d'un fossé générationnel dans l'équipe médicale constituée pour partie de psychiatres proches de la retraite, présents au CPA depuis leur internat et perpétuant des pratiques anciennes.

2.3.2 Le personnel non médical

Le personnel soignant non médical⁴ et les ASH-aides-hôtelières représentent 726 ETP⁵ en décembre 2015 et environ 63 % de la masse salariale.

⁴ Cadre supérieur de santé, cadre de santé, infirmier, psychologue, assistant social, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, éducateur spécialisé, aide-soignant, aide médico-psychologique, agent des services hospitaliers (ASH), secrétaires médicales.

⁵ ETP : équivalent temps plein

Les effectifs théoriques de jour sont identiques pour toutes les unités avec 19,5 ETP soignants, à l'exception des unités d'une trentaine de lits du dispositif de suite (Bourneville, Pussin, Charcot et Kraepelin) qui disposent de 21 ETP.

Les équipes de nuit fonctionnent avec deux soignants par unité sauf celles susnommées du dispositif de suite et celles pour les personnes âgées qui disposent de trois veilleurs pour deux unités.

Les horaires des équipes de soins sont de 6h20 à 13h50, 13h10 à 20h40.

Dans certaines unités, l'équipe peut être renforcée par un infirmier sur un poste de journée selon des horaires variables en fonction des activités prévues mais classiquement de 8h30 à 16h.

L'organisation des services prévoit une astreinte assurée par les dix-sept unités, soit le matin soit l'après-midi, pour venir en renfort en cas de besoin sur d'autres unités ou pour assurer un déplacement d'un soignant à l'hôpital général, par exemple. L'appel à cette astreinte est déclenché par le cadre de coordination.

Par ailleurs, la logique de solidarité est organisée par bloc de bâtiment pour les appels à renfort en urgence ; elle s'exécute dans une ambiance professionnelle qui apparaît bonne.

2.3.3 La gestion des ressources humaines

L'établissement ne connaît aucune difficulté de recrutement pour les infirmiers et les aides-soignants ; ceci est expliqué par les conditions de rémunération prévues par la convention collective ainsi que par la présence, au sein de l'établissement, d'un IFSI⁶ qui forme soixante-six étudiants par promotion⁷.

Les soignants n'ont pas toujours le choix de leur service d'affectation et les nouveaux agents sont souvent affectés dans le service de suite.

La mobilité au sein de l'établissement est organisée différemment selon les lieux d'affectation ; elle peut être sollicitée par les agents lors des entretiens annuels ; elle est théoriquement possible après trois ans de travail dans les unités de suite mais plutôt après cinq ans dans les autres unités. En réalité, les agents ont indiqué pouvoir muter d'une unité de suite à une autre après un an dans le service de suite.

Dans ses observations du 17 novembre 2016, le directeur de l'établissement fait valoir que « *par la mobilité et les départs successifs, des postes sont à pourvoir sur l'ensemble de l'établissement.* »

⁶ IFSI : institut de formation en soins infirmiers

⁷ Deux autres IFSI sont implantés dans le département, au CHG de Bourg-en-Bresse et à Hauteville-Lompnes.

La formation continue est jugée insuffisante par de nombreux professionnels, depuis la mise en place des formations obligatoires avec le DPC⁸ qui mobilisent l'essentiel du budget de formation ; elle prendrait insuffisamment en compte les souhaits individuels et les besoins des équipes pour développer des projets concertés répondant aux besoins de soins des patients. Les éléments techniques fournis ne permettent pas d'avoir une idée précise sur les évolutions de l'investissement réel de l'établissement en la matière. Notamment reste indéterminée la contribution de la formation à l'amélioration des compétences des équipes dans l'accompagnement et la prise en charge des patients et dans le respect de leurs droits.

La formation à la gestion de la violence (cf. § 0) doit concerner tous les salariés de l'établissement hospitalier ; deux groupes de quinze personnes sont formés chaque année soit environ 240 personnes depuis huit ans, sans que le nombre des personnes restant à former soit connu (prise en compte du *turn-over* etc.).

Dans ses observations du 17 novembre 2016, le directeur de l'établissement fait valoir, s'agissant de la généralisation de la formation à la gestion de la violence à tous les salariés « *qu'il n'y a aucune obligation légale en la matière.* »

Une formation destinée aux non soignants pour les sensibiliser à l'approche des pathologies mentales vise en particulier les ASH et les assistantes sociales.

2.4 LE BUDGET PERMET LA POURSUITE DU PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS

Le montant total des recettes a été en 2015 de 79,201 millions d'euros dont la dotation annuelle de financement (DAF) de 68,958 millions d'euros, pour des dépenses de 78,570 millions d'euros. Le résultat de l'exercice a donc été légèrement excédentaire.

Le CPA poursuit le programme d'investissements qu'il a développé depuis une quinzaine d'années et dont la qualité des locaux témoigne à l'exception principalement des locaux de quatre unités de soins du dispositif de suite. Ces unités, qui auront été les dernières à bénéficier du programme de reconstruction, doivent déménager en 2017 dans un bâtiment en cours de construction.

L'établissement bénéficie d'un soutien au titre de l'opération « hôpital numérique ». Il gère également les budgets spécifiques de l'IFSI et du CSAPA.

2.5 L'ACTIVITE EST STABLE

La file active globale de l'établissement est stable depuis dix ans, elle se situe entre 16 200 et 16 600 patients dont un peu plus de 4 000 patients en psychiatrie infanto-juvénile et de 12 000 patients en psychiatrie générale. Classiquement, la majorité des patients est prise en charge sur le mode ambulatoire.

En 2014, 37 % des patients hospitalisés l'ont été, au moins une fois dans l'année, en soins sans consentement ce qui représente 31 % des séjours mais 42 % des journées en raison d'une durée moyenne de séjour plus longue à l'exception notable de celle des personnes détenues. Ces données sont très comparables à celles de 2013 avec respectivement 39 % des patients, 32 % des séjours et 41 % des journées.

⁸ DPC : développement professionnel continu qui intègre l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation continue

Parmi les personnes hospitalisées en 2014, 80 avaient moins de 15 ans et 127 avaient entre 15 et 19 ans.

Les informations recueillies auprès du département d'information médicale (DIM) ne permettent pas de connaître le nombre de journées de prescription de chambre d'isolement ou de contention.

Tableau relatif à l'activité d'hospitalisation complète en 2014 au CPA en fonction du mode légal de soins

Mode légal de soins Source DIM	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Nombre moyen de journées par patient
soins psychiatriques libres	4 939	74 466	1 970	38
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	137	5 897	69	85
soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	6	773	4	193
soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement	3	67	2	33
soins psychiatriques aux détenus	35	347	32	11
soins psychiatriques à la demande d'un tiers	1 542	41 414	616	67
soins psychiatriques pour péril imminent	285	5 951	161	37
SOUS-TOTAL: soins sans consentement	2 008	54 449	861	63
TOTAL⁹	6 497	128 915	2 349	55

Les données d'hospitalisation complète, fournies aux contrôleurs par le DIM pour chacun des pôles d'activités pour l'année 2013, sont regroupées dans le tableau ci-dessous et rendent compte, au seul regard de la durée moyenne d'hospitalisation complète (HC) par patient, de fonctionnements assez différents selon les spécificités des pôles transversaux mais aussi en fonction des secteurs.

⁹ Un même patient peut être hospitalisé selon différents statuts d'hospitalisation ; le total ne correspond donc pas toujours aux sommes des données présentées en colonne.

Activité d'hospitalisation complète 2013 (source DIM)	Nbre de patients	Nbre de journées réalisées en HC	Durée moyenne d'hospitalisation (en jours)
secteur Sud	571	17 194	30,1
secteur Centre	363	9 656	26,6
secteur Ouest	242	9 925	41,0
secteur Est	420	16 874	40,2
dispositif personnes âgées	201	12 643	62,9
dispositif de suite	560	45 700	81,6
réhabilitation hospitalisation	79	7 293	92,3
CAP et Renouée	745	8 491	11,4
pédopsychiatrie	128	4 025	31,4

Recommandation

Il est regrettable que les données d'activité, disponibles sur des tableaux de bord médico-économiques pour chacun des pôles et des secteurs d'activité et accessibles à chacun des binômes médecins et cadres du pôle concerné, ne fassent pas l'objet d'analyse partagée au sein de l'établissement et ne servent pas de support à des réflexions collectives.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT REALISES

2.6.1 Le registre de la loi

Le registre de la loi est tenu par le service de la gestion administrative des patients.

Le dernier livre ouvert l'a été le 12 décembre 2015 ; le 12 janvier 2016, il portait la mention n°191.

Les certificats médicaux ne sont pas placés dans le registre de la loi, pas plus que les décisions du juge des libertés et de la détention (JLD) . À la place prévue pour l'agrafage de ces documents, le service mentionne le nom du médecin auteur du certificat en précisant s'il s'agit d'un certificat d'entrée, de 24 heures ou de 48 heures. Il est également mentionné si le patient peut être entendu en audience. Les certificats sont conservés dans les dossiers administratifs des patients.

Dans ses observations du 17 novembre 2016, le directeur de l'établissement fait valoir qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'impose l'agrafage des certificats médicaux et décisions des JLD dans le registre de la loi.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) vient trois fois par an à l'établissement soit pour 2015 les 3 février, 9 juin et 6 octobre.

Les patients savent qu'elle est un mode de recours et l'utilisent. En témoignent les comptes rendus de l'année 2015 où la commission fait état de ses interrogations s'agissant du maintien en SPDRE d'un patient.

De ces comptes rendus, il ressort également que la commission s'est préoccupée de ce que les certificats médicaux étaient insuffisamment circonstanciés et argumentés, les praticiens faisant trop régulièrement usage du « copié/collé ».

2.6.3 La visite des autorités

Le substitut du procureur de la République du TGI de Bourg-en-Bresse s'est rendu deux fois en dix ans à l'établissement.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE NE SONT PAS EFFECTIVES

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Un espace des usagers est organisé au sein de l'établissement avec un planning hebdomadaire de présence d'associations à laquelle participent notamment l'association Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH).

La commission des usagers travaille en lien avec la direction de la qualité sur les thèmes des droits et de la bientraitance et développe dans ce contexte une bonne collaboration notamment avec l'UNAFAM.

Recommandation

Il importe d'insister sur l'absence de toute participation des représentants des familles et des usagers aux instances de gouvernance de l'établissement et à ses choix stratégiques. De plus, l'établissement fait preuve d'une réactivité tout à fait déficiente aux situations très préoccupantes qui lui sont signalées par ces partenaires. La place des familles et des usagers doit donc être très sérieusement renforcée.

A ce titre il a été fait état après des contrôleurs de situations concrètes où les atteintes manifestes aux droits des patients ne donnaient lieu à aucune évolution réelle après les signalements, qu'ils concernent des situations de placement de très longue durée en chambre d'isolement ou sous contentions prolongées ou encore des situations de limitation du droit de visite.

A titre d'exemple, une médiation sur une situation, intervenue plus d'un mois et demi avant le contrôle, avait permis de conclure à un changement de service d'un patient. Ce changement non seulement n'avait toujours pas été effectué au moment du contrôle, témoignant d'une inertie particulièrement désespérante ou délétère, mais donnait sans doute lieu également à des manipulations du patient selon ce que les contrôleurs ont pu constater.

Ces signalements auraient dû donner lieu à une réaction rapide de l'établissement ; celui-ci a pourtant laissé perdurer des situations qu'il était en mesure d'identifier depuis longtemps et auxquelles il pouvait apporter des solutions.

Plus globalement, le CPA fait preuve d'une absence de volonté politique de travailler réellement avec les usagers et les familles dans une approche partenariale en vue de promouvoir le respect et l'autonomie des personnes.

2.7.2 Le comité d'éthique

Selon le rapport annuel, au cours des neuf séances de travail de l'année 2014, le comité d'éthique médicale (CEM) a assuré sa mission principale « *répondre aux demandes des salariés du CPA confrontés à des conflits de valeurs : deux cas ont été traités* ».

Par ailleurs, une plaquette d'information sur le comité d'éthique destinée aux équipes et aux instances a été réalisée et certains membres du comité sont intervenus dans les formations de l'IFSI.

Ainsi, jusqu'à présent, le CEM ne travaille pas sur des questions transversales mais sur des cas dont il est saisi. Cependant, dans ce même rapport, le CEM indique vouloir s'impliquer dans la diffusion de réflexions utiles et relève qu'un effort de communication doit être conduit ; il constate pourtant que l'établissement manque d'outils pour ce faire. Il souhaite également alerter sur un ou plusieurs sujets auxquels sont confrontés les soignants au quotidien.

Le rapport relève, enfin, qu'il serait bienvenu que les médecins s'impliquent plus dans le CEM.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Au 13 janvier 2016, le mode d'admission des 337 patients hospitalisés se ventilait de la façon suivante :

Unité	Soins libres	Soins sans consentement	Total
Épidaure	11	13	24
Charmilles	18	5	23
Ormet	6	19	25
Colombier	13	12	25
Chamoise	9	13	22
Oasis	18	7	25
Pinel	0	20	20
Victor Hugo	13	1	14
George Sand	15	4	19
Pussin	13	14	27
Kraepelin	14	8	22
Charcot	17	3	20
Bourneville	31	0	31
UPS	11	4	15
La Renouée	24	0	24
CAP	1	0	1
TOTAL	214	123	337

Les patients soignés sans leur consentement se répartissaient de la façon suivante selon leur mode d'admission (entre parenthèse, l'article du code de la santé publique fondant l'admission) :

SPDRE	23
Demande d'un tiers (L.3212-1-II-1)	15
Péril imminent (PI) (L.3212-1-II-2)	18
Procédure d'urgence (PU) (L.3212-3)	67
Total SPDT	100

En 2014, 687 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers ont été prises se répartissant entre 244 sur le fondement de l'article L.3212-1-II-1 - procédure « ordinaire » -, 148 en procédure péril imminent et 295 en procédure d'urgence.

Ainsi, alors que la procédure d'urgence prévue par l'article L.3212-3 du code de la santé publique¹⁰ doit être, selon ses termes, mise en œuvre de façon exceptionnelle, 67 % des patients présents et admis en SPDT lors de la visite avaient fait l'objet d'une telle procédure ; tel avait été le cas de 43 % des patients admis en SPDT au cours de l'année 2014.

Il a été indiqué que lorsque la cadre du CAP « est appelée pour un patient mis en chambre d'isolement (CI) depuis plus de deux heures, elle transforme la mesure en « PU » ce qui s'entend qu'elle initie la procédure de transformation. Nonobstant cette explication, ces proportions sont d'autant plus préoccupantes que, en procédure d'urgence, la décision initiale privant ces personnes de liberté émane d'un médecin exerçant dans l'établissement, situation exorbitante du droit commun.

Recommandation

La proportion de patients privés de liberté dans le cadre d'une procédure d'urgence, dont le caractère devrait être exceptionnel, est préoccupante ; les causes de cette situation doivent être analysées afin que soient prises des mesures visant à réduire cette proportion.

Par ailleurs, lors de leur arrivée, il a été indiqué aux contrôleurs que l'unité La Renouée et l'unité de préparation à la sortie (UPS) n'accueillaient pas de personnes en soins sans consentement. La visite n'a donc pas porté sur ces deux unités. Or, les données figurant dans le tableau ci-dessus montrent que cette information était fausse.

3.1 LES MODALITES DE L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT DOIVENT ETRE REVUES

3.1.1 Les modalités d'admission

L'admission suppose un passage par le CAP qui ouvre un dossier et établit le bulletin d'admission. Le CAP affecte dans une unité, le psychiatre du CAP informe le patient de son mode d'hospitalisation.

3.1.2 La gestion administrative des patients

Le service de gestion administrative des patients (GAP), qui reçoit les documents d'entrée transmis par le CAP, effectue les formalités d'admission pour tous les patients admis en soins sans consentement et suit la procédure au cours de leur l'hospitalisation.

¹⁰ Article L.3212-3 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. »

Les personnes détenues au centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse, qui sont hospitalisés sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale¹¹, arrivent avec un certificat médical et un arrêté préfectoral envoyés auparavant par télécopie au greffe de l'établissement pénitentiaire ainsi qu'au CAP ; l'équipe de l'hôpital qui va chercher le patient détient cet arrêté.

Pour les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), le bulletin d'admission est transmis à la préfecture avec le certificat médical d'admission et celui de 24 heures. Le préfet, qui suit toujours les préconisations des médecins, renvoie l'arrêté dans les 48 heures.

Pour les patients admis en soins sur demande d'un tiers (SPDT), la décision du directeur est prise dans la journée d'arrivée ; le directeur suit toujours les préconisations d'hospitalisation émises par les médecins.

Le certificat médical d'admission et, selon le cas, la décision du préfet ou celle du directeur sont notifiées au patient et copies lui en sont remises. Le cas échéant, l'identité du tiers n'est pas, alors, communiquée au patient ; elle le sera, en revanche, au moment de la notification de la saisine du juge des libertés.

En 2015, sur 2 701 entrées 101 personnes ont été admises en SPDRE.

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

En principe, le patient est informé à son arrivée par le médecin du CAP ou le psychiatre de l'unité de son statut d'admission.

Ultérieurement lorsque la décision de soins sans consentement est formalisée, elle est notifiée au patient concerné par le cadre de santé de l'unité dans laquelle il est affecté. Une copie de cette décision est laissée au patient qui signe un document attestant de la notification ; si le patient en est incapable, deux soignants signent le document. Ce dernier est retourné au bureau de gestion administrative des patients (GAP).

Pour les personnes détenues, la notification des droits est effectuée à l'UMAP par les cadres de santé : il s'agit de la simple lecture du contenu des certificats d'hospitalisation sans mentionner les procédures de recours. Interrogés sur le sujet, les infirmiers présents ce jour-là, ont reconnu leur ignorance dans le domaine.

Recommandation

La formation aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 dispensée par l'établissement est manifestement insuffisante s'agissant des droits des patients et de leur notification. Elle doit être améliorée.

¹¹ Article D.398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. (...) »

3.1.4 Le recueil des observations des patients

Les observations du patient sur son statut hospitalisation et ses conditions de prise en charge sont recueillies par le médecin psychiatre ; ces observations sont consignées au dossier du patient. Il n'est donc pas possible au service du GAP, qui n'a pas accès au dossier médical, de vérifier que cette partie de la procédure a bien été respectée.

3.1.5 La désignation d'une personne de confiance

La procédure ne fait pas l'objet d'un protocole à l'échelle de l'établissement.

Dans les deux unités de psycho-gériatrie, il a été indiqué que la désignation d'une personne de confiance était demandée systématiquement à l'admission, lors du passage au bureau de gestion administrative du patient.

Dans les unités d'admission, le cadre de santé propose de désigner une personne de confiance ainsi qu'une personne à prévenir en cas d'urgence.

Recommandation

L'établissement doit établir les modalités de la désignation d'une personne de confiance, et ce quelle que soit l'unité d'hospitalisation.

3.1.6 Les cas de sur-occupation et de transfert

Si l'état d'un patient en soins libres impose un changement de mode d'hospitalisation, il est fait appel à un médecin extérieur au CPA pour son examen et, le cas échéant, l'établissement du certificat médical qui conduit à une hospitalisation sur le fondement de l'article L.3212-1 II 2° du code de la santé publique¹².

Selon les interlocuteurs rencontrés, pouvait être transféré à l'unité Pinel, pour une durée inférieure à 8 heures, donc sans changement de statut d'admission, un patient en soins libres « qui ne se sent pas bien ».

Recommandation

Il a été indiqué qu'il n'y a pas de corrélation entre le placement en chambre d'isolement d'un patient et son statut d'hospitalisation. Or, le placement en chambre d'isolement entraîne une impossibilité d'aller et venir qui ne saurait se concilier avec un régime d'hospitalisation en soins libres.

12 Article L.3212-1 II du code de la santé publique : « (...) 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. »

Dans ses observations du 17 novembre 2016, le directeur de l'établissement précise que « *pouvait être transféré à l'unité Pinel, pour une durée inférieure à 8 heures, donc sans changement de statut d'admission, un patient en soins libre qui ne se sent pas bien.* » Il ajoute toutefois, s'agissant du changement de statut d'admission, que « *la pénurie de médecins généralistes extérieurs acceptant de se déplacer au chevet du patient pour éventuellement rédiger un certificat médical implique un délai incompressible ... De même, le temps de déplacement du tiers (l'Ain est un grand département) dans le cadre d'une procédure d'urgence rend également ce délai nécessaire.* »

3.1.7 Le collège médical

Le collège médical dont la consultation est prévue à l'article L.3212-7 du code de la santé publique¹³ regroupe le médecin psychiatre traitant du patient, le médecin chef de service, le cadre infirmier et l'assistante sociale ainsi qu'un médecin psychiatre extérieur au service. Le service de gestion administrative des patients (GAP) tient un tableau de suivi (voir photo ci-dessous) qui lui permet de dresser la liste des réunions du collège à prévoir le mois suivant et en informe le secrétariat de chaque service concerné au début de mois. Ainsi dans les six premiers mois de l'année 2016, la situation de 153 patients devait être examinée par le collège médical.

Il n'y a pas de remise de l'avis écrit au patient mais l'information sur son contenu peut être donnée par le médecin ou un soignant de l'équipe.

¹³ Article L.3212-7 du code de la santé publique : « (...) Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible. (...) »

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS N'EST PAS ASSUREE

Les équipes soignantes sont, en principe, sensibilisées à l'application des droits des patients relevant de la loi de 2011 mais en réalité, la notification des droits n'est pas satisfaisante ; en effet, en pratique, les patients sont informés de leur statut d'admission et non des droits que ce statut emporte.

Certains chargés de la notification des droits ont précisé qu'ils adaptaient leur discours aux demandes du patient.

La liste des avocats du barreau de Bourg-en-Bresse n'est affichée dans aucune des unités visitées.

Dans ses observations du 17 novembre 2016, le directeur de l'établissement fait valoir que ni « la loi du 4 mars 2002 ni celle de 2011 complétée par la loi de 2013 n'impose l'affichage de la liste des avocats dans les services, elles confirment le droit des patients à être informés de ses droits et voies de recours. » ; il ajoute que cette liste « est affichée au standard et à la Gestion Administrative Des Patients devant la salle d'audience ».

Le livret d'accueil ne mentionne pas plus ces droits ; il se borne à indiquer que les « contestations » concernant les « modalités d'hospitalisation », sans préciser la portée de ces derniers termes, peuvent être présentées devant la commission départementale des soins psychiatriques et devant le juge de la liberté et de la détention.

Recommandation

L'information des patients sur leur statut d'admission, les modalités de recours contre la décision de soins sans consentement et les droits que leur statut emporte doit être assurée, notamment par la formation adaptée des soignants qui en ont la charge.

3.3 LES SORTIES NE POSENT PAS DE DIFFICULTES

De façon générale, le préfet fait droit aux demandes de sorties préconisées par les médecins, sauf si le certificat médical est peu clair sur les conditions matérielles de la sortie.

Si le préfet refuse la sortie envisagée par le certificat médical, il demande l'avis d'un deuxième psychiatre et suit l'avis le plus défavorable à la sortie, étant entendu que si les deux médecins sont du même avis, il doit s'y conformer.

Il a été relevé par les interlocuteurs que le préfet se montrait plus exigeant pour les permissions de sortie des patients admis en SDRE en demandant deux certificats ou un certificat particulièrement détaillé.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'APPELLE PAS D'OBSERVATIONS

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Deux audiences sont organisées chaque semaine au CPA, les lundi et jeudi matin. Les cinq vice-présidents du TGI se relaient pour les tenir. Cette fréquence permet aux patients, quel que soit le jour de leur hospitalisation, de passer en audience au plus près de l'échéance de douze jours prévue par la loi et d'éviter que le juge des libertés et de la détention (JLD) n'ait pas le recul d'une durée suffisante d'hospitalisation pour apprécier le bien-fondé de son maintien.

Dans les huit jours de l'hospitalisation, le GAP envoie par télécopie au greffe du JLD la saisine accompagnée des trois certificats et de l'avis simple selon lequel le patient peut être entendu. En cas de SPDRE, la saisine est envoyée à la préfecture sur un télécopieur spécifique, pour signature par le préfet.

L'impossibilité de présentation concerne surtout les patients déficitaires. Selon un médecin rencontré, des JLD auraient protesté car on leur présente des patients de Bourneville.

Les cadres des unités font signer aux patients les convocations à l'audience et les rapportent au GAP ; une copie reste au dossier du patient dans l'unité. La convocation à l'audience est accompagnée de la requête du JLD sur laquelle figure le nom du tiers ayant demandé l'hospitalisation. Ainsi, à ce moment, le patient peut en être informé.

Les cadres d'unité peuvent proposer au patient un avocat – en principe, ils disposent de la liste du barreau de Bourg-en-Bresse dans leur bureau – mais il est très rare qu'un avocat soit ainsi nommé.

Les avocats, d'office, sont désignés par le barreau sur une liste de douze volontaires pour ces affaires. Ils voient toujours le patient avant l'audience : après en avoir prévenu le GAP, ils se rendent dans les unités pour rencontrer leur client, seul à seul, dans les salles de visite ; les soignants proposent de rester derrière la porte. Il été affirmé que lorsque le patient n'avait pas rencontré son avocat, l'unité en prévenait le GAP et le patient était descendu un quart d'heure avant la convocation à l'audience pour avoir le temps de s'entretenir avec son avocat. Tel a été le cas pour les audiences auxquelles les contrôleurs ont assisté.

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

Dès l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, une salle d'audience a été aménagée au rez-de-chaussée du bâtiment administratif du CPA où est également installé le GAP ; les patients n'ont donc jamais été transportés au TGI pour les audiences devant le juge des libertés et de la détention.

La salle est meublée d'un bureau équipé d'un ordinateur, derrière lequel se tiennent le magistrat et le greffier, et de trois rangées de quatre chaises qui leur font face.

Durant l'audience, le patient est assis au premier rang, son avocat se tenant à côté de lui et un soignant de l'autre côté.

Le JLD rend, le plus souvent, sa décision immédiatement et l'explicite au patient auquel il la notifie.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Les relations sexuelles ne sont pas expressément interdites mais cette question n'est pas réellement abordée par les équipes sous l'angle d'un droit, même s'il est admis que la chambre est un lieu personnel – dans les unités où les chambres sont individuelles – la gestion de la question « *est faite au cas par cas* ». La préoccupation des soignants est de protéger les personnes vulnérables des conséquences de la désinhibition qu'entraînent certaines pathologies.

Aucune instance de l'établissement ne s'est emparée de la question pour y apporter des éléments de réflexion auxquels pourraient se référer les soignants.

Néanmoins, il est proposé aux patientes une prescription de pilule oestro-progestative, de stérilet ou d'implants par le médecin généraliste ou à l'occasion d'une consultation de gynécologie soit au sein du CPA soit au CH Fleyriat. Un distributeur de préservatifs est accessible à l'extérieur de la pharmacie du CPA.

4.2 LE DROIT DE VOTE EST ASSURE

Lors de scrutins, il a été proposé à des patients d'aller voter ou de faire établir une procuration. Dans certaines unités, des patients ont été accompagnés pour aller voter.

4.3 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT ASSUREES POUR LE CULTE CATHOLIQUE

Des aumôniers catholiques assurent une permanence deux jours par semaine à l'établissement et ces aumôniers se déplacent dans les unités à la demande des malades. Une messe est célébrée chaque vendredi à laquelle assistent les patients.

Aucun représentant d'un autre culte n'intervient au CPA.

4.4 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST ASSUREE

Si un patient demande à ce que son hospitalisation reste confidentielle, il peut le signaler au moment de son admission. Un symbole apparaît sous forme d'une paire de lunettes sur l'écran d'accueil du dossier du patient : ceci implique l'absence de toute information sur sa présence au CPA à des personnes extérieures à l'établissement. La procédure d'anonymisation des séjours qui avait existé au sein de l'établissement a été supprimée en raison de difficultés rencontrées dans la gestion de l'identito-vigilance.

De façon générale, les médecins ont une habilitation générale leur permettant d'accéder à l'ensemble des dossiers des patients de l'établissement. Les professionnels de santé n'ont accès qu'aux informations des patients relevant de leur secteur d'affectation et ce, quelle que soit l'unité d'hospitalisation. Des contrôles aléatoires sont opérés sur une dizaine de dossiers par le médecin responsable du DIM tous les dix jours pour contrôler les accès effectifs aux dossiers médicaux informatisés.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LA VIE COURANTE EST CARACTERISEE PAR LA RESTRICTION DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR

5.1.1 La liberté d'aller et venir

Le médecin complète, le jour de l'admission, pour chaque patient hospitalisé une fiche normalisée intitulée « prescription de restriction de liberté d'aller et venir » pour l'établissement et répertoriée sous la référence FE0018. Celle-ci a été mise en place à la suite des critiques formulées par la Haute autorité de santé lors de la précédente démarche de certification sur l'absence de prescription en cas de restriction de liberté.

La fiche précise l'identité du patient, son mode d'hospitalisation et les restrictions de liberté susceptibles d'être prescrites par le médecin.

Ces restrictions portent sur :

- l'utilisation des objets et des effets personnels, autorisés ou non, habits civils ou pyjama ;
- la communication avec l'extérieur, appels téléphoniques émis ou reçus et visites autorisés ou non ;
- les sorties de l'unité dans la cour intérieure, au sein de tout l'établissement ou en permission à l'extérieur, seul ou accompagné.

La fiche prévoit que soit complété le motif de la restriction avec les rubriques temps de l'observation, contrat de soins, confusion ou désorientation spatiale, dissociation ou manie, risque auto/hétéro agressif ou autres.

	PRESCRIPTION DE RESTRICTION DE LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR	FE 0018 Version 4 (PR : 0027)
---	--	-------------------------------------

Fiche n° :

 NOM :
 Prénom :
 IPP :

Médecin Prescripteur :

Date :

Mode d'hospitalisation

 HL SPDT SPDR

Y-a-t-il restriction de liberté ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui : lesquelles ?		(si non passer à « autres consignes »)	
Objets et Effets	Objets personnels	<input type="checkbox"/> autorisés	<input type="checkbox"/> Non autorisés
	Tenue vestimentaire	<input type="checkbox"/> habits civils	<input type="checkbox"/> pyjama
Communication avec l'extérieur	Appels téléphoniques <u>Émission</u>	<input type="checkbox"/> autorisés	<input type="checkbox"/> Non autorisés
	Appels téléphoniques <u>Réception</u>	<input type="checkbox"/> autorisés	<input type="checkbox"/> Non autorisés
	Visites	<input type="checkbox"/> autorisées	<input type="checkbox"/> Non autorisées
Sorties	Cour intérieure	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> Non
	Propriété	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> Non
	Permission	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> Non
Motif(s) de la restriction		<input type="checkbox"/> Temps d'observation <input type="checkbox"/> Contrat de soins <input type="checkbox"/> Confusion, désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> Dissociation, manie <input type="checkbox"/> Risque auto/hétéro agressif <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Soins intensifs (Se reporter alors aux procédures)		Temps d'Apaisement (PO n° 0042) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MCI (PO n° 0005) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres consignes		Contention (PO n° 0058) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Une réflexion pluriprofessionnelle Bénéfices /Risques a été menée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Une information a été faite au patient		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Signature du médecin :

Il a été constaté que les cases de la dernière rubrique – qui invite le médecin à préciser si une réflexion pluri professionnelle bénéfiques/risques a été menée et si l'information a été « faite » au patient – sont largement voire systématiquement cochées sans pour autant que les termes de l'analyse bénéfiques/risques, non explicités sur la fiche, soient toujours bien identifiés des membres de l'équipe.

Ces fiches sont regroupées dans un même classeur dans chaque unité.

Un audit réalisé en juillet 2015 confirme le caractère systématique de son renseignement et permet de mettre en évidence que 90 % des patients ont une restriction de liberté.

Toutes les unités sont fermées¹⁴. Elles ont toutes une cour intérieure close qui n'est accessible qu'à certaines heures de la journée et seulement à certains patients, en fonction de l'autorisation médicale. L'accès au parc de l'hôpital est encore plus restreint. **Ce régime s'applique à tous les patients, y compris ceux admis en soins libres.**

L'approche sécuritaire est telle que même les secrétariats, situés à l'extérieur des unités de soins sont fermés à clefs.

Le projet d'établissement propose que le sujet de la liberté individuelle et de la restriction des libertés soit une priorité. Ceci apparaît comme un paradoxe dans un établissement dont les unités sont, à ce point, fermées et les restrictions imposées aux patients aussi importantes. En réalité, l'objectif de l'établissement vise plus à s'assurer du respect des procédures et de la traçabilité des décisions que du respect intrinsèque des libertés des patients ; il n'est pas question de chercher à vérifier si les restrictions imposées aux patients sont toujours nécessaires, adaptées, proportionnées et justifiées. Ceci l'inscrit dans une « *boucle d'enfermement sécuritaire* », pour reprendre les termes employés devant les contrôleurs, sans envisager un « *fonctionnement dans la confiance et la responsabilité des professionnels, dans le respect des compétences de chacun* ».

Ainsi, si l'on peut se féliciter d'une formalisation des prescriptions non médicamenteuses, **on ne peut que s'inquiéter du caractère quasi systématique de la limitation des libertés au sein de l'établissement pour tous les patients hospitalisés : la libre circulation dans l'établissement doit être érigée en règle, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient.**

Recommandation

La libre circulation dans l'établissement doit être érigée en règle, toute restriction de la liberté d'aller et venir devant être expressément motivée par l'état clinique du patient.

5.1.2 La restauration

Les repas sont adaptés en fonction des prescriptions médicales en termes de texture ou de régime médical mais aussi pour tenir compte des valeurs religieuses.

En revanche, la prise en compte des aversions alimentaires n'est pas organisée.

Le cas échéant où un patient présente des difficultés particulières majeures, il est possible d'organiser un menu spécifique avec la diététicienne mais cette circonstance reste exceptionnelle.

La cuisine fermant vers 15h, des repas supplémentaires (plat du jour et régime) destinés à faire face à une nécessité sont déposés dans un local de la cuisine qui reste accessible ou à l'unité George Sand.

¹⁴ À l'exception de l'unité pour adolescents (septlits) et de celle de court séjour (douze lits)

L'organisation des repas diffère selon les unités ; les contrôleurs ont remarqué les efforts faits par certaines unités pour que les repas soient vécus de façon plus agréable, les tables étant recouvertes de nappes (cf. § 6.5a)i). De façon générale, les patients se montrent satisfaits des repas qui leur sont servis, en qualité comme en quantité.



Salle à manger de l'unité George Sand avec nappe sur les tables

5.1.3 L'accès au tabac et la consommation de produits illicites

Dans les unités d'entrée, l'accès au tabac est libre, en principe « *comme dans la vraie vie* » a-t-il été indiqué dans l'une d'entre elles.

Partout, fumer n'est possible qu'à l'extérieur des locaux, en particulier dans les cours intérieures dont l'accès est parfois tellement associé à la pause cigarettes que certaines affichettes en précisant les conditions d'accès indiquent « *les pauses cigarettes durent trente minutes* » et indiquent ainsi les cinq plages horaires d'accès possible à la cour (8h30 à 9h, 10h30 à 11h, 12h30 à 13h, 16h30 à 17h et 19h30 à 20h). Il arrive que des familles demandent aux soignants de limiter l'accès au tabac.



Dans certaines unités la transgression de l'interdit de fumer dans la chambre donne lieu à un entretien avec le cadre de santé et, le cas échéant, à une restriction de l'accès au tabac.

Dans les unités de soins de suite (Pussin, Kraepelin et Charcot), l'accès à la cour intérieure est limité pour la majorité des patients à deux fois une demi-heure par jour, voire seulement à deux fois un quart d'heure quand ils doivent être accompagnés d'un soignant. La consommation de tabac ne dépasse donc pas quatre cigarettes par jour.

En pratique, certains patients se voient imposer de fait un sevrage tabagique sans prise en compte de leur consentement et avec très peu d'attention portée à l'accompagnement soignant de ce sevrage (souvent réduit à une proposition de patch). Ainsi en est-il de l'unité Pinel où la consommation de tabac est strictement interdite.

Les équipes sont peu investies dans une approche sanitaire des addictions, respectueuse des patients dans une logique de réduction des risques et incluant une diversité de modalités d'intervention. Une telle approche serait pourtant bien utile, au-delà du tabac, au regard de l'importance de la consommation du cannabis que la communauté médicale a récemment évoquée à partir de la question du trafic des stupéfiants au sein de l'établissement ou de la prise en charge des patients dépendants à l'alcool nombreux également dans l'établissement.

Des interventions du CSAPA¹⁵ sont organisées ponctuellement dans certaines unités mais elles abordent peu le sujet du tabac ou celui de l'alcool ; des activités collectives de type photolangage sont organisées dans certaines unités pour les addictions aux substances illicites. Certains praticiens procèdent à des dépistages urinaires de toxiques et gèrent leurs résultats dans le cadre du suivi médical. Certains professionnels ne perçoivent pas la cohérence institutionnelle sur ce sujet et certains ont évoqué des démarches punitives à l'encontre de patients qui auraient poursuivi leur consommation avec, le cas échéant, un placement en chambre d'isolement.

¹⁵ CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

Recommandation

Une approche sanitaire des addictions, respectueuse des patients dans une logique de réduction des risques et incluant une diversité de modalités d'intervention devrait être mise en œuvre.

5.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES DU FAIT DES RESTRICTIONS D'ACCES AU TELEPHONE**5.2.1 Le téléphone**

Dans les unités d'entrée, l'accès au téléphone est, en principe, libre, la restriction devant être l'exception imposée par le médecin et formalisée par la « *prescription de restriction de liberté d'aller et venir* ».

En pratique, il en va différemment. Dans certaines unités (l'Ormet notamment) le retrait du téléphone est systématique à l'admission, jusqu'à ce qu'après un premier examen, le psychiatre de l'unité en décide autrement ; par la suite, les patients doivent le remettre aux soignants pour la nuit. L'unité Chamoise fait également exception : ses patients sont privés de leur téléphone et peuvent le récupérer auprès des soignants à la demande et sous réserve de l'absence de limitation décidée par le médecin ; en outre, ils ne peuvent téléphoner que dans la salle de visite ou dans le grand parc pour ceux qui ont le droit de s'y rendre. Il ne leur est pas possible de téléphoner depuis la cour intérieure. Dans d'autres unités, notamment Le Colombier, le règlement intérieur indique que les patients ne peuvent utiliser leur téléphone portable que dans leur chambre.

Les patients peuvent recevoir des communications téléphoniques dans l'unité.

Des cabines téléphoniques sont prévues pour les patients qui n'ont pas de téléphone portable. Elles ne sont pas en accès libre.

Recommandation

Les restrictions de conservation de leur téléphone portable par les patients doivent être justifiées, notamment au regard de la diversité des pratiques entre les six unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différence de pathologies qui pourraient expliquer un traitement différencié.

À l'unité Epidaure, la moins restrictive de toutes en la matière, les patients peuvent également conserver leur ordinateur portable.

Des postes, installés dans des cabines ou dans un « coin téléphone », sont mis à disposition des patients pour recevoir des appels ; la confidentialité des conversations n'est pas toujours assurée. La possibilité de passer des appels en utilisant ces postes est variable selon les unités : ainsi, elle ne connaît pas de restriction dans les unités de psycho-gériatrie.

5.2.2 Les visites

Les visites sont autorisées, les interdictions sont décidées par le médecin, de façon expresse et mentionnées dans la « prescription de restriction de liberté d'aller et venir » du patient. Les visites peuvent avoir lieu dans les chambres, notamment dans les unités dont les locaux sont récents. Dans les autres unités, des salles sont prévues et les visiteurs n'ont pas accès aux chambres (Épidaure). Les cours intérieures fermées ne sont en général pas accessibles aux visiteurs mais les visites peuvent se faire dans le parc de l'établissement sous réserve que l'accès n'en soit pas interdit au patient ou à la cafétéria.

5.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT CORRECTEMENT ASSURES HORMIS POUR LES PATIENTS ISOLES OU SOUS CONTENTION

L'unité fonctionnelle de médecine somatique (UFMS) a été créée en janvier 2002.

Elle comprend le personnel suivant :

- quatre médecins généralistes effectuant 3,3 ETP ;
- un cadre de santé (1 ETP) ;
- deux secrétaires (2 ETP) ;
- deux infirmières (1,2 ETP) ;
- une aide-soignante (1 ETP) ;
- deux kinésithérapeutes (1,2 ETP) ;
- un dentiste (0,4 ETP).

Par ailleurs trois médecins spécialistes viennent effectuer des vacances sur place une fois par mois : un rhumatologue, un ophtalmologue et un gynécologue.

5.3.1 L'accès au médecin généraliste

Les consultations de médecine générale sont réalisées par les quatre médecins de l'UFMS.

Le planning du mois de janvier 2016 transmis aux contrôleurs permet de constater une couverture de l'ensemble des unités à raison de deux demi-journées par unité et de trois pour l'unité Pinel. L'interne contribue à renforcer la présence en médecine générale en particulier dans l'unité Pinel.

		Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	interne
LUNDI	AM	Charmilles US ados	Charcot	Ormet		Ormet
	PM	Pussin	Épidaure	Oasis	Colombier	
MARDI	AM		Renouée	Pinel	Centre Saliba	Victor Hugo
	PM	Chamoise	Bourneville	US enfants		
MERCREDI	AM		Épidaure	UPS	Centre Saliba	Pinel
	PM		Charcot	Kraepelin		
JEUDI	AM	Charmilles		Ormet	Colombier	Ormet
	PM	Pussin Chamoise		Pinel		Victor Hugo
VENDREDI	AM	US ados	Epidaure	Oasis		Renouée
	PM		Bourneville	Pinel	Centre Saliba	Pinel

Il n'est pas prévu de visite systématique pour les patients isolés ou contenus.

5.3.2 Les consultations spécialisées et l'hospitalisation en médecine et chirurgie

Les consultations de gynécologie, rhumatologie et ophtalmologie sont assurées une fois par mois sur le site du CPA.

Les soins dentaires sont dispensés sur le site du CPA par le dentiste vacataire.

Les examens d'autres spécialités sont prescrits par les médecins généralistes et organisés par le secrétariat de l'UFMS. Le médecin précise si le patient doit ou non être accompagné par un soignant. Les consultations ont lieu à l'hôpital général ou à la Clinique Convert pour la chirurgie urologique. Le transport est effectué soit par un véhicule du CPA soit, lorsque le patient peut se rendre seul à sa consultation, dans le véhicule sanitaire léger d'un prestataire extérieur.

Les hospitalisations inférieures à 48 heures sont prises en charge financièrement par le CPA et le patient garde son statut de patient hospitalisé au CPA.

Si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 48 heures, le patient est sortant ou en programme de soins.

Le patient est toujours accompagné par un soignant pendant les douze premières heures. Si l'état du patient le permet, il est mis fin à l'accompagnement sur décision médicale.

5.3.3 Les soins dispensés par le service infirmier

Il s'agit de :

- soins de pédicurie sur prescription ;
- consultations pour sevrage tabagique ;
- assistante du dentiste.

- éducation à la santé sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène bucco-dentaire.

Par ailleurs l'équipe assure :

- une formation des infirmiers aux soins d'urgence (dix séances par an) ;
- des ateliers techniques pour la formation des infirmiers à la gestion du matériel médical (contentions, matériel pour patients désorientés...).

5.3.4 Le laboratoire

Les examens biologiques sont réalisés par le centre hospitalier général dans le cadre d'une convention avec le CPA.

Les résultats sont directement accessibles dans chaque unité par liaison internet. En cas d'anomalie le laboratoire appelle le médecin prescripteur.

5.3.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le comité de lutte contre la douleur a été créé en 2006. Il accueille un représentant des usagers. Une brochure déclinant les engagements de l'établissement dans la prise en charge des patients est remise à ces derniers.

Un projet de développement professionnel continu (DPC) sur la douleur est à l'étude depuis trois ans.

5.4 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION , LE POINT NOIR DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement comprend 46 chambres d'isolement (CI) et une chambre d'apaisement pour 412 lits. Ces chambres se répartissent de la façon suivante :

Secteur ou dispositif	unité	Nombre CI
	Pinel	21
Centre	Epidaure	2
Ouest	Charmilles	2
	Oasis	2
Sud	Ormet	2
	Le Colombier	2
Est	Chamoise	2
Pédopsychiatrie	Adolescent	1
	Enfants	2
Dispositif de suite	Charcot	2
	Pussin	2
	Kraepelin	2 + 1 chambre d'apaisement
	Bourneville	2
Psycho-gériatrie	George Sand	1
	Victor Hugo	1

L'établissement a rédigé trois procédures relatives à l'isolement et la contention :

- procédure de mise en chambre d'isolement – version 3 en date du 21 mai 2012 ;
cette procédure reprend les indications, contre-indications telles que définies par la Haute autorité de santé (HAS). La durée de la prescription doit être au maximum de 24 heures mais on note que la procédure prévoit que « *dans les situations d'isolement au long cours la prescription ne peut excéder 7 jours* ».
- procédure relative à la mise en place de temps d'apaisement – version 1 en date du 16 novembre 2006 ;
cette procédure concerne l'isolement du patient dans sa chambre fermée à clé. La durée de mise en œuvre doit être ponctuelle ou séquentielle. Le temps d'apaisement se fait sur prescription médicale mais il n'est pas prévu dans la procédure de durée de cette prescription.
- procédure relative à la mise en place d'une contention physique – version 2 en date du 14 janvier 2013.

La fiche de prescription initiale et de renouvellement de prescription ainsi que la fiche de surveillance infirmière sont communes aux trois procédures.

5.4.1 L'isolement

L'établissement n'a pas pu fournir de données relatives au nombre de patients ayant été mis en chambre d'isolement et à la durée des isolements. Les données d'isolement qui devraient pouvoir être suivies par le DIM au regard de la prescription informatisée ne l'est, de fait, pas ; en effet la valorisation, à la demande des contrôleurs, des informations disponibles a conduit à 0 isolement en 2013 et 100 % des patients concernés en 2015 ; cette carence de données reflète une faible préoccupation du corps médical pour le suivi de cette pratique dans l'établissement.

Pour pallier cette déficience d'informations, les contrôleurs se sont fait remettre une copie des fiches remplies chaque jour par le centre permanent d'accueil (CPA) afin de connaître le nombre de chambres disponibles dans l'établissement pour les mois de mars, juin, septembre et décembre 2015. Ces fiches précisent la nature des lits : homme/femme/chambre d'isolement. Les fiches ne sont pas remplies de façon homogène, les résultats doivent donc être pris avec précaution. En tenant compte du nombre de chambres d'isolement dans l'établissement et du nombre de chambres disponibles chaque jour des quatre mois analysés, on peut estimer que le nombre quotidien moyen de patients en chambre d'isolement est compris entre trente et trente-cinq, ce qui représente plus de 13 000 journées passées en chambre d'isolement dans l'année.

Les taux d'occupation tels qu'ils ressortent des documents fournis – compte tenu des précautions d'analyse précisées ci-dessus – montrent que leur utilisation est loin d'être anecdotique ; ainsi pour les unités d'admission :

Unité	Taux d'occupation des chambres d'isolement
Oasis	60 %
Ormet	70 %
Épidaure	80 %
Charmilles	70 %
Colombier	70 %
Chamoise	100 %

Dans toutes les unités, il a été indiqué que lorsque l'équipe « *n'arrive pas à gérer* » un patient, « *il est envoyé à l'unité Pinel* ». L'explicitation de ce qu'il était entendu par « *ingérable* » est restée floue. Au mieux, certains soignants ont pu préciser « *par exemple en cas d'effectif insuffisant et lorsque que les deux chambres d'isolement sont occupées* ».

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

Sur l'ensemble des quarante-six chambres d'isolement de l'établissement, une minorité sont équipées d'un bouton d'appel, dont beaucoup ne fonctionnent pas. Les patients enfermés ne disposent d'autre moyen pour faire appel aux soignants que de taper à la porte ou de crier.



Chambre d'isolement en psycho-gériatrie

Les « prescriptions » d'isolement et les conditions de surveillance des personnes placées en chambre d'isolement ne respectent pas les préconisations de l'HAS. Dans certaines unités, les patients placés à l'isolement ne sont pas vus par un médecin le week-end ; dans les unités de « soins de suite », au lieu d'être renouvelées quotidiennement, les prescriptions d'isolement sont faites pour sept jours et sans que le patient soit systématiquement examiné. Lors de la visite des contrôleurs, le lundi 11 janvier, une personne occupait une chambre d'isolement d'une unité d'admission depuis le vendredi précédent ; elle avait été évaluée le vendredi par le psychiatre d'astreinte. La prescription d'isolement a été renouvelée le samedi pour 48 heures assortie de courtes sorties « *selon l'appréciation de l'équipe* ».

À l'unité Épidaure, il a été précisé que la durée de l'isolement total était en général inférieure à une semaine ; en revanche, elle peut durer plusieurs semaines en cas d'isolement séquentiel. Le généraliste voit les personnes à l'isolement à chaque fois qu'il vient, soit trois fois par semaine.

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

On trouvera ci-dessous un tableau résumant les données relatives à l'isolement et à la contention des patients hospitalisés dans l'unité Pinel un jour donné de la mission.

Patient et sexe	âge	statut	Service d'origine	Prescription initiale d'isolement et contention	Délai et nature de renouvellement de la prescription après la prescription initiale
Patient 1 Homme	23 ans	SDTU	Hospitalisation directe	CI + contention des 4 membres	24h après : CI + contention 72h après : CI + contention 96h après : CI + contention 48h
Patient 2 Homme	24 ans	?	Epidaure (Centre)	CI + contention 4 membres	48h après : arrêt contention mais contention 48h si besoin 72h après : CI 48h + sorties
Patient 3 Homme	29 ans	D 398	Centre détention		
Patient 4 Homme	21 ans		Epidaure (Centre)	CI sans contention	24h après : CI 24h 48h après : CI 24h 8 jours après : CI + sorties 13 jours après : CI + sorties
Patient 5 Homme	32 ans	SDRE	Hospitalisation au long cours à Pinel	CI + contention si besoin 7 jours	10 jours après : CI + contention si besoin 9 jours 19 jours après : CI + contention si besoin 7 jours 26 jours après : idem 5 jours Etc.
Patient 6 homme		?	Hospitalisation au long cours à Pinel	100% + sorties + contention la nuit jusqu'à 5h30 le matin	Prescription permanente
Patient 7 homme		?	Hospitalisation au long cours à Pinel	100%+ douche les lundi, mardi et vendredi en présence d'un soignant	Prescription permanente

Patient 8 Homme		?	Hospitalisation au long cours à Pinel	CI + contention la nuit	Prescription permanente
Patient 9 femme		?	Epidaure (Centre)	CI	19 jours après 25 jours après 27 jours après : lecture si pas de pb de comportement 32 jours après : CI + contention 33 jours après : idem 34 jours après : décontention en fonction comportement 39 jours après : levée contention + contention si besoin 5 jours 44 jours après : CI + contention si besoin 50 jours après : permission Noël 54 jours après : CI + lecture 56 jours après : CI+lecture
Patient 10 homme	50 ans	SDRE	UMD	CI	3 jours après : CI + réfectoire + 30 mn 7 jours après : trois temps
Patient 11 Homme	53 ans	SPDT	Le Colombier	Temps d'apaisement, contention si agitation, permission sortie avec famille	
Patient 12 homme	55 ans	?	Hospitalisation au long cours à Pinel UMD	Trois temps + contention si agitation	6 jours après : trois temps + contention si agitation 12 jours après : idem 20 jours après : idem
Patient 13 Homme	38 ans	?	Le Colombier	CI + contention si agitation	41 jours après : ci + contention si agitation 7 jours 47 jours après : idem 49 jours après : idem 57 jours après : idem

Recommandation

Le recours à l'isolement et, plus radicalement, le recours à l'unité Pinel ainsi que les fonctions que celle-ci remplit, de fait, pour les autres unités doivent être réexaminés non seulement au regard des droits des patients mais également à celui de leur pertinence thérapeutique.

5.4.2 La contention

Le recours à la contention, dont l'usage doit pourtant rester exceptionnel, est aussi généralisé que celui à l'isolement mais encore moins traçable et donc tracé. Les prescriptions de mesures de contention n'existent, si elles existent, que dans le dossier patient. Aucun regard transversal ne peut être porté sur cette pratique. Les contrôleurs ont pu constater que certains jours, trente-cinq patients étaient attachés sur leur lit. Dans l'une des unités visitées, ils ont rencontré une personne isolée et attachée, depuis une date indéterminée. Interrogés sur la date de mise en œuvre de cette mesure, les soignants, dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, ont répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement.

Même quand les chambres d'isolement dans lesquelles les patients sont attachés sont équipées d'un bouton d'appel qui fonctionne, ils n'y accèdent pas et n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier pour obtenir à boire ou pour demander le bassin.



Patient sous contention dans sa chambre

5.4.3 L'Unité Pinel

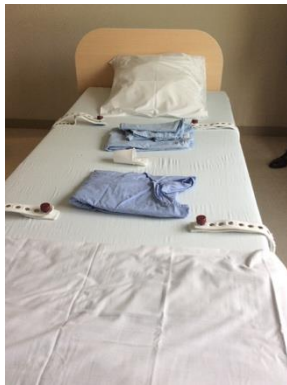
a) Les locaux

L'unité Pinel, unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP), a été inaugurée en 2010. Elle a pris la suite du service « Les Sycomores » créé en 1973, service intersectoriel accueillant des malades adultes difficilement tolérables dans les autres services du fait de leur comportement agité. Les locaux sont donc récents.

L'unité se compose d'un poste de soins central, permettant une vision panoptique de trois couloirs donnant accès aux vingt et une chambres d'isolement qui représentent la totalité de l'offre d'hébergement. Toutes sont individuelles. Une aile, comprenant dix chambres est réservée aux patients en crise, une deuxième de six chambres reçoit les patients dits stabilisés, une troisième de cinq chambres accueille les patients hospitalisés dits « au long cours ». Seule cette aile dispose d'une salle de douche. Une quatrième aile, non visible du poste de soins, comprend les locaux de l'intendance. Une salle à manger, une salle de télévision et deux espaces de jour sont disposés en arc de cercle entre l'aile pour personnes stabilisées et celle pour personnes au long cours. Des bureaux médicaux et une salle de réunion occupent le reste de l'espace.

Un patio allongé, dont l'accès est fermé à clé, s'étend entre l'aile de crise et l'aile d'intendance.

Toutes les chambres sont organisées sur le même modèle avec deux espaces : l'un comportant uniquement un lit fixé au sol, l'autre comportant un lavabo et une cuvette WC en inox ; les deux espaces sont séparés par un petit muret. Les chambres ne comportent ni armoire ni miroir. Une horloge à affichage digital est située au-dessus de la porte principale. Elles ne sont pas équipées de bouton d'appel. Des vitres incassables (l'une sur la porte d'accès et l'autre placée dans une trappe comme sur la photo ci-dessous) permettent d'observer les occupants de la chambre, à la fois dans l'espace principal et dans l'espace de toilette.



Lit de chambre d'isolement à l'UMAP



Trappe donnant sur une chambre d'isolement

Toutes les chambres possèdent deux accès, l'un par le couloir, l'autre par la salle de douche commune aux deux chambres qui lui sont attenantes.

La salle de douche également accessible du couloir est un espace rudimentaire. La cabine de douche à proprement parler est fermée sur trois côtés ; le quatrième ne comprend ni porte, ni rideau ce qui empêche toute intimité pour la personne se douchant. L'ensemble des locaux est propre et bien entretenu mais laisse une impression de froideur spartiate.

b) Le personnel

Les effectifs théoriques de l'unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) sont les suivants¹⁶ :

- un médecin chef (en l'occurrence, le médecin chef est responsable de l'ensemble du dispositif de suite) plus l'intervention des médecins du CPA pour les patients relevant de leur secteur ;
- des médecins généralistes intervenant pour les patients relevant de leur secteur et un médecin référent pour les patients « chroniques » ;
- un interne ;
- un cadre supérieur de santé ;
- 0,8 ETP de cadre de santé ;
- 16,6 ETP d'infirmiers ;
- 4 ETP d'aides-soignants ;
- 4 ETP d'agents des services hospitaliers.

Trois équipes se succèdent par tranche de 24 heures. Celle du matin intervient de 6h20 à 13h50, celle de l'après-midi de 13h10 à 20h40 et celle de nuit de 20h30 à 6h10. Un temps de transmissions est réservé à chaque changement d'équipe.

L'effectif minimum d'infirmiers est de quatre le matin et quatre l'après-midi.

c) Les patients

L'origine des patients admis à l'UMAP est diversifiée. Certains, déjà hospitalisés dans un service du CPA, sont adressés par leur psychiatre traitant en raison d'une situation qui dépasse la capacité de prise en charge de l'équipe concernée ; d'autres sont adressés directement par le centre d'accueil permanent (CAP) en raison de l'état clinique qu'ils présentent à l'arrivée ; d'autres, enfin, viennent d'un établissement pénitentiaire et dans ce cas, le « protocole » exige qu'ils soient admis à l'UMAP, indépendamment de leur état clinique.

En théorie, seuls des patients hospitalisés sans leur consentement sont admis à l'unité Pinel. Dans la pratique, il a été déclaré aux contrôleurs qu'il arrivait qu'un patient admis en soins libres soit adressé à l'UMAP. Les médecins ont alors un délai de 8 heures pour transformer le mode d'hospitalisation. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier cette affirmation. Selon les informations que l'établissement a tirées de ses statistiques, 208 patients ont été admis en soins libres en 2015 à l'unité Pinel pour une durée moyenne de 1,08 jour. Il a été indiqué que ce nombre est à prendre avec de fortes réserves dans la mesure où le système d'information ne permet pas d'extraire des données fiables et peut correspondre au temps nécessaire pour la régularisation administrative du mode d'hospitalisation de la personne admise.

Lors de la mission de contrôle, sur les vingt et une personnes hospitalisées dans l'unité, trois y étaient depuis l'ouverture en 2010 et selon les propos rapportés, une dizaine y était depuis plusieurs mois.

¹⁶ Projet de service Pinel

d) Le fonctionnement de l'unité

i) L'arrivée à l'unité

Tous les patients arrivants à l'unité sont conduits dans leur chambre par le personnel infirmier. C'est là que, le cas échéant, les moyens de contenir la personne (coquille de pompiers, liens de contention, menottes) sont retirés. Les patients sont systématiquement mis en pyjama ou en chemise fendue, tenue qu'ils conservent pendant toute la durée de leur séjour. L'ensemble de leurs vêtements et de leurs objets personnels est placé dans un placard après inventaire. L'examen médical somatique obligatoire dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte débutante est fait par un médecin généraliste dans les 24 heures comme le prévoit la loi.

La notification des droits est assurée par le cadre de santé de l'unité ou par les infirmiers. Les contrôleurs ont eu l'occasion d'assister à une notification lors de l'arrivée d'une personne à l'unité. Le mode d'hospitalisation de la personne lui a été lu ainsi que les motifs (par lecture des certificats) mais il n'a pas été fait mention des moyens de recours dont la personne disposait pour contester son hospitalisation, pas plus que les instances vers lesquelles elle pouvait se tourner. Les infirmiers questionnés sur le droit des patients à notifier ont reconnu leur ignorance dans le domaine.

ii) La prise en charge psychiatrique

Si l'unité Pinel est intersectorielle, le principe de la sectorisation y reste appliqué. Ce qui signifie que chaque personne hospitalisée est suivie par un psychiatre de son secteur lorsque ce secteur est couvert par le CPA. Dans le cas contraire, elle est attribuée à un secteur dans le cadre de la prise en charge des personnes dites hors-secteurs. C'est donc le psychiatre référent du patient qui décide de son admission à l'UMAP, lui rend visite dans l'unité et y organise son séjour. Il détermine également, en concertation avec l'équipe soignante, de sa réintégration dans le service d'origine. Le chef de service de l'UMAP étant également en charge de tout le dispositif de soins de suite et des soins psychiatriques dispensés au centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse, bon nombre de personnes présentes à l'UMAP sont sous sa responsabilité.

iii) Le temps en chambre

Les patients hospitalisés à l'UMAP passent le plus clair de leur temps dans leur chambre. Chacun fait l'objet d'une prescription définissant les restrictions posées à la liberté d'aller et venir. Ce cadre n'est cependant pas spécifique à cette unité (« *prescription de restriction de liberté d'aller et venir* »). Un autre cadre réservé aux patients de l'UMAP définit le régime d'hospitalisation. Il définit six modalités de prise en charge :

- « Chambre d'isolement » ;
- « 100 % en chambre » ;
- « Réfectoire seul » ;
- « Plateau + 30 minutes » ;
- « Réfectoire + 30 minutes » ;
- « Trois temps ».

Le régime « chambre d'isolement » correspond à un placement à temps plein dans la chambre, chacun des échanges avec le patient exigeant la présence de deux soignants. Les constantes physiques (pouls, tension artérielle, température) sont prises au moins deux fois par jour, un passage infirmier avec ouverture de la trappe permettant de communiquer avec le patient a lieu au minimum une fois par heure, ce passage pouvant être fait par un infirmier seul.

Le régime « 100 % en chambre » diffère du précédent par le fait que le patient peut avoir accès à un livre, à un magazine et à quelques objets personnels, comme ses lunettes par exemple, entre 9h et 20h et que l'ouverture de la porte peut être faite par un infirmier seul.

Le régime « réfectoire seul » signifie que le patient a le droit de quitter sa chambre au moment des repas qu'il prend avec les autres au réfectoire.

Le régime « plateau + 30 minutes » indique que le patient prend ses repas au lit mais qu'il peut sortir 30 minutes après chacun d'eux.

Le régime « réfectoire + 30 minutes » combine les avantages des deux précédents régimes.

Enfin le régime « trois temps », le plus libéral, permet au patient de quitter sa chambre de 8h à 10h, de 12h à 13h, de 15h à 17h et de 19h à 20h, le temps des repas pris au réfectoire avec les autres étant compris dans ces tranches horaires. Ce qui correspond à un temps minimal en chambre de 18 heures sur 24.

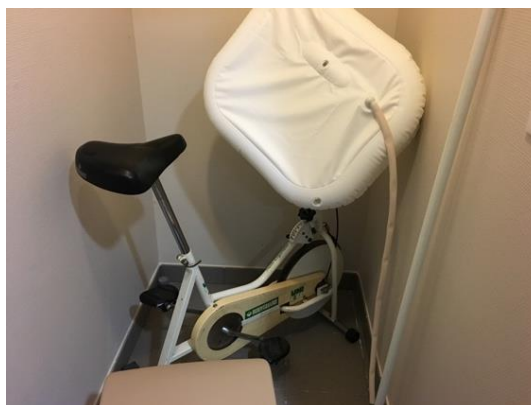
Pour chacun de ces régimes, la contention peut être prescrite de façon systématique ou en cas de besoin.

iv) Les activités

Le projet de service de l'unité précise que l'UMAP n'a pas vocation à recevoir de patients au très long cours, en conséquence de quoi, les activités disponibles au sein du pavillon sont réduites au strict minimum. Les patients peuvent bénéficier de la salle de télévision, de revues mises à leur disposition et de jeux de société proposés par les soignants. Ils peuvent également écouter la radio, ce qui leur est interdit dans leur chambre. Le placard de la salle d'activités contient quelques livres, quelques jeux de société et un carton à dessin. Les contrôleurs ont également découvert un vélo de salle dans un placard de l'unité dont l'encombrement laissait penser qu'il n'était pas fréquemment ouvert. Le personnel a confirmé que ce vélo ne servait jamais. Quelques patients ont parfois accès à la cafétéria à condition d'être accompagnés par deux soignants. Enfin, le projet de service prévoit que les patients admis au long cours peuvent avoir accès aux activités proposées par le centre d'activités thérapeutiques à temps partiel. Seule une patiente, lors de la visite de contrôle, en bénéficiait.



Activités disponibles à l'UMAP



Vélo oublié dans un placard

v) Le mode de vie dans l'unité

La consommation de tabac est interdite à toute personne hospitalisée à l'UMAP, y compris lorsqu'elle se trouve dans le patio ou dans le parc, toujours en compagnie de soignants. L'argument avancé par le cadre de santé, hormis la nocivité du tabac, est qu'il est plus simple – et moins anxiogène pour les patients – d'interdire totalement l'usage du tabac plutôt que d'avoir à gérer la distribution de quelques cigarettes par personne et par jour. Des substituts nicotiniques (patchs) sont proposés aux patients mais il a été déclaré aux contrôleurs qu'ils n'étaient pas imposés.

Une douche quotidienne est proposée aux patients. Comme aucun rideau de douche ne permet de préserver leur intimité, elle est prise sous le regard des soignants.



Cabine de douche à l'UMAP

Les repas, quand ils sont servis en chambre, sont déposés dans un plateau sur les genoux de la personne alitée. Lorsque celle-ci est sous contention, la nourriture est prédécoupée et la main droite ou gauche du patient (selon qu'il est droitier ou gaucher) est détachée le temps du repas. Les couverts sont en plastique.



Femme prenant son repas à l'UMAP

Au réfectoire, chaque patient s'assied à la place qui lui est attribuée par les soignants et a l'interdiction de se lever sans autorisation. Les plateaux sont servis par les infirmiers. Les couverts sont en métal et comptés au terme de chaque repas avant que l'autorisation ne soit donnée aux patients de quitter le réfectoire.

Les communications avec l'extérieur (courrier, téléphone, visite) sont soumises à autorisation médicale.

vi) Les temps d'échange institutionnel

Comme indiqué plus haut, un temps de transmissions entre les soignants est organisé à chaque changement d'équipe. Il dure de dix à vingt minutes.

Une réunion hebdomadaire rassemble l'ensemble des soignants présents, les cadres de santé et le médecin chef de l'UMAP. Elle consiste à étudier la situation de chaque personne hospitalisée à l'unité. Les contrôleurs ont pu assister à cette réunion. Le temps consacré à chaque dossier a été, lors de cette réunion, compris entre 40 secondes et 5 minutes, la majorité des situations étant envisagée en moins de 3 minutes.

vii) Passage devant le JLD

Les patients hospitalisés à l'UMAP sont entendus par le juge des libertés et de la détention comme les autres patients hospitalisés sous le régime de la contrainte, sous réserve que le médecin responsable de l'unité ne juge pas qu'il y a une contre-indication médicale à cette comparution. Une note que se sont procurés les contrôleurs, non encore validée ni diffusée, prévoyait que pour les patients sous écrou ayant fait l'objet d'une indication particulière de dangerosité par le centre pénitentiaire ou pour les patients détenus contenus, le médecin psychiatre déciderait sur avis simple que le patient serait dans l'incapacité de comparaître devant le JLD.

viii) Situations particulières

Dans l'ensemble, les contrôleurs ont été accueillis par des soignants motivés, engagés professionnellement et convaincus d'agir dans l'intérêt des patients.

Certaines situations ont particulièrement attiré l'attention des contrôleurs au cours de leur visite à l'unité Pinel.

Un patient détenu se déclarant demandeur de soins pour un état de détresse psychique s'était vu promettre au centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse, son admission au service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Lyon Corbas (Rhône) dès qu'une place serait disponible. Il n'avait, selon ses dires, pas été informé de son passage au CPA et encore moins à l'UMAP. Le maintien sous contention dont il faisait l'objet depuis son arrivée avait un effet contre-productif sur sa demande de soins. Il a déclaré avoir très mal vécu l'examen médical de ses parties génitales à des fins de sécurité et la façon méprisante dont l'interne de médecine s'était adressé à lui. Incapable de gagner la confiance de l'équipe soignante afin de se faire détacher, il a souhaité renoncer à son admission au SMPR et à l'ensemble des soins qu'il réclamait initialement pour demander à retourner dans son établissement pénitentiaire d'origine. Au terme d'un entretien au cours duquel ses droits lui ont été notifiés, il a murmuré qu'il s'agissait de viol mental. Les contrôleurs ont à plusieurs reprises, dû remplir d'eau son gobelet, pour éteindre sa soif.

Un jeune homme au discours clair et cohérent s'est trouvé admis à l'UMAP en raison de la présence de tétrahydrocannabinol (THC) dans ces urines, témoignant d'une consommation récente de cannabis. Interrogé, son médecin a confirmé que cette admission à l'UMAP avait vocation à lui poser des limites. Ce jeune homme a pu rejoindre son unité d'origine dès lors que ses urines sont devenues négatives en THC. Il lui aurait été dit que les mêmes causes auraient les mêmes conséquences et qu'une nouvelle consommation de cannabis le renverrait à l'UMAP.

Une femme d'un certain âge a interpellé les contrôleurs. Elle s'est plainte des motifs de son admission, en rapport, selon elle, avec un désaccord avec son médecin. Sans se prononcer sur l'opportunité de son hospitalisation à l'UMAP, les contrôleurs ont pu constater qu'ayant été sédatisée à son admission, elle avait uriné sous elle pendant la nuit. Elle a raconté qu'elle avait beau appeler et crier, personne ne venait la voir entre deux rondes. Mais ce qui a le plus vivement surpris les contrôleurs c'est la résignation avec laquelle elle a accepté d'être enfermée et sous contention après 24 heures de présence à l'unité Pinel. Elle faisait sien le discours médical et semblait prête à tout accepter afin de retourner dans son service.

Une jeune femme, présente depuis un an, était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant. Elle a précisé aux contrôleurs qu'elle était autorisée à retourner chez elle un week-end sur deux, ce qui lui permettait de se rendre chez le coiffeur ou au restaurant.



Femme sous contention à l'UMAP

5.5 LA SECURITE N'APPELLE PAS D'OBSERVATION ,LES INCIDENTS SONT CORRECTEMENT PRIS EN COMPTE MAIS PAS LES COURRIERS DES FAMILLES

Le site de l'établissement est ouvert 24h sur 24.

A l'entrée du site, protégé par une barrière, le poste central (PC) de sécurité est chargé de la surveillance des passages avec lecture des plaques d'immatriculation. Aucun contrôle des personnes n'est opéré à l'exception des patients en pyjama.

La vidéosurveillance du site a été mise en place en 2010. Des écrans au PC de sécurité permettent la surveillance en direct. Les enregistrements sont conservés six jours. Trois personnes sont autorisées à les consulter : le directeur, le responsable de la sécurité et le responsable des services techniques. La lecture des enregistrements est essentiellement utilisée lors des fugues de patients.

Tous les locaux sont fermés à clé y compris les secrétariats pourtant situés en dehors des locaux d'hospitalisation.

La sécurité du personnel est assurée *via* le port de dispositif d'alerte de travailleur isolé (DATI). Un organigramme définit le personnel appelé en renfort lors du déclenchement d'un DATI.

Huit agents sont en charge de la sécurité incendie sur le site ; 94 % du personnel est formé à la sécurité incendie.

Il n'existe pas de service de sécurité ; en cas de besoin, les IDE se déplacent dans les unités où un incident se déroule (Cf. § 2.3.2).

5.5.1 Le traitement des plaintes et réclamations

En 2014, ont été reçues cinq réclamations orales et neuf réclamations écrites. Ces dernières ont été traitées par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Le délai de réponse à réception de la demande est de vingt jours. Le directeur a proposé une médiation dans huit cas et sept ont été acceptées. Trois réclamations écrites sur quatre émanent des familles.

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction est relativement satisfaisant avec près de 40 % de retour sur les 2 019 sortants en 2015.

Une enquête systématique est conduite sur la satisfaction des familles tous les deux ans. Le résultat de cette enquête n'a pas été transmis aux contrôleurs. Certaines familles ont écrit au directeur pour se plaindre, leur courrier est resté sans effet.

5.5.2 Les événements indésirables

La déclaration des événements indésirable (EI) est effective depuis 2002. En 2014, année du dernier rapport remis aux contrôleurs, le nombre d'EI déclarés était de 819, chiffre relativement stable depuis la mise en œuvre de la déclaration.

Les événements indésirables sont déclarés à la cellule qualité sur une fiche informatisée ; celle-ci les transmet au médecin responsable, au cadre supérieur et au cadre de l'unité avec l'identification du déclarant. Un « expert risque » apprécie la suite à réserver à chaque déclaration et, de façon systématique, une analyse des causes est menée pour toute situation de suicide ou de tentative de suicide, d'erreur médicamenteuse après avis de la pharmacie ou d'agression par un patient d'un salarié ou d'un autre patient.

L'analyse des EI est assurée par la cellule qualité et gestion des risques. Les résultats sont présentés au comité de pilotage Qualité et gestion des risques (Q&GDR), à la commission médicale d'établissement, en réunion des correspondants Q&GDR ainsi qu'à la CDU. Ils sont accessibles pour l'ensemble du personnel sur l'intranet de l'établissement.

Près des deux tiers des EI concernent une atteinte physique (27 %) ou un problème de comportement (32 %). La moitié des EI relatifs à une atteinte physique concerne une chute d'un patient. Un tiers des EI relatifs à un problème de comportement concerne des agressions physiques de patients sur du personnel sans blessure et 14 % des agressions avec blessures. Ils représentaient plus de 50 % des événements déclarés entre 2009 et 2011. Ces événements sont à l'origine d'un appel en renfort en personnel dans 12 % des cas, du déclenchement d'un DATI dans 8 % des cas et d'un appel à renfort dans 5 % des cas. Ils ont pour conséquence pour les patients une mise en chambre d'isolement ou en chambre seule dans 13 % des cas et sous contention dans 12 % des cas.

Parmi ces événements indésirables, 42 % sont classés comme graves. Ils surviennent prioritairement dans les unités Épidaure, Charmilles, Chamoise, Charcot, Pussin, Pinel et Bourneville ainsi que l'US Enfants. Aucun événement indésirable n'a été déclaré en rapport avec des situations d'isolement ou de contention d'un patient.

Un travail est conduit en matière d'observation de la violence à partir d'une réflexion interne à la CME, car l'analyse des causes renvoie souvent à un sujet d'analyse clinique et de besoin de formations complémentaires. Ceci a conduit ces dernières années à renforcer le système d'appel à renfort avec le système DATI et l'appel à renfort par téléphone, à développer des formations sur le sujet y compris en termes d'initiation clinique au profit des ASH, à développer une convention avec l'association AVEMA, et à promouvoir une formation sur la prévention et la gestion de la violence.

5.6 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES NE RESPECTE PAS LES DROITS DES PATIENTS DETENUS

Toutes les personnes détenues admises au CPA, qu'elles soient domiciliées ou non dans l'Ain, sont hospitalisées à l'UMAP. La plupart du temps, elles ne s'arrêtent pas au CAP.

L'admission, sur le fondement de l'article D.398¹⁷ du code de procédure pénale, est prononcée si l'UHSA¹⁸ de Lyon (Rhône) atteste qu'elle ne peut prendre en charge le patient détenu.

Les personnes venant de prison sont sous contention pendant le transfert qui se fait en ambulance en présence de deux soignants du CPA, le cas échéant sous escorte policière.

Une note signée du médecin responsable de l'UMAP en date du 16 avril 2015 précise les actions préconisées à l'arrivée de toute personne détenue :

- le patient détenu doit être systématiquement contenu « court » jusqu'à l'examen somatique d'entrée (l'examen médical est fait sous contention) ;
- lors de l'examen somatique d'entrée, l'interne ou le médecin généraliste explore la bouche du patient détenu afin de vérifier l'absence de tout corps étranger ;
- lors de ce même examen somatique, une vigilance accrue, notamment sous les parties génitales permettent de détecter tout produit ou objet dissimulé.

La suite du séjour diffère de celles des autres personnes hospitalisées à l'UMAP par le fait que **la prescription de chambre d'isolement est systématique pendant toute la durée du séjour**, que la contention est maintenue au moins jusqu'à l'examen des 24 heures et que la visite des familles est interdite sauf « autorisation exceptionnelle » de la direction du CPA.

Le suivi médical est assuré par le médecin chef de Pinel si la personne n'est pas domiciliée dans l'Ain, dans le cas contraire c'est un médecin du secteur de rattachement du patient qui s'en charge.

Les contrôleurs se sont procuré un protocole en cours de finalisation et donc non diffusé, traitant de la prise en charge des patients détenus. Dans le paragraphe portant sur le passage devant le JLD, on peut lire : « *Pour les patients qui auront fait l'objet d'une indication particulière de dangerosité par le centre pénitentiaire ou pour les patients contenus, le médecin psychiatre décidera sur l'avis simple, que le patient détenu est non entendable par le JLD.* »

Recommandation

Aucun protocole ne saurait imposer à un médecin le sens de l'avis qu'il doit formuler sur l'état clinique d'un patient et les capacités de ce dernier, quelle que soit la nature des traitements ou des mesures dont le patient a pu être l'objet, sa situation pénale ou l'appréciation que peut porter l'administration pénitentiaire sur son comportement.

¹⁷ Article D.398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. (...) »

¹⁸ UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

6.1 LE CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT PERMET L'OBSERVATION DES PATIENTS DANS DE BONNES CONDITIONS

Le centre d'accueil permanent (CAP) est installé dans un pavillon situé à l'entrée du domaine. Cette structure permet l'observation des personnes amenées en urgence pendant une durée, en principe, pertinente pour une orientation adaptée à la situation du patient.

Ses locaux sont récents, organisés en deux espaces. D'une part, un espace d'accueil comprenant deux bureaux administratifs, une salle d'attente, d'autre part, de l'autre côté d'une porte fermée, un espace de consultation et d'observation où sont installées, outre une salle d'attente et des bureaux d'entretien, trois chambres. Les personnes demandant une admission en soins libres attendent dans la première salle alors que les autres, les mineurs et les personnes âgées désorientées sont invitées à attendre dans la salle située dans la partie fermée.

Les trois chambres sont meublées d'un lit et d'une table de chevet ; un bouton d'appel fonctionne. Chacune est dotée d'une salle d'eau – avec lavabo, douche et WC – dont la porte ne ferme pas de l'intérieur. Une cour grillagée, comportant un auvent, permet de fumer aux personnes séjournant dans ces chambres.

Si elles ne sont pas orientées immédiatement dans une unité d'hospitalisation, les personnes qui se présentent, ou sont présentées, peuvent rester 24 à 48 heures en observation au CAP.

Le CAP développe une activité ambulatoire de consultation et d'orientation. Son activité globale au cours de l'année 2015 se présente selon le tableau suivant :

Hospitalisation au CAP pendant 24 heures	332
Hospitalisation au CAP pendant 48 heures	128
Hospitalisation au CAP pendant 72 heures et plus	22
Retour à domicile après consultation	1 675
Unité fermée après consultation	1 258
Centre hospitalier général après consultation	18
Centre hospitalier spécialisé après consultation	7
Délivrance de méthadone	99
Total	3 539

30 % des patients reçus partent en hospitalisation directe, librement ou en soins sans consentement ; le médecin du CAP remplit le formulaire « prescription de restriction de liberté d'aller et venir » pour l'unité d'hospitalisation.

Les personnes admises en soins sans consentement depuis un CMP ne passent pas physiquement par le CAP, sauf pour les formalités d'admission. Le CAP établit tous les certificats médicaux d'entrée.

Les personnes détenues ne passent pas par le CAP mais le cadre de coordination peut être amené à organiser leur transfert depuis le centre pénitentiaire.

Les patients qui sont conduits au CPA en véhicule en situation de crise grave, donc la plupart du temps attachés, sont examinés dans ce véhicule, dans des conditions peu propices à une évaluation juste de la crise. L'examen peut alors durer une demi-heure. Les patients agités peuvent être orientés par le médecin du CAP en chambre d'isolement dans une unité ou bien à l'unité Pinel s'il estime nécessaire une sécurité supplémentaire. Le cadre de santé du CAP cherche une chambre d'isolement, si possible dans l'unité du secteur du patient mais, à défaut, dans une autre unité.

En pratique, la majorité des patients entrant en état de crise sont adressés à l'unité Pinel.

6.2 LE POLE DE PEDOPSYCHIATRIE N'APPELLE PAS D'OBSERVATIONS

6.2.1 L'unité des adolescents

L'unité adolescents est une unité ouverte. Elle comprend sept lits.

a) Les locaux

Le bâtiment comporte un seul niveau. Il est entouré d'une grille délimitant une cour qui reste ouverte sur l'extérieur. Les jeunes patients hospitalisés sont autorisés à franchir la grille mais cette dernière a un « rôle protecteur ».

Toutes les chambres sont individuelles et dotées d'une salle d'eau avec WC, lavabo et douche. Les occupants peuvent en fermer la porte.

Les espaces partagés sont distribués autour d'un vaste dégagement central qui dessert à la fois les chambres, les bureaux d'entretien, la salle à manger - attenante à un office -, l'espace de soins, et s'évase sur un espace de repos qui conduit à la cour.

Dans l'espace de soins, la chambre d'isolement adjacente au bureau infirmier. Elle est utilisée ouverte ou fermée. Elle serait utilisée pour les patients anorexiques épuisés.

b) Le personnel

Deux médecins interviennent à l'unité des adolescents.

L'équipe soignante est constituée de :

- un cadre de santé ;
- quatorze infirmiers ;
- deux éducateurs spécialisés ;
- un aide-soignant ;
- un psychologue.

Une secrétaire est également affectée à cette unité.

Ces effectifs permettent la présence de deux personnes le matin, trois l'après-midi et une de nuit ; un soignant peut faire parfois un service de journée ; une personne de l'équipe de jour reste jusqu'à 21h30 et plus si nécessaire.

c) Les patients

Les patients ont entre 13 et 20 ans ; ils sont hospitalisés le plus souvent pour dépression grave, anorexie. L'unité ne reçoit pas de patients en urgence. En effet la prise en charge repose sur un contrat de soins préalable à l'admission entre le jeune, sa famille et le médecin.

Le service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) assure des cours dans l'unité.

d) Les soins

La durée d'hospitalisation varie de trois semaines (situation classique) à deux ans (patients au long cours ou hospitalisation séquentielle).

Il n'y a pas de passage systématique en chambre d'isolement à l'arrivée dans l'unité.

La mise en chambre d'isolement est réalisée le plus souvent sur proposition de l'équipe infirmière et confirmée par le médecin. Les médecins ne délivrent pas de prescription d'isolement « si besoin ». Il peut arriver qu'un jeune patient décide d'aller en chambre d'isolement « *je vais aller en iso, je suis allé trop loin* ». La chambre peut être aussi utilisée ouverte avec une surveillance intensive du fait de sa proximité avec la salle de soins. En raison de sa fonction, téléphone et lectures ne sont pas autorisés en chambre d'isolement.

La mise en chambre d'isolement est en général très courte de quelques heures à quelques jours. Le patient y est vêtu de ses vêtements personnels.

Toute mise en chambre d'isolement s'accompagne d'une prise en charge intensive avec surveillance infirmière, entretien individuel en fin d'isolement et discussion en groupe de parole qui se tient une fois par semaine. Dans ce cadre, c'est généralement l'événement qui a conduit à la mise en chambre d'isolement plus que le fait lui-même qui donne lieu à discussion par les jeunes patients. Par ailleurs, toute mise en chambre d'isolement est discutée en réunion d'équipe.

L'utilisation des contentions est rare, selon le souvenir des interlocuteurs rencontrés, la dernière utilisation remonterait au mois de mai ou août de l'année précédente.

Au cours des six derniers mois, un seul adolescent a séjourné en chambre d'isolement (CI). Il arrive que la CI ne soit pas utilisée pendant plusieurs mois et celle-ci est plus fréquemment utilisée ouverte que fermée. Une professionnelle a indiqué qu'elle n'a pas vu de durée d'isolement supérieure à trois jours.

6.2.2 Unité des enfants

a) Les locaux

Il s'agit d'une unité fermée entourée de trois espaces extérieurs : une courrette, un espace faisant le tour sur la moitié du bâtiment et un espace aménagé avec des jeux.

Elle comprend douze lits et un lit supplémentaire (couchette) permanent. Les lits sont répartis en onze chambres individuelles et une chambre double. L'unité comprend par ailleurs deux chambres d'isolement.

Les repas peuvent être pris dans deux espaces différents : un espace ouvert, le Renoué et un espace plus confiné, l'Éveil.

b) Le personnel

L'équipe médicale comprend un pédopsychiatre (0,6 ETP) présent le lundi matin, le mardi, le mercredi matin et le vendredi après-midi et un interne. Un deuxième psychiatre est en arrêt maladie prolongé.

L'équipe soignante est composée de :

- un cadre de santé ;
- quinze infirmiers mais uniquement 12,5 ETP effectifs ;
- un éducateur spécialisé avec un poste supplémentaire en février 2016 ;
- quatre auxiliaires de puériculture (3,6 ETP) ;
- un aide-soignant ;
- trois agents des services hospitaliers ;
- une aide médico-psychologique ;
- un psychologue (0,5 ETP).

c) La prise en charge

Le service accueille des enfants âgés théoriquement de 0 à 16 ans et pratiquement de 5 à 17 ans. Leur nombre fluctue de quelques patients à treize enfants présents. Le choix d'affectation d'un adolescent dans l'unité pour enfants ou l'unité pour adolescents n'a pas été explicité.

L'admission se fait de façon quasi systématique *via* le CPA et la « prescription de restriction de liberté d'aller et venir » est décidée par le médecin du CPA. Cependant, l'équipe a connu une situation où l'enfant a été amené menotté jusqu'en chambre d'isolement.

Lors de la visite des contrôleurs, une jeune autiste occupait depuis plusieurs mois la chambre d'isolement où elle était en permanence attachée. L'ensemble des soignants était épuisé par cette patiente, non seulement en raison de la difficulté matérielle des soins mais tout autant par le constat de l'impasse thérapeutique qui était renvoyé à l'équipe alors qu'aucune alternative de prise en charge n'était en vue.

Les entretiens associent toujours un médecin et un infirmier.

Les placements sous ordonnance de placement provisoire (OPP) sont rares mais deux enfants étaient sous ce statut lors de la mission de contrôle.

d) La vie quotidienne

Les objets personnels du jeune patient sont enfermés dans un placard ; il ne pourra y avoir accès qu'en compagnie d'un soignant. Son téléphone mobile est confisqué et mis en casier pour éviter la prise de photos et vidéos qui pourraient se retrouver sur les réseaux sociaux ou la communication avec des fournisseurs de produits illicites.

Il est interdit au patient arrivant de téléphoner pendant quelques jours « afin de rompre les liens familiaux » ; la reprise des appels se fait systématiquement en présence d'un soignant. Par la suite, la composition du numéro se fait sous le contrôle d'un soignant et le jeune patient peut alors passer son appel dans sa chambre.

Le courrier n'est pas lu sauf si le juge des enfants l'ordonne. Le service peut fournir au tout début de l'hospitalisation du papier, enveloppe et timbre et par la suite la demande doit être faite auprès des parents ou du tuteur.

Les jeux sur tablette ou ordinateur sont autorisés lors de moments spécifiques en chambre. Un ordinateur est à la disposition des jeunes patients en présence d'un soignant.

La consommation de tabac est interdite sauf prescription médicale après accord parental. Celle-ci se fait alors dans le parc avec l'accompagnement d'un soignant. Il est, en revanche, systématiquement proposé un sevrage tabagique avec prescription de patch ou Nicorette® par le médecin généraliste qui voit le jeune patient dans les premières 24 heures de son hospitalisation.

Les repas sont pris en présence de soignants qui s'assoient à table à raison d'un soignant pour deux jeunes sauf pendant le petit déjeuner.

Les sorties dans la cour de l'unité ou dans le parc se font sur prescription médicale accompagnées ou non.

Les visites se déroulent dans la salle de visite de l'unité et éventuellement, sur prescription médicale, dans le parc.

6.3 LES UNITES D'ADMISSION SONT CARACTERISEES PAR LEUR FERMETURE ET LE PORT FREQUENT DU PYJAMA

Les six unités d'admission diffèrent par leurs locaux : quatre sont installés en étage et deux en rez-de-chaussée. Épidaure et les Charmilles sont situés dans des bâtiments anciens rénovés, au-dessus des unités de psycho-gériatrie ; Chamoise, Oasis, Le Colombier et L'Ormet sont installés dans des locaux neufs ou réhabilités d'un autre bâtiment, avec une cour fermée qui leur est propre et directement accessible.

Deux d'entre elles sont co-sectorisées et répondent aux besoins de deux secteurs principalement dans une logique de sous sectorisation (cf. § 2.2.2)

Répartition des lits :

unité	Nombre de lits	Nb chambre simple	Nb chambre doubles	Sanitaires complets attenants
Charmilles	25	21	2	Toutes les chambres
Épidaure	25	15	5	Chambres doubles
Oasis	25	25		Toutes les chambres
Le Colombier	25	25		Toutes les chambres
Chamoise	25	25 *		Toutes les chambres
L'ormet	25	21	2	Toutes les chambres

*lors de la visite, deux chambres comportaient en plus une couchette

Les chambres d'isolement sont parfois utilisées comme chambres standard, tel était le cas pour les deux chambres d'isolement de l'unité Oasis lors de la visite.

Chaque unité dispose d'une salle d'activité et d'au moins deux téléviseurs.

De façon générale, les visiteurs n'ont pas accès aux chambres, les visites se déroulent selon les unités, dans des salles prévues à cet effet, à la cafétéria ou dans le parc.

6.3.1 Les conditions de fonctionnement

Les conditions de fonctionnement des six unités d'entrée sont relativement similaires. L'effectif des équipes soignantes est équivalent : l'effectif minimal est de quatre soignants de jour et deux la nuit, avec au maximum un aide-soignant, soit au moins trois infirmiers de jour et un de nuit. L'effectif de réquisition est de trois infirmiers de jour.

La présence d'un médecin psychiatre ou d'un interne en psychiatrie est assurée pratiquement chaque jour.

6.3.2 L'arrivée

Les patients sont affectés dans une unité en fonction du lieu de leur domicile. Les exceptions à cette règle sont rares et correspondent à des situations de sur effectif ; en pareil cas, un patient peut être admis dans l'autre unité du secteur où il restera si l'hospitalisation est de courte durée.

A son arrivée, le patient est le plus souvent accompagné par un soignant du CAP avec la feuille de « *prescription de restriction de liberté d'aller et venir* » remplie. Après un rapide échange il est pris en charge par un IDE de l'unité qui l'accompagne dans sa chambre où il est procédé à un inventaire de ses affaires. Les objets de valeur sont placés au coffre ; si le montant des espèces détenues est important, une somme de l'ordre de 200 euros est conservée et le surplus placé au coffre de l'établissement. Un membre de l'équipe présente le service à l'entrant et lui remet le livret d'accueil.

Selon la « *prescription de restriction de liberté d'aller et venir* » établie par le médecin qui adresse (CAP ou CMP), les vêtements personnels sont autorisés ou non. S'agissant des objets personnels, soit tous sont autorisés (à l'exception des objets dangereux), soit aucun.

Les personnes admises en SPDRE ne sont pas nécessairement placées en chambre d'isolement à leur admission dans les unités.



Chambre à deux lits dans unités d'admission avec salle d'eau attenante

6.3.3 La vie quotidienne

Les règles d'organisation de la vie quotidienne sont assez semblables d'une unité à l'autre. Les variations sont plus sensibles sur la liberté d'aller et venir.

Toutes les unités sont fermées, ce qui a pour conséquence que les patients ne peuvent sortir que sur acceptation du soignant qui contrôle matériellement l'ouverture des locaux. Cette limitation au droit d'aller et venir vaut donc, de fait, pour les patients dont la « *prescription de restriction de liberté d'aller et venir* » ne comporte pas de restriction aux sorties, ainsi que pour les patients en soins libres, pour lesquels ce cadre ne devrait pas, en principe, comporter une telle restriction ; tel n'est pas toujours le cas ce qui est intrinsèquement à tout le moins discutable.

En pratique, selon les unités, les sorties dans le « petit parc » – destiné notamment à permettre de fumer – sont limitées aux horaires d'ouverture de la porte d'accès. Ces horaires sont plus ou moins étendus selon les unités : à titre d'exemple, à Epidaure, la porte vers la cour intérieure est ouverte sauf pendant les heures de repas et les pauses ; à l'unité Oasis, l'accès à la cour intérieure n'est possible pour les patients que de 9h à 9h15, 10h15 à 11h15, 12h45 à 13h, 14h30 à 16h, 17h15 à 17h30 et 19h45 à 20h soit trois heures et trente minutes par jour.

À l'unité l'Ormet, des patients (y compris ceux en soins libres) peuvent avoir une restriction d'accès à la cour intérieure fermée, principalement en raison – selon les justifications fournies aux contrôleurs – d'un risque suicidaire ou d'une addiction. Ces patients ne peuvent fumer du tabac qu'à des heures limitées et sous réserve d'être accompagnés d'un soignant.

Certains patients ont des temps d'apaisement dans leur chambre ; le cas échéant, la porte peut être fermée à clef (unité Chamoise notamment).

Recommandation

Une réflexion sur les effets de la fermeture de l'ensemble des unités d'admission doit être conduite afin de respecter la liberté d'aller et venir des patients en soins libres et de ne limiter celle des patients en soins sans consentement que dans la stricte mesure où leur état clinique le nécessite.

Le port du pyjama est systématique lors de l'admission dans certaines unités (L'Ormet, le Colombier). Un interlocuteur a précisé aux contrôleurs que : « *ceci est perçu comme nécessaire du fait de la portée symbolique qui facilite la prise de conscience par le patient du statut de malade* » ; il a été affirmé résolument que « *les mesures "cadrantes" sont expliquées, ont du sens, ne sont pas maltraitantes* ». À supposer que ces justifications aient une pertinence pour les patients soignés sans leur consentement, elles laissent perplexes s'agissant de patients en soins libres, qui sont donc venus eux-mêmes – et donc consciemment – demander des soins.

Recommandation

La pertinence de l'imposition du pyjama lors de l'admission, mesure qui porte atteinte à la dignité des patients, doit être réévaluée.

Sauf situation exceptionnelle – patients très déficitaires dans certaines unités – les repas sont pris collectivement en salle de restauration. De même, les téléviseurs, au moins deux par unités, sont d'usage collectif.

6.3.4 Les activités

Les patients des unités d'admission ont, en principe, accès au centre d'activité Erasme sur prescription médicale. En pratique, le dispositif a été présenté comme répondant aux besoins des patients « chroniques » des services de suite. La file active étant de soixante-quinze patients dont la moitié environ est constituée de patients en ambulatoire, on constate que les patients des unités d'admissions sont peu orientés vers Erasme.

Par ailleurs, outre des jeux de société, des activités plus formelles sont proposées dans chaque unité (marche rapide, groupes de parole, écoute musicale) en quantité plus ou moins importante selon les unités et, au mieux, trois fois deux heures par semaine.



Pièce commune dans une unité d'admission

Des activités informelles sont organisées principalement le week-end avec des jeux de société ou des promenades accompagnées dans le parc.

6.4 LES UNITES D'HOSPITALISATION AU LONG COURS : UNE INSUFFISANTE PRESENCE MEDICALE

Dans sa conception, le regroupement transversal d'unités d'hospitalisation au long cours offre davantage de capacité à mobiliser et à travailler avec le secteur médico-social en particulier en raison sa capacité à accueillir des patients pour des hospitalisations intermittentes. L'équipe mobile du dispositif de suite assure le lien psychiatrique avec les dispositifs médico-sociaux de l'Ain (les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil médicalisés ou les foyers de vie), un soutien aux éducateurs de ces structures et une aide aux placements médico-sociaux. En réalité, faute de structure, les patients restent souvent dans les unités de soins de suite.

Ce dispositif devait également susciter une dynamique de travail de ses cadres soignants, animée par la directrice des soins, pour développer l'autonomie des patients, proposer des actions d'éducation à la santé pour que les patients prennent soins d'eux-mêmes. Il devait favoriser une implication professionnelle pour réduire le *turn-over* des agents et stimuler leur capacité à imaginer de travailler différemment avec les patients.

Mais le service de soins de suite accuse plus que tout autre dans l'établissement l'insuffisance de médecins : le psychiatre, chef du dispositif de suite, intervient également à l'unité Bourneville, à l'unité Pinel, à l'unité de soins du centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse. L'unité Kraepelin partage avec Érasme 0,8 % ETP d'un psychiatre et les deux unités Pussin et Charcot se partagent 0,8 ETP d'un autre psychiatre. Cette situation, alimente l'idée que les secteurs se sont bien « débarrassés » de leurs malades chroniques en acceptant une sous-médicalisation des unités de suite.

Les infirmiers, en majorité de jeunes diplômés, sont attentifs aux patients et volontaires mais démunis. Ils constatent que la réduction du temps médical n'est pas sans conséquence sur l'augmentation de la contention et de la logique d'enfermement ; le développement effectif d'activités thérapeutiques proposées aux patients ces dernières années n'a pas inversé cette tendance : « *on est abandonné de l'institution sur le temps médical. On aimerait faire bouger mais on n'a pas forcément les moyens pour le faire* ». Les infirmiers sont demandeurs de formation en particulier la formation organisée au sein de l'établissement sur « la consolidation des savoirs en psychiatrie » organisée sur cinq sessions de trois jours ; un infirmier diplômé depuis quatre ans suit cette formation avec beaucoup d'intérêt cette année, six autres sont candidats pour 2016 mais un seul pourra la faire dès cette année.

Une assistante sociale intervient pour tout le dispositif intersectoriel de suite.

Les trois unités de « soins de suite » sont situées l'une au-dessus de l'autre, aux trois premiers niveaux du bâtiment appelé « Le Château » ; leurs locaux sont comparables. Depuis le grand parc, on accède à la porte de l'entrée de cet immeuble par un plan incliné. Un hall dessert l'entrée de l'unité Charcot, située au rez-de-chaussée, et l'escalier qui conduit aux étages supérieurs. Les locaux des trois unités sont, dans leur ensemble, vétustes mais des locaux neufs sont en cours de construction. La conception architecturale n'a pas été accompagnée d'un projet thérapeutique, la reconstruction se fait peu ou prou à l'identique.

L'affectation dans l'une des trois unités de suite est, sauf exception, fonction de la place disponible.



Bâtiment Le Château hébergeant les unités d'hospitalisation au long cours et sur la gauche deux des unités d'admission

6.4.1 Unité Charcot

Elle accueille principalement des patients qui ont passé une part importante de leur vie au sein de l'établissement psychiatrique ou qui sont domiciliés dans des foyers avec un suivi important en CMP quand ils ne sont pas hospitalisés. Cette unité ne dispose pas d'un projet explicite de soins et ne présentait pas initialement de spécificité par rapport aux autres unités de suite.

L'unité Charcot a une capacité de vingt-six lits et dispose, en outre, de deux chambres d'isolement. Les lits sont répartis en huit chambres individuelles, sept chambres à deux lits et une chambre à quatre lits.

Lors de la visite, vingt patients – treize hommes et sept femmes – étaient hospitalisés dont deux en chambre d'isolement ; parmi eux, un était admis en SDRE, seize en SDT et trois en soins libres.

Deux éléments expliquent la limitation à vingt patients en hospitalisation complète dans cette unité : les caractéristiques architecturales et les situations cliniques des patients ne permettent pas une pleine occupation des lits, cinq patients sont ainsi maintenus seuls dans une chambre à deux lits. En outre, cette unité accueille des patients en hôpital de jour (deux patients viennent une fois par semaine) ou en hospitalisation intermittente ; ainsi quatre patients viennent en hospitalisation le week-end (tous les week-ends pour l'un ou un sur deux pour trois autres patients) et trois patients qui vivent en foyers sont hospitalisés de façon programmée quelques jours tous les mois ou tous les deux mois.

a) Le personnel

L'équipe est composée de 19,5 ETP répartis en 13 ETP d'IDE et 6,5 ETP d'aides-soignants ; s'y ajoutent 3 ETP d'ASH et une personne à mi-temps sous contrat d'accompagnement à l'emploi. Comme indiqué dans le § 2.3.2 *Le personnel non médical*, l'absentéisme et le *turn-over* des ASH qui en découle, conduisent à une relative distanciation avec l'équipe soignante et à une moindre connaissance des patients rendant le travail à la fois moins plaisant et moins efficace.

Un kinésithérapeute intervient sur prescription.

Le médecin somaticien assure un passage deux fois par semaine d'une durée variable de l'ordre de trente à soixante minutes et intervient à la demande en dehors de ces passages.

Le médecin psychiatre intervient 2 h 30 mn, une fois par semaine principalement en animant une réunion clinique tous les lundis à 13h. Au cours de cette réunion, la situation de tous les patients est abordée avec un changement éventuel du « *cadre de la prise en charge* » et la rédaction des prescriptions. Ce psychiatre assure un passage quotidien dans le bureau médical, occasion pour l'équipe de lui parler, le cas échéant, d'une situation particulièrement difficile. Il a été rapporté au contrôleur par un patient qu'il n'avait pas vu le psychiatre depuis un an au moins ; il a été indiqué que « *le docteur voit un malade à la demande des infirmiers donc des patients peuvent ne pas le voir pendant longtemps* ».

b) Les locaux

L'unité est disposée en U au rez-de-chaussée du bâtiment, orientée vers la cour intérieure fermée.

L'entrée est encadrée par d'un côté, le bureau pour le cadre de santé et le bureau médical et de l'autre, les deux chambres d'isolement.

Une circulation centrale en U dessert, côté extérieur, les chambres toutes équipées d'un bloc toilette avec lavabo et wc. Aucune chambre ne dispose de sonnette d'appel. La partie centrale interne du U est occupée par une salle d'activités, le bureau infirmier et la salle de soins adjacente, les deux salles à manger mitoyennes desservies par l'office, une salle de séjour avec la télévision (Cf. photo ci-dessous) et la chambre à quatre lits.



Salle de télévision de l'unité Charcot

Deux pièces pour les visites, quatre douches collectives, une salle de bains non utilisée et deux blocs wc, qui ne sont ouverts qu'à la demande, complètent les locaux de cette unité.

Les locaux sont vétustes et, pour certains, mal commodes : les cabines de douches ne disposent pas de patère, les patients laissent leurs vêtements secs sur une chaise ou une petite table dans le couloir commun et doivent ouvrir la porte de la cabine pour les quérir.

c) Les chambres d'isolement

Chacune est accessible par un sas, la porte d'entrée de la chambre est percée d'un fenestron permettant de visualiser l'intérieur de la pièce avant d'y pénétrer. Chaque chambre est équipée d'un lit fixé au sol ; une salle d'eau avec un wc est directement accessible et visible depuis le sas à travers un fenestron spécifique ; la douche est commune aux deux chambres et accessible des deux sas. Un placard dans le sas permet d'entreposer les effets personnels du patient.

d) L'occupation des patients

Des activités soignantes sont organisées et programmées au sein de l'unité ou à l'extérieur :

- des activités de médiation d'une heure environ ;
- activité « image de soi » pour quatre patients ;
- activités créatives pour cinq patients ;
- musique pour quatre patients ;
- des sorties « en ville » qui concernent quatre patients (deux patients une semaine sur deux) deux à trois heures le mercredi matin par exemple pour aller au marché ;
- une activité d'expression ouverte aux patients de l'unité le samedi matin ;
- participation de six patients aux activités de l'hôpital de jour Érasme ;
- participations aux activités physiques organisées par le dispositif de réhabilitation : piscine pour trois patients, psychomotricité pour deux et remise en forme pour un patient.

Six des vingt patients ne participent à aucune activité programmée.

Des activités non programmées et occupationnelles permettent à certains patients d'être accompagnés dans le petit parc, voire sur prescription médicale d'être accompagnés dans le grand parc, de visionner des vidéos avec des infirmiers ou de jouer avec des jeux de société ou d'avoir une activité décoration ou coloriage.

Les visites ont lieu dans les salles prévues à cet effet. Lors du passage des contrôleurs, un patient avait une interdiction, prescrite par le médecin, de recevoir des visites. Six patients n'en reçoivent jamais et seuls cinq patients ont des visites régulières.

e) Le « cadre de soins »

Le fonctionnement de l'unité Charcot est marqué par la restriction d'aller et venir et une faible médicalisation dont témoignent :

- un « temps d'apaisement » systématique en chambre pour tous les patients de 13h à 15h ;
- une occupation des chambres d'isolement fréquente et pour des durées prolongées et « aucune souplesse » dans le régime d'isolement : « la chambre d'isolement est pour une situation de crise et ne peut donc être utilisée porte ouverte » ; le patient ne peut y disposer d'objets personnels ou de lecture et ne peut avoir une quelconque activité dans la chambre ; le bien-fondé du maintien à l'isolement n'est évalué qu'une fois par semaine ;

- une pratique habituelle du maintien des patients en chambre fermée sur l'essentiel du nycthémère ;
- une pratique fréquente de la contention mécanique résultant, selon les soignants, des difficultés à offrir une contention psychique par leur seule « présence » ; ces difficultés ont été imputées d'une part, à la disponibilité réduite des professionnels en raison du temps qu'ils doivent passer à des tâches bureautiques et, d'autre part, à leur formation insuffisante ;
- des « prescriptions si besoin » de la contention ce qui signifie que « *la pose de la contention est possible sur évaluation de l'équipe, la concertation en équipe permet d'en préciser la durée en fonction des situations et si la situation clinique apparaît difficile le médecin est appelé* » ;
- une restriction importante à la sortie de l'unité : un seul patient est autorisé à aller seul dans le grand parc et une restriction de l'accès à la cour intérieure fermée du château ;
- un accès au téléphone et aux cigarettes parfois très restreint en fonction de la « *prescription de restriction de liberté d'aller et venir* » fixée par le médecin : trois temps pour fumer deux cigarettes à chaque fois sont possibles chaque jour, réduit à une seule cigarette si ce temps est prévu comme devant être accompagné par un soignant ;
- des traitements médicaux prescrits ou des décisions médicales prises sans examen du patient et qui peuvent être ainsi renouvelés sur des durées de plusieurs mois, qu'il s'agisse de prescriptions pharmaceutiques ou de mesures particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux d'aller et venir.

Ainsi, le jour du contrôle, dix patients étaient enfermés dans une chambre dont deux en chambre d'isolement et huit dans leur propre chambre, certains durant 23 ou 24 heures chaque jour, le cas échéant avec une contention sur tout ou partie de ce temps. Certains d'entre eux étaient à ce régime depuis des mois, sans que soient pris en compte les besoins physiologiques d'activités physiques quotidiennes pour des adultes. Le passage chaque heure des soignants dans chacune des chambres ne peut suffire pour parler d'une approche thérapeutique et il y a naturellement un décalage important entre la perception des soignants qui consacrent une part importante de leur temps de travail à faire le tour des chambres, compte tenu du grand nombre de patients enfermés, et la perception de ces patients qui voient passer rapidement un soignant quelques minutes chaque heure pour s'assurer qu'il « *va bien* » ou pour lui apporter quelque chose ou pour l'accompagner aux toilettes etc.

Au jour de la visite des contrôleurs, la visite de la suite des chambres a montré (les chambres indiquées comme « fermées », l'étaient de l'extérieur, leurs occupants y étaient donc enfermés). :

Chambre d'isolement n°1 : occupée par un patient hospitalisé en SDT. **La prescription initiale de l'isolement a été prise le 25 novembre 2015** (jour de son anniversaire) pour un patient qui a passé l'essentiel de sa vie dans l'établissement ; elle est motivée par la « *nécessité de réduire les stimulations et manifestation d'auto-agressivité* » alors que le patient était en situation de crise. Les dates de prescriptions et de renouvellement de l'isolement sont les 25 et 30 novembre, 7,14, 21, 28 décembre, les 4 et 11 janvier 2016. La contention a été permanente du 30 novembre au 14 décembre. Une prescription de contention si besoin a ensuite été formalisée. Il est sorti, quelques heures, cette semaine pour reprendre l'activité de médiation « création manuelle » dont il bénéficiait avant son isolement. Les documents de surveillance depuis sa mise à l'isolement évoquent principalement le fait que le patient est calme, mais les propos rapportés par certains soignants font état d'une traçabilité défectueuse ou défaillante pour signaler les temps d'agitation ou de crise. Une levée de l'isolement est envisagée et pourrait être évoquée lors de la prochaine réunion hebdomadaire ; il a été signalé que le patient n'avait pas de chambre disponible pour l'accueillir au jour du contrôle.

Chambre d'isolement n°2 : occupée par une patiente hospitalisée en SDT. **La prescription initiale de l'isolement date du 6 juillet 2015** avec « surveillance habituelle » pour hétéro-agressivité envers les autres patients et les soignants. La prescription est renouvelée chaque semaine, les derniers renouvellements sont en date du 28 décembre, 4 et 11 janvier. Elle est assortie d'une prescription de contention au lit de 9h à 11h, de 13h à 15h et de 20h à 7h soit **quinze heures sur vingt-quatre**. Des problèmes somatiques ont conduit à réduire les prescriptions médicamenteuses de psychotropes. Les repas sont pris en chambre d'isolement mais la patiente sort de la chambre du lundi au vendredi de 19h à 20h pour regarder à la télévision une émission de variété quotidienne - en présence d'un soignant - et une fois par semaine pour participer, avec quatre autres patients, à un groupe thérapeutique de médiation sur l'image de soi animé par un infirmier. Selon ce qui a été rapporté aux contrôleurs, quelques essais de sorties à l'extérieur ont été considérés comme peu concluants, « avec plus de moyens on pourrait avoir plus de temps de médiation » et « *la patiente demande la contention* ».

Chambre double : meublée de deux lits, un fauteuil, le placard fermé. Cette chambre – la seule – dispose d'une douche. Elle est occupée par une patiente en hospitalisation complète et permet d'accueillir des patients venant en hospitalisation de jour.

Chambre individuelle : la patiente qui l'occupe est enfermée dans la chambre dont elle sort de 18h30 à 20h et pour participer à une activité hebdomadaire.

Chambre individuelle fermée : occupée par un patient en SDT, enfermé dans sa chambre dont il sort de 18h30 à 19h30 pour le dîner pris sous la surveillance des soignants en salle à manger ; une contention au lit lui est imposée de 9h à 10h, de 13h à 15h, de 20h à 7h soit 14 heures sur 24 ; le placard est fermé à clef. Ce patient explique – confirmé d'un geste par le soignant – « *j'aimerais bien sortir un peu du service ; ma sœur m'a fait sortir un jour il y a un an environ et j'aimerais bien qu'on le refasse* » ; « *ils [les soignants] viennent le matin à 8h30, à midi pour manger, à 15h pour décontenir, à 16h pour goûter et le soir je sors pour dîner* » mais accepte, suite à une remarque d'un soignant, de « reconnaître » que les soignants passent au moins six fois dans la chambre et pas seulement quatre. « *Ça fait neuf ans que je suis enfermé. En 29 ans j'ai été enfermé 17 ans et j'ai eu 12 ans de liberté* ». « *On est le 12 ou le 13 ?* » appelant une réponse du soignant indiquant que nous étions le 14. Un soignant faisant état devant le patient de sa grande angoisse, ce dernier précise « *Non j'suis pas angoissé* » et indique le contexte de son hospitalisation « *j'appelais tout le temps la police, je faisais le 17 tout le temps, c'est gratuit avec mon téléphone...y m'ont convoqué...y m'ont fait enfermé* ». « *le Docteur est venu dans ma chambre il y a bien un an* ».

Chambre double : dans laquelle les lumières au-dessus du lit ne fonctionnent pas.

Chambres double fermée : occupée par une seule patiente qui y est enfermée « *pour « être protégée des autres* » selon les propos des soignants.

Chambre double fermée : occupée par un seul patient qui indique « *je suis habillé ; mercredi je suis allé au marché ; j'ai caressé des lapins* ». Ce patient bénéficie effectivement d'une sortie une fois par quinzaine.

Chambre individuelle fermée : occupée par un patient en soins libres. Les soignants précisent qu'il est hospitalisé depuis une vingtaine d'année et qu'il rentre chaque semaine chez sa mère chez laquelle « *cela ne se passe pas très bien* » ; il est assis sur son lit avec une « combinette¹⁹ » ; la salle d'eau est également fermée à clef au motif, selon les interlocuteurs, d'un risque de passage à l'acte.

Chambre fermée : occupée par une femme alitée avec contentions au lit (cinq points : quatre membres et sangle ventrale) ; la patiente prend ses repas au plateau dans sa chambre en présence d'un soignant.

Chambre fermée : occupée par une jeune femme qui y est enfermée « *pour sa protection* » ; elle hospitalisée depuis trois ans, elle sort pour les repas et les activités (cafétéria le vendredi et sortie une fois par quinzaine le mercredi). Son placard est fermé à clef par les soignants : elle fait part de son souhait de sortir de la chambre et indique avec beaucoup d'envie « *A la Renouée, il paraît qu'ils ont une télé dans leur chambre* ».

Chambre fermée occupée par un homme qui se plaint d'avoir mal au dos. Il ne dispose d'aucune horloge dans sa chambre.

Chambre ouverte : occupée par un homme qui indique souhaiter avoir une activité de remise en forme et demande à sortir plus en ville. Il précise qu'il est hospitalisé depuis l'âge de 30 ans.

¹⁹ Combinette : combinaison anti-déshabillage

Chambre fermée : occupée par un patient en SDRE qui participe à l'atelier médiation musique et qui raconte y avoir écouté Renaud et Téléphone. Il explique être hospitalisé depuis 13 ans et fait part de son souhait de faire du cheval, qu'il nettoyait les écuries par le passé et qu'il y a des chevaux à côté du CPA. Il fait une sortie au restaurant tous les deux ou trois mois et ça se passe bien.

Chambre à quatre lits ouverte.

Les autres chambres n'avaient pas de particularité architecturale et étaient inoccupées.

6.4.2 L'unité Pussin

a) Les locaux

Cette unité a une capacité de vingt-neuf lits répartis dans sept chambres individuelles, six chambres à deux lits, deux chambres à trois lits et une chambre à quatre lits. S'y ajoutent deux chambres d'isolement. Deux lits sont toujours disponibles pour les retours de patients placés dans des structures médico-sociales. Lors de la visite, un patient résidait chez lui et venait dans l'unité en régime d'hôpital de jour. Toutes les chambres sont dotées d'un cabinet de toilette avec lavabo et wc ; huit d'entre elles ont, en outre, une douche ; les placards ferment à clef mais tous les patients ne disposent pas de la clef. L'unité dispose également d'une salle de bains. Une salle de visites, aménagée au fond d'un dégagement, est équipée d'un baby-foot,

b) Le personnel

Entre mai et septembre 2015, aucun médecin psychiatre n'était affecté à l'unité Pussin. Le psychiatre responsable du dispositif de suite passait dans l'unité tous les jours : « *Si un patient pose problème, on peut alors lui demander de le voir* ». Depuis novembre 2015, un médecin généraliste en formation de psychiatrie y intervient.

Le personnel soignant est composé de 13,9 ETP d'IDE – l'un d'entre eux bénéficie de 0,3 ETP de disponibilité syndicale - et 6 ETP d'aide-soignant. Les équipes comprennent cinq personnes le matin et quatre l'après-midi en semaine, avec dans chacune au moins un IDE. Le week-end, elles sont réduites à quatre soignants le matin et trois l'après-midi. En période de Noël, qui rappelle aux patients qu'ils n'ont pas de famille, on constate de l'agitation et donc, des passages à l'acte. Aussi, le personnel ne prend pas de vacances à cette période car les équipes doivent être au complet. La nuit, trois soignants sont présents pour deux unités. Mais l'aide-soignant masculin de l'équipe de nuit est souvent appelé en renfort, ne laissant que deux personnes pour les soixante patients des deux unités. Les soignants précisent qu'ils n'ont pas choisi de travailler dans cette unité.

c) Les patients

Les patients de cette unité souffrent de psychose, de syndrome de Korsakoff, de troubles cognitifs. Lors de la visite, un patient était atteint de la maladie d'Alzheimer.

Au cours de l'année 2015, trois patients ont quitté l'unité, un y est revenu. Une vingtaine de patients ont un projet d'orientation qui ne se concrétise pas faute de structure médico-sociale.

La DMS est supérieure à un an. Un des patients est présent à l'hôpital depuis 30 ans.

Chaque mardi, se tient la réunion clinique à laquelle participe le psychiatre responsable du dispositif. Tous les patients sont sous traitement qui est réévalué lors de cette réunion ; de même sont prises les décisions de renouvellement d'isolement ou de contention.

d) Le projet thérapeutique

Un responsable a confié la difficulté, dans cette unité, de donner une animation à l'équipe et de construire un projet. Le soin consiste essentiellement à maintenir l'autonomie, la socialisation. Il n'est pas envisagé, pour les patients en souffrance, de faire appel aux unités pour malades difficiles. Cette hypothèse n'est évoquée que pour les patients violents. La crainte du passage à l'acte imprègne les propos des professionnels.

Selon les soignants, l'instabilité des patients s'oppose à ce que l'on puisse les faire sortir, par suite, ils sont très agressifs, surtout en période de fêtes. Les patients se plaignent de l'ennui et de ne pas avoir le droit de sortir de leur chambre de 9h à 10h et de 13h à 15h. « Si l'on n'obéit pas, on va à l'isoloir », dit l'un, « et on nous enferme à clef » dit un autre. Une patiente qui a été placée à l'isolement et attachée affirme « ça fait réfléchir ! ».

i) La vie quotidienne

Tous les patients sont plus ou moins stimulés et accompagnés pour les actes de la vie quotidienne, notamment les douches.

Peu de patients disposent de la clef de leur armoire pour accéder à leurs affaires personnelles, notamment les produits d'hygiène.

Les patients peuvent fumer deux fois par jour, dans le petit parc et en présence d'un soignant, de 10h à 10h30 et de 15h à 15h30 ; deux cigarettes sont autorisées à chacune de ces sorties, soit un maximum de quatre par jour.

Les repas sont pris au cours de deux services. Certains patients – deux lors de la visite – prennent leur repas en chambre avec plateau ; l'année précédente, ils étaient entre douze et quatorze dans cette situation.

ii) Les activités

Tous les jours des patients vont à Érasme mais certains n'y vont jamais.

Le lundi matin, un soignant accompagne un groupe au gymnase pour une activité de motricité adaptée.

Le mardi quatre ou cinq patients participent à une activité marche dans le grand parc.

Trois patients vont chaque jeudi matin à la piscine.

Tous les patients se rendent une fois par semaine à la cafétéria, certains seuls, d'autres par groupe de quatre à cinq.

Deux patients vont à la messe à la chapelle le vendredi.

Les soignants animent des activités occupationnelles dans l'unité : coloriage, mots mêlés, jeux de société.

Un patient est accompagné une ou deux fois par an sur la tombe de ses parents.

Un patient, présent dans l'unité depuis 18 ans et hospitalisé après avoir purgé une peine d'emprisonnement n'avait aucune perspective de sortie en raison de son statut (L.122-1 du code pénal).

iii) L'isolement

Les chambres d'isolement sont dépourvues de douche ; dans l'une des chambres, le bouton d'appel ne fonctionne pas, dans l'autre chambre il n'y a pas de chauffage.

Lors du passage des contrôleurs, une patiente était à l'isolement, contenue 20 heures sur 24, depuis une durée que personne n'a pu déterminer précisément, les plus anciens soignants – présents depuis plus de quatre ans – l'y avaient toujours vue, hormis durant deux mois où elle avait été placée en chambre seule. Le projet de l'équipe pour elle, était une sortie progressive : Elle pouvait prendre un repas au réfectoire une fois par semaine et participer à une activité le samedi. Chaque après-midi, un soignant la faisait marcher pendant 15 à 20 minutes, dans le service.

Il était imposé à sept patients, quotidiennement, « *des temps de fermeture ponctuelle* » dans la journée, qualifiés de « temps d'apaisement ».

Un patient était enfermé 24h sur 24 et mis sous contentions la nuit mais il participait à une activité poterie une fois par semaine.

Lorsqu'un patient est placé en urgence sous contention, un médecin passe dans l'heure pour l'examiner.

6.4.3 L'unité Kraepelin

Les vingt-huit lits de l'unité sont répartis en une chambre à quatre lits, deux chambres à trois lits, six chambres à deux lits et six chambres à un lit. L'unité dispose également de deux chambres d'isolement et une chambre d'apaisement.

a) Le personnel

Un médecin psychiatre effectue 0,6 ETP dans l'unité. Il est présent le lundi (matin et après-midi), le mardi matin, le jeudi après-midi et le vendredi (matin et après-midi).

Le médecin généraliste y donne ses consultations le lundi matin accompagné d'une infirmière.

Le personnel soignant est composé de seize infirmiers et six aides-soignants. Cet effectif permet la présence en semaine de cinq personnes le matin et quatre l'après-midi et en week-end de quatre personnes le matin et trois l'après-midi.

b) Les patients

Les patients sont très déficitaires avec des diagnostics de psychose infantile, de schizophrénie très déficitaire. Lors de la visite, leur âge s'étageait de 21 ans à 67 ans ; sur les vingt-trois patients présents, quinze étaient en soins libres, six en SPDT et deux patients en SPDR.

Plusieurs patients sont en attente d'un placement dans un établissement médico-social.

On trouvera ci-dessous un résumé des entretiens menés avec quelques patients de l'unité.

Patient 1 *	27 ans	Statut inconnu	1 ^{ère} hospitalisation en 2001	Sorties grand parc avec 2 soignants ; joue au baby-foot ; dans sa chambre, dort.
Patient 2	53 ans	SL	Hospitalisé il y a 2 mois ; hospitalisation antérieure de 1988 à 2001 puis structure médico-sociale	S'ennuie ; ne va pas à Erasme ; sort pour ses trois cigarettes par jour ; voudrait une radio.
Patient 3	57 ans	SL	Hospitalisé depuis 2008	Voudrait partir en foyer. Petit parc, seul, 1/4h deux fois par jour (15h et 17h) et après chaque repas pour une cigarette. Erasme deux fois par semaine ; voudrait élargir son cadre de soins : aller à la messe le vendredi matin.
Patient 4	21 ans	SL	Hospitalisé depuis 4 ans à Kraepelin ; US Enfants de 2003 à 2012.	Petit parc, seul, 3 fois par jour pour cigarette Grand parc, seul, mercredi am + cafétéria et jeudi am sans cafétéria ; Erasme, seul, 2 fois par semaine. En attente foyer depuis janvier 2015.
Patient 4	67 ans	SL	Hospitalisé de 2012 à 2014 puis appartement ; Kraepelin depuis 15 jours	Pas de grand parc, pas de cafétéria, pas de téléphone à ses filles. Erasme, accompagné, tous les jours.

*Ce patient est chambre d'isolement en régime séquentiel : il sort pour les quatre repas et durant une heure le matin et l'après midi. Il a été contentonné dans le passé.

Les patients rencontrés font état de discours menaçants de la part du médecin psychiatre : « *Si vous partez je vous mets en HDT* » ; « *Si tu continues à dire des choses fausses, j'arrête tous les contacts avec ta famille* ».

c) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

En l'absence de tout document écrit, les règles de vie au sein de l'unité ne sont pas remises aux patients.

Les téléphones mobiles ne sont pas autorisés et sont mis dans le casier.

Le courrier des patients est ouvert devant un soignant mais n'est pas lu par celui-ci. Le nombre de courriers envoyés par le patient peut être limité.

Les visites sont autorisées sur prescription médicale. Elles ont lieu dans la salle d'activité.

Les patients sont autorisés à fumer trois cigarettes par jour accompagnés par des soignants si les sorties dans le « petit parc » ne sont pas autorisées.

Les sorties dans le petit parc (cour de l'unité) et dans le grand parc se font sur prescription médicale.

Les patients peuvent avoir quelques activités au sein de l'unité : baby-foot, jeux de société, karaoké le dimanche. Dix-neuf d'entre eux peuvent aller à l'hôpital de jour-CATTP Erasme.

ii) Les soins

A son arrivée, le patient est mis systématiquement en pyjama s'il s'agit d'un nouveau patient jusqu'à ce qu'il ait un entretien avec le psychiatre. Pendant ce temps, il n'a pas droit aux visites.

Deux fois par semaine, le médecin fait le tour des patients, qui sont à ce moment-là allongés sur leur lit, accompagné d'un infirmier et de l'assistante sociale. La fiche de « *prescription liberté d'aller et venir* » qui définit le cadre de soins est réévaluée à cette occasion.

Une réunion clinique a lieu tous les vendredis à 13h.

iii) L'isolement

Selon le personnel rencontré, les chambres d'isolement, ainsi que la chambre d'apaisement, sont occupées en permanence. Le jour du contrôle au sein de l'unité, trois patients occupaient les trois chambres :

- Monsieur A. en chambre d'isolement ou d'apaisement depuis son arrivée dans l'unité le 30 juillet 2012. Il a quelques temps d'ouverture pour les repas, des temps d'écoute musicale ou pour se rendre à l'hôpital de jour Érasme. Cette mise en chambre d'isolement est motivée par le fait que ce patient avait tout démonté dans la chambre qu'il occupait initialement ;
- Monsieur B., patient en SPDRE, occupe la deuxième chambre d'isolement depuis son retour d'UMD en avril 2015. Il a quelques temps d'ouverture pour les repas et jouer au baby-foot. Il a des permissions de sortie ;
- Monsieur C. est dans la chambre dite d'apaisement pour être protégé des autres patients. Il y fait des passages en général courts.

6.4.4 L'unité Bourneville

La capacité de cette unité est de trente et un lits. Le jour de la visite, trente et un patients étaient en hospitalisation complète et un autre en hospitalisation de jour. Le taux d'occupation a été de 107,5 % en 2014.

a) Les patients

Les patients sont des personnes gravement déficitaires, souffrant de troubles envahissant du développement, auxquelles il est difficile de trouver une place ailleurs : le département de l'Ain ne compte que deux maisons d'accueil spécialisées pour lesquelles les durées d'attente sont très longues. Aussi, l'unité Bourneville devient-elle un lieu de vie : le patient le plus ancien est présent depuis plus de 15 ans.

Une équipe mobile a été formée pour faire de la médiation avec le secteur médico-social ; éventuellement le patient peut être repris à Bourneville pour des hospitalisations séquentielles.

b) Les locaux

Les locaux de l'unité se répartissent sur deux étages d'un bâtiment ancien ainsi que dans le sous-sol, pour une salle d'activité. Un nouveau bâtiment est en cours d'édification dans lequel l'unité devrait déménager en cours d'année.

c) Le personnel

Le psychiatre de l'unité est le responsable du dispositif de suite. Il passe à l'unité deux fois par semaine, parfois trois. Il n'y fait pas d'entretien médical.

Le médecin somaticien passe deux fois par semaine. Aucun interne n'est affecté à cette unité, aucun psychologue n'intervient non plus. L'équipe soignante témoigne souffrir d'un étayage médical insuffisant.

Un kinésithérapeute intervient deux fois par semaine.

La cadre de santé de l'unité est en poste depuis 2014. Il semble qu'elle ait appuyé pour un changement des pratiques, notamment s'agissant du recrutement du personnel soignant : auparavant, étaient affectés à cette unité les nouveaux diplômés ; à présent, afin de stabiliser l'équipe, le recrutement se fait, dans la mesure du possible, sur appel à candidatures.

Chaque mercredi se tient une réunion de synthèse avec le médecin responsable de l'unité. La situation de chaque patient d'un des deux étages, alternativement chaque semaine, est évoquée.

Lors de la réunion de transmission de mi-journée, 13h30-13h50 tous les patients sont passés en revue. La cadre de l'unité y est toujours présente.

d) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

Tous les patients sont douchés ou baignés chaque matin, aucun n'est autonome pour la toilette.

Le petit déjeuner suit la toilette du matin, il est pris en salle à manger.

À 10h30 temps de médiation : motricité adaptée avec des éducateurs sportifs un IDE au centre sportif du CPA.

De 11h30 à 13h, le déjeuner est pris en salle à manger en trois services : un premier pour les patients totalement dépendants, un deuxième pour les personnes plus autonomes. Le troisième service est un repas thérapeutique (un soignant, un patient). La vaisselle utilisée est incassable, les tables sont recouvertes de nappes en tissus.

Quelques patients prennent leur repas en chambre.

De 13h à 15h, les patients se reposent dans leur chambre, repos suivi d'une collation.

De 16h30 à 18h médiation de l'après-midi.

Le repas du soir est pris entre 18h30 à 19h30.

Les patients sont couchés entre 20h et 20h30.

En début de nuit, la chambre est fermée. Pour certains, la chambre est ré ouverte après l'endormissement.

Les patients ont la radio dans leur chambre.

ii) Les activités

Le projet de service vise à travailler l'inclusion sociale des patients, les remettre dans la société et offrir une médiation vers l'extérieur.

Le mardi, une sortie en véhicule est organisée pour quatre patients hors du CPA.

Un IDE conduit une activité musique dans une salle située au sous-sol et deux fêtes de la musique sont organisées chaque année, ouvertes à tous les patients du CPA.

iii) Les soins

Chaque semaine, quatre patients sont conduits chez le dentiste pour des soins d'entretien.

Certains patients (moins de la moitié) sont contenus la nuit pour empêcher les déambulations ou le jeu avec les protections et les excréments.

Des patients peuvent être mis sous contention le jour, sur des temps réguliers, une heure suffisant, aux dires des soignants.

La douleur est appréhendée par l'observation clinique : « *Lorsqu'un comportement change, on songe immédiatement à la douleur.* »

iv) L'isolement

Il a été indiqué que quelques patients violents étaient enfermés dans leur chambre et qu'il était difficile de trouver des alternatives. Cependant, aucun patient n'est jamais envoyé à l'unité Pinel. En janvier 2016, un patient occupait en permanence depuis un an la chambre d'isolement. Lors de phases d'agitation, les patients sont enfermés dans leur chambre dont tous les objets dangereux sont enlevés.

Recommandation :

La faiblesse de la présence médicale dans l'ensemble des unités d'hospitalisation au long cours exige une réorganisation des services des psychiatres afin que la présence médicale dans chacune des unités soit suffisante et au moins quotidienne

6.5 LES DEUX UNITES DE GERONTO-PSYCHIATRIE OFFRENT UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE EN LIEN AVEC LES ACTEURS EXTERIEURS

Le dispositif spécifique pour les personnes âgées intervient en intersectoriel sur tout le département en partenariat très étroit avec les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux et notamment les trois filières gériatriques. Il assure l'accueil et la prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus, sans antécédent psychiatrique, qui souffrent de troubles psychiatriques liés au vieillissement ou de pathologies dégénératives débutantes.

Ce dispositif repose sur un CMP spécifique pour les personnes âgées à Bourg-en-Bresse, une équipe mobile départementale psycho-gérontologique qui intervient à domicile en situation de crise ou au substitut du domicile, et de deux unités d'hospitalisation dont le fonctionnement est globalement semblable. Le projet actuel est de créer un hôpital de jour et de réduire la capacité d'hospitalisation complète.

a) Les locaux

Les deux unités, Victor Hugo et George Sand, sont implantées en rez-de-chaussée du bâtiment dit « Grands quartiers » et ont l'usage d'une cour commune fermée, accessible également aux patients des unités Charmilles et Épidaure. Si les deux unités sont fermées (y compris le secrétariat), une réflexion est initiée pour permettre de maintenir les portes ouvertes.



Bâtiment dit « grands quartiers »

Les locaux de ces deux unités sont propres avec une bonne réactivité des services techniques pour les petits travaux. Les locaux de circulation et les chambres d'isolement sont climatisés mais pas les chambres.

Toutes les chambres sont équipées d'une salle d'eau avec douche à l'italienne et wc. Un programme d'achat de lits pouvant être surbaissés est en cours. Un bouton d'appel est installé dans les chambres mais aucun dans les salles d'eau.



Chambre de g eronto-psychiatrie

Les locaux professionnels sont organisés avec un large bureau infirmier vitré, une salle de soins et une salle de préparation des médicaments.

i) L'unité George Sand

Elle dispose de vingt et un lits répartis dans treize chambres simples et quatre chambres doubles ; sauf exception les patients sont toujours seuls en chambre à leur arrivée.

L'unit  a une forme de 8 am nagant deux patios intérieurs accessibles en été, dont un en libre accès 24h sur 24 pur fumer. Les locaux collectifs sont constitués notamment de :

- deux salles télévision, qui permettent de suivre deux programmes différents ;
- une salle d'activité avec des jeux de société et un ordinateur ;
- la salle à manger.

L'unité dispose également d'une grande salle de psychomotricité.

Deux cabines téléphoniques sont installées dans le service : l'une permet la transmission des appels depuis le poste infirmier, l'autre est ouverte   la demande mais assez peu utilisée.

ii) L'unité Victor Hugo

Elle dispose de dix-neuf lits tous en chambre individuelle. Une des chambres, dite chambre CLIN²⁰, est prévue pour accueillir un patient nécessitant un isolement infectieux ; le wc de la chambre est alors séparé des locaux de la salle d'eau avec douche. De plus, un point d'eau spécifique est accessible aux soignants qui disposent également d'un placard réservé pour du matériel.

²⁰ CLIN comité de lutte contre les infections nosocomiales

Chacune de ces deux unités dispose d'une chambre d'isolement : on y pénètre par un sas, qui dessert également la douche. La porte de la chambre d'isolement est percée d'un fenestron qui permet de voir l'intérieur de la pièce depuis le sas. Un fenestron carré donne sur le bureau infirmier ; il peut être occulté par un store coté bureau. Les chambres d'isolement sont équipées d'une horloge à affichage digital, d'une sonnette d'appel désactivée, d'un lavabo sans miroir ; les affaires personnelles restent dans la chambre personnelle du patient.

Les repas sont pris en salle à manger ; dans les deux unités, deux services sont organisés, le premier pour les personnes dont l'état de dépendance nécessite l'aide d'un soignant et le second pour les personnes autonomes. Exceptionnellement, des patients peuvent manger en chambre avec un plateau.



Espace commun et local infirmier à l'Unité Victor Hugo

Une attention particulière est portée au couvert qui est mis sur des tables avec nappe dans les deux unités. Le plan de table est écrit et fixé par l'équipe.

b) Le personnel

L'effectif de chacune des unités est de vingt-deux agents dont douze infirmiers, cinq aides-soignants AS (dont un de nuit), un AMP et quatre agents des services hospitaliers (ASH). Le jour du contrôle, l'équipe de l'unité George Sand était composée, le matin, de trois infirmiers, un aide-soignant et un aide médico-psychologique (AMP) ; celle de l'unité Victor Hugo comprenait trois infirmiers, dont un de journée, et trois aides-soignants.

L'effectif minimal présent est de quatre soignants dont deux infirmiers de jour en semaine, et trois l'après-midi le week-end. L'effectif de réquisition est de trois soignants.

Un psychologue et un assistant social interviennent à mi-temps. Le psychomotricien intervient en hospitalisation et en équipe mobile. Le secrétariat est commun avec celui du CMP spécifique de Bourg-en-Bresse. De plus, un kinésithérapeute référent de l'UFMS (Cf. § 5.3) assure un suivi spécifique des patients.

La nuit, les agents veilleurs sont attirés mais une contribution de l'équipe de jour peut être nécessaire pour assurer la présence d'un infirmier sur chaque unité avec la présence d'un aide-soignant pour les deux unités.

Le médecin généraliste passe quotidiennement du lundi au vendredi dans les deux unités ; il procède à l'examen de chacun des entrants puis intervient en tant que de besoin (Cf. § 5.3).

À l'unité George Sand, le médecin qui intervient théoriquement à 0,8 ETP n'est actuellement qu'à 0,4 ETP et vient les lundis et jeudis ; la chef de service « fait le tour » des chambres trois fois par semaine (les mardis, mercredi et jeudis) avec l'interne, le cadre de santé et un infirmier et passe systématiquement dans l'unité le vendredi.

À l'unité Victor Hugo, le médecin temps plein qui assure la prise en charge psychiatrique est présent du lundi au vendredi à l'exception du jeudi après-midi où il exerce au CMP.

L'organisation du fonctionnement est précisée lors de diverses réunions :

- réunion hebdomadaire « d'orientation » permettant d'aborder au moins succinctement la situation de chaque patient ;
- réunion clinique hebdomadaire sur un ou deux dossiers ; y participent les infirmiers, aides-soignants, psychologue et médecin ;
- réunion mensuelle institutionnelle qui vient se substituer à une réunion clinique dans l'agenda.

Aucune réunion de supervision n'est prévue pour les équipes à l'exception de celle pour l'équipe mobile du dispositif personnes âgées.

c) Les patients

Sur une file active de 1 528 patients, 211 personnes ont été hospitalisées à temps complet en 2015 dans une de ces unités. Les patients sont affectés en fonction des lits vacants dans l'une ou l'autre des unités mais une ré-hospitalisation se fait préférentiellement dans l'unité déjà connue du patient.

A l'unité George Sand, sur les vingt et un patients présents au moment du contrôle quatre étaient hospitalisés sans leur consentement dont trois en SDT et un en péril imminent. Trois patients bénéficiaient d'une mesure de protection.

A l'unité Victor Hugo, sur seize patients présents, quinze étaient en soins libres et un en SDT. Le patient hospitalisé dans la chambre d'isolement infectieux était arrivé en SDTU mais la mesure était levée et il était en SL. Cinq patients étaient sous curatelle.

Les patients hospitalisés sans leur consentement sont informés de leurs droits par le cadre de santé au moment de leur admission. Les informations sont, le cas échéant, redonnées au moment de la consultation médicale. Le travail d'information est fait également avec les familles qui sont rencontrées avec le consentement et en présence du patient. Les patients sont généralement accompagnés à l'audience du JLD par un soignant. Le tableau des avocats du barreau de Bourg-en-Bresse n'est affiché dans aucune des deux unités.

d) Le fonctionnement des deux unités

A l'arrivée de tout patient il est procédé systématiquement à un inventaire ; les objets de valeur sont déposés au coffre ; le téléphone portable éventuel reste accessible mais mis à l'abri le soir.

Les visites des proches sont autorisées de 14h à 18h30, des adaptations horaires sont possibles. Les visites se déroulent soit dans la chambre du patient soit dans le salon des visites, éventuellement en présence d'un soignant si la situation est difficile.

Sur les deux unités, vingt-neuf des trente-sept patients hospitalisés au moment du contrôle avait au moins une restriction de liberté prescrite : pas de sortie en permission, sortie accompagnée dans le parc, pas de sortie et port du pyjama, pas de sortie même dans la cour intérieure, visite et téléphone exclusivement en présence de soignant, interdiction de téléphone (mais le patient concerné est autorisé à recevoir des visites trois fois par semaine), deux prescriptions de chambre d'isolement si besoin.

e) Les soins

Chaque patient a un infirmier référent. Un infirmier assiste systématiquement à tous les entretiens médicaux, soit au moins un par semaine et par patient, outre les échanges lors du « tour ».

Les médicaments sont distribués à table ; si le patient pose une question sur son traitement, l'échange sera renvoyé à un autre moment ; les changements de traitement font l'objet d'une information préalable par le médecin.

f) Les activités

La prise en charge s'organise autour d'activités de groupe avec au moins trois groupes par semaine. Ainsi, à l'unité George Sand sont proposées des activités d'écriture et peinture, de musique et vidéo ainsi que des activités individuelles : toucher détente dans une salle spécifique, atelier terre et, très rarement, bain thérapeutique.

Différentes activités occupationnelles sont également animées : promenade dans l'espace extérieur, de jeux de société, lectures de revues et journaux et initiation à l'utilisation d'une console Wii à des fins thérapeutiques pour l'équilibre ou la motricité fine.

Deux téléviseurs dans chaque unité permettent de d'offrir des programmes différents.

L'accès à internet est également possible, à la demande, dans chacune des deux unités. Là encore, une réflexion est en cours pour une utilisation à des fins thérapeutiques.

L'accès à la cour est possible de 9h30 à 11h30 et de 15h à 18h mais peut faire l'objet de restrictions médicales ; ces horaires sont affichés dans le service.

g) L'isolement

Les placements à l'isolement ne sont pas enregistrés ailleurs que dans les dossiers individuels des patients, mais la disponibilité des chambres d'isolement est signalée quotidiennement au CAP.

La contention ne fait pas non plus l'objet d'une traçabilité ; elle est parfois faite avec une sangle au fauteuil ou avec l'utilisation d'une « turbulette » et peut être réalisée dans la chambre du patient. La mise sous contention, plus fréquente à l'unité Victor Hugo, a concerné une dizaine de patients entre juillet 2015 et janvier 2016 pour des durées de 24h à 12 jours ; elle est systématiquement associée à un traitement médicamenteux sédatif.

Les patients placés à l'isolement ou contenus sont examinés quotidiennement du lundi au vendredi et exclusivement en cas de problème particulier si la mesure se poursuit le week-end.

Des prescriptions si besoin sont régulièrement effectuées et peuvent être mises en œuvre sans appel du médecin.

6.6 LA PSYCHIATRIE ADULTES – L'HOPITAL DE JOUR ET LE CATTTP ÉRASME, LES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES : UNE OFFRE D'ACTIVITES DIVERSIFIEE

L'hôpital de jour et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP) Érasme sont des unités du dispositif de suite. Ils sont ouverts aux patients en hospitalisation complète et aux patients en ambulatoire.

Les activités physiques adaptées font partie du dispositif de soins et de réadaptation psychosociale. Elles sont ouvertes à tous les patients en hospitalisation complète.

La file active de l'hôpital de jour est de soixante-quinze patients, la moitié venant de leur domicile et l'autre moitié principalement des unités du dispositif de suite.

Le CATTTP accueille actuellement seize patients en provenance des unités de suite ou de leur domicile à Bourg-en-Bresse.

L'hôpital de jour est ouvert de 9h45 à 16h30.

Les patients sont accueillis à 10h puis ils participent à des activités diverses qui peuvent avoir lieu dans le pavillon, dans le parc ou à l'extérieur de l'établissement.

Le repas a lieu entre 13h et 14h puis les activités reprennent jusqu'à 16h30 ; le nombre maximum de patients par activité est de douze environ.

Le cadre d'activité du **CATTTP** est plus fixe que celui de l'hôpital de jour avec des horaires très définis et des activités qui se répètent au même moment : peinture, dessin, marche mais aussi médiation à l'extérieur et quelques sorties à « La Tannerie » (lieu de musique).

Des activités thérapeutiques spécifiques aux unités ont débuté très récemment dans les unités Bourneville et Charcot.

Les activités physiques adaptées sont animées par trois personnes (2,5 ETP) aidées par les infirmiers des unités. Elles se déroulent dans la salle de sport de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement (marche, vélo), notamment à la base nautique de Bourg-en-Bresse

Une centaine de patients participe à ces activités chaque semaine. Elles sont destinées à des groupes ouverts comme l'activité de remise en forme qui peut accueillir jusqu'à vingt-cinq patients ou l'activité de natation le mercredi matin. Les groupes spécifiques concernent une population particulière (enfants, personnes âgées, patients déficitaires) ou les patients d'une unité donnée. Ils fonctionnent en dehors de la période estivale.

7. AMBIANCE GENERALE

Le cadre architectural des locaux de Bourg-en-Bresse, un vaste parc, le bon état de la plupart de ses locaux d'hébergement et de travail, l'effort de construction ou de rénovation entrepris pour les autres, le bon niveau de ses prestations hôtelières témoignent, en première impression, d'un souci de qualité, tant pour les professionnels que pour les patients qui y sont hospitalisés.

Cette appréciation mérite rapidement d'être nuancée. Les difficultés de recrutement de médecins conjuguées aux choix d'organisation ont conduit à un mode de fonctionnement où le souci de sécurité prend le pas sur la réflexion sur la qualité du soin. Un corpus de règles et procédures est d'autant mieux respecté par les équipés soignantes que celles-ci souffrent d'un déficit d'étayage médical qui pourrait en moduler l'application à la lumière de l'analyse des pratiques. Le résultat se traduit par une approche sécuritaire de la prise en charge des patients dont l'effet sur sa qualité thérapeutique mérite certainement d'être évalué – ce n'est pas de la compétence du CGLPL, mais surtout au mépris de leurs droits fondamentaux, ce dont il a été par ailleurs rendu compte.

Selon un responsable, « *Le délitement de l'institution dans ce qu'elle avait de contenant, sécurisant et thérapeutique au profit d'une approche sécuritaire est déresponsabilisant pour les professionnels.* » Pourtant, les interlocuteurs rencontrés ne se montrent pas tous insensibles ou aveugles à ces dérives mais l'institution ne ménage aucune instance où elles pourraient être analysées, discutées, revues. Des éléments d'alerte comme, par exemple, l'enquête de satisfaction, qui notamment, fait état dans le dispositif de suite d'une insatisfaction sur la relation avec le médecin à près de 53 %, ne sont pas pris en compte. Les familles des patients ne participent à aucune instance de délibération de la structure.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir font pourtant débat dans certaines équipes de soins et des responsables ont manifesté leur désaccord avec l'approche sécuritaire ; la direction défend l'objectif d'ouverture des unités mais le *statu quo* prévaut. La capacité de réflexion collective apparaît désagrégée dans la routine et la soumission au pouvoir médical. L'incarnation de celui-ci dans une équipe vieillie sur place, sûre de sa légitimité dans ses pratiques et qui a géré ses quelques clivages internes par la balkanisation des structures n'est pas de nature à aider à l'émergence d'une ré-interrogation des pratiques.

ANNEXE

Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)

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

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

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

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

Six unités de secteur ont vocation à accueillir les patients adultes pour des hospitalisations en principe de courte durée ; le secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose d'une unité pour adolescents de 7 lits et d'une unité pour enfants de 12 lits.

Par ailleurs, les dispositifs transversaux comprennent notamment :

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

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

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

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

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

Toutes les unités sont fermées²¹. Elles ont toutes une cour intérieure close qui n'est accessible qu'à certaines heures de la journée et seulement à certains patients, en fonction de l'autorisation médicale. L'accès au parc de l'hôpital est encore plus restreint. Ce régime s'applique à tous les patients, y compris ceux hospitalisés en soins libres.

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

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

- un accès à la cour intérieure limité, pour la majorité des patients, à deux fois une demi-heure par jour. Dans l'une de ces unités, cette durée est réduite de moitié pour ceux des patients qui ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés d'un soignant ;
- l'interdiction de fumer plus de quatre cigarettes par jour ;
- des placards fermés à clé dans les chambres sans que les patients n'en détiennent la clé et un accès aux affaires personnelles restreint, nécessitant l'intervention des soignants conformément à la prescription médicale ;
- la pratique habituelle du maintien de certains patients dans leur chambre fermée jour et nuit ;
- le recours fréquent à la contention ;
- des « prescriptions » médicales d'enfermement et de contention particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux, renouvelées pendant plusieurs mois et, dans certains cas, sans examen systématique du patient.

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

²¹ À l'exception de l'unité pour adolescents (7 lits) et de celle de court séjour (12 lits)

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

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

Il convient ici de rappeler que la mise en chambre d'isolement est une pratique médicale réservée en dernier recours aux situations de crise, visant à obtenir un apaisement du malade en le soustrayant aux stimulations sensorielles. Elle consiste à enfermer une personne, en pyjama, dans une pièce nue, équipée d'un simple lit fixé au sol au centre de la pièce. Le placement doit se faire sur prescription médicale après un examen minutieux du patient afin de le réserver aux situations qui ne peuvent être traitées autrement. Sa durée doit être brève et ne saurait excéder le temps de la crise. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24h et après examen médical du patient²². Dans des cas qui doivent rester exceptionnels et uniquement le temps de permettre à un traitement sédatif de faire effet, une contention peut être prescrite (immobilisation sur le lit à l'aide de lanières attachées à chaque membre et au niveau du bassin). Ces pratiques, qui renforcent l'image d'une dangerosité des malades mentaux, ne doivent jamais occulter le fait que ceux-ci sont, avant tout, des personnes en grande souffrance.

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

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

²² Selon les règles communément admises actuellement, en particulier le guide élaboré par la Haute autorité de santé en 1998.

Il convient par ailleurs de préciser que la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique un article L. 3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, qui doivent faire l'objet d'une traçabilité, et qu'il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée.

présents depuis la date de son ouverture en 2010. Il a été également constaté que cette unité est parfois utilisée à des fins disciplinaires.

Pour une capacité de 412 lits, l'établissement compte quarante-six chambres d'isolement dont l'utilisation se révèle remarquablement importante. Selon les données recueillies²³, en moyenne plus de trente-cinq chambres d'isolement sont occupées chaque jour, ce qui représente plus de 13 000 journées passées en chambre d'isolement dans l'année. L'utilisation des chambres d'isolement est constante dans les unités de « soins de suite », certains patients y étant à demeure. Le recours à la contention, dont l'usage doit pourtant rester exceptionnel, est tout aussi généralisé : certains jours, trente-cinq patients sont contenus sur un lit. Ainsi, dans l'une de ces unités, une personne est isolée, attachée, depuis une date indéterminée, chacun des soignants, dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, interrogés sur le début de cette mesure, a répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement.

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

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

Le fonctionnement de l'unité pour malades agités et perturbateurs est particulièrement strict : le port du pyjama y est obligatoire pendant toute la durée du séjour, le tabac y est totalement proscrit, il est interdit aux patients de conserver dans leur chambre leurs affaires personnelles. Dans le meilleur des cas, les patients ne sont enfermés que dix-neuf heures par jour dans leur chambre. L'accès à la courette intérieure se fait obligatoirement accompagné d'un soignant ; certains patients peuvent être autorisés à lire ou à écrire dans leur chambre mais il leur est interdit de posséder un lecteur de musique. Pour les patients autorisés à sortir de leur chambre, les seules activités possibles sont de participer à des jeux de société, écouter la radio et regarder la télévision ; parmi eux, quelques uns peuvent parfois se rendre à la cafétéria de l'hôpital, accompagnés de deux soignants ; seule une femme hospitalisée au très long cours a la permission de se rendre de temps à autre à des activités thérapeutiques communes au dispositif de suite. Certains malades sont sous contention la nuit, d'autres, en permanence. Une jeune femme, présente depuis un an, était constamment sous contention des quatre membres, le lien posé sur l'un des deux bras était ajusté de façon à lui permettre de reposer le bassin au sol sans l'aide d'un soignant. Elle a précisé qu'elle était autorisée à retourner chez elle un week-end sur deux, ce qui lui permettait de se rendre chez le coiffeur ou au restaurant.

Les personnes détenues nécessitant des soins sont systématiquement hospitalisées dans cette unité. Elles font l'objet d'un traitement spécifique, indépendamment de leur état clinique : mise

²³ Fiches quotidiennes des disponibilités en lits dont chambres d'isolement, fournies par le CPA.

sous contention systématique jusqu'au premier entretien avec un psychiatre, examen médical somatique incluant l'inspection des parties génitales à des fins de sécurité et pratiqué sur le patient attaché.

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

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

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

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

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

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

7. renforcer dans des délais très courts les activités thérapeutiques dans et hors les unités afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de patients ;
8. former l'ensemble du personnel à la prévention et la gestion des situations de crise.