



Rapport de visite :

Centre Esquirol

CHU CAEN

(Calvados)

Du 11 au 14 avril 2016 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle psychiatrique du centre hospitalier universitaire de Caen (Calvados) du 11 au 14 avril 2016.

Un rapport de constat a été adressé au directeur général du centre hospitalier qui a transmis par courrier du 18 janvier 2017 ses observations, lesquelles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre hospitalier universitaire compte dix pôles cliniques et médico-techniques dont un pôle de santé mentale et addictologie qui concerne seulement les patients adultes, les enfants et adolescents étant rattachés au pôle femmes-enfants. Le pôle santé mentale et addictologie couvre un secteur de psychiatrie de 105 000 habitants qui comprend le centre Esquirol et les urgences psychiatriques, le centre d'accueil médico-psychologique (CAMP) situé à Hérouville-Saint-Clair et deux antennes de consultation à Ouistreham et Douvres-la-Délivrande.

Le centre Esquirol comprend quatre unités d'hospitalisation à temps plein pour adultes dont l'unité ouverte de crise et de post urgence qui accueille les personnes en situation de crise suicidaire. Ainsi seules trois unités accueillent des patients en soins sans consentement. Deux unités sont ouvertes avec quarante et un lits et la troisième, l'unité de soins intensifs, est fermée et dispose de quatre lits et de deux chambres d'isolement. Les adolescents sont hébergés sur un autre site dans une unité ouverte et aucun ne reçoit de soins contraints. L'activité est forte puisqu'en 2015 ce sont 844 adultes qui ont intégré le pôle psychiatrie (avec 161 personnes en soins contraints) et 574 mineurs qui ont été admis en pédopsychiatrie.

Les contrôleurs ont pu constater que le personnel soignant était attentif, bienveillant et soucieux d'offrir aux patients un parcours de soins tout à fait individualisé. L'ambiance est apparue assez sereine grâce notamment à la mise en place de protocoles destinés à anticiper pour mieux évaluer et gérer les phases de crise ou de violence, permettant ainsi d'éviter l'isolement et la contention. L'absence de sanitaires en chambre d'isolement porte atteinte à la dignité du patient et le manque d'un dispositif d'appel porte atteinte à sa sécurité.

L'établissement a montré par ailleurs certaines faiblesses quant à la gestion de la sur occupation, avec notamment le maintien dans l'unité de soins intensifs de patients dont la pathologie devrait leur permettre d'être accueillis dans une unité ouverte en permanence. De même il est apparu peu cohérent que des patients soient orientés vers une clinique privée pour une prise en charge pour des soins somatiques, alors qu'elle pourrait être assurée par les médecins spécialistes du CHU tout proche. Le manque de personnel ne permet pas par ailleurs d'offrir aux patients des activités suffisantes alors que l'établissement dispose de locaux vastes et disponibles. Le sujet portant sur les modalités d'accès au tabac pour les patients hébergés à l'unité de soins intensifs, reste une source de conflits et de tensions, car la réflexion n'est pas aboutie.

Enfin des efforts importants sont à faire pour que les registres de la loi soient correctement et utilement renseignés.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

- 1. BONNE PRATIQUE 29**

L'établissement de santé avise le tuteur ou le curateur de la date de l'audience ce qui, en principe, devrait favoriser sa présence.
- 2. BONNE PRATIQUE 43**

Des outils d'évaluation et de prévention ont été mis en place pour éviter le passage à l'acte et le recours à l'isolement.
- 3. BONNE PRATIQUE 47**

Le projet thérapeutique intégrant la notion « d'alliance », le régime ouvert, le respect a priori des droits des patients, le protocole de désescalade favorisent une ambiance générale sereine au sein des unités et un moindre recours aux mesures d'isolement et de contention.
- 4. BONNE PRATIQUE 51**

La prise en charge de personnes en situation de crise au sein d'une unité qui leur est dédiée favorise la pérennité d'une atmosphère calme et apaisante au sein des unités ouvertes.
- 5. BONNE PRATIQUE 63**

A travers le récit du déroulement de l'hospitalisation de plusieurs jeunes, il apparaît d'une part que le projet est individualisé, d'autre part que les liens avec l'extérieur sont constants. Les exemples évoqués permettent de penser que la prise en charge est le fruit d'une observation attentive, qu'elle est respectueuse des droits du patient et de ses capacités d'évolution, qu'elle intègre une « prise de risque » mesurée, de nature à susciter l'adhésion.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

- 1. RECOMMANDATION 14**

Les choix résultant des impératifs budgétaires ne doivent pas porter atteinte à la qualité des soins ; ils doivent aussi garantir aux patients hospitalisés en psychiatrie un cadre de vie qui préserve leur dignité.
- 2. RECOMMANDATION 15**

Il est nécessaire de respecter les prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique et de procéder dans le délai de 24h à l'inscription au registre des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement.
- 3. RECOMMANDATION 16**

La commission des usagers, qui, aux termes de l'article 1112-3 du CSP, a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à la qualité de l'accueil et de la prise en charge devrait se pencher sur le sort de l'ensemble des patients. Outre le fait que les patients hospitalisés en psychiatrie sont parmi les plus démunis, on notera que le pôle de psychiatrie est à l'origine d'une proportion importante des événements indésirables de l'établissement.

4. RECOMMANDATION 17

Il conviendrait que le comité d'éthique soit sensibilisé aux questions relatives à la psychiatrie et qu'il constitue un espace de réflexion irriguant l'ensemble des services.

5. RECOMMANDATION 19

Il convient de s'assurer que la notification des décisions d'admission incombe à un personnel compétent et capable de fournir des explications aux patients. Il faut également s'assurer qu'une copie de la décision d'admission est effectivement remise au patient. La décision d'admission doit contenir, ou être accompagnée, d'informations complètes, rédigées en termes accessibles, sur les possibilités de recours.

6. RECOMMANDATION 22

Le livret d'accueil propre aux patients admis en psychiatrie, qui semble le seul distribué, doit être complété pour faire état des droits appartenant à tous les patients. Il convient également que la situation des patients admis en soins contraints et de leurs droits, y soit évoquée.

7. RECOMMANDATION 23

On peut s'étonner que le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie ne reprenne pas les informations relatives aux droits dont bénéficient tous les patients, qu'ils soient admis en soins somatiques ou psychiatriques ; il n'est pas certain que la modalité d'information choisie – affichage – soit adaptée à tous les patients. Il conviendrait d'engager une réflexion sur les modalités les plus efficaces d'information du patient. Il convient par ailleurs de rectifier les dispositions erronées contenues dans le règlement de fonctionnement (qui indique que le recours contre une décision d'admission peut être formé devant le procureur de la République).

8. RECOMMANDATION 25

Il y a lieu de compléter le formulaire de notification qui informe le patient en soins contraints de ses droits, d'une part, en y ajoutant l'obligation faite à l'établissement d'informer le patient des projets de décisions et de recueillir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, d'autre part en apportant les précisions nécessaires à la mise en œuvre des droits (notamment rôle et adresse des autorités susceptibles d'être saisies). Il est impératif de dispenser une formation au personnel, afin qu'il fournisse au patient une information complète et fiable.

9. RECOMMANDATION 29

Il convient de concevoir un document présentant de façon simple et complète le rôle du juge des libertés et de la détention et informant le patient de ses droits dans le cadre de cette instance.

10. RECOMMANDATION 29

Il y a lieu de mettre à disposition des patients la liste des avocats du barreau local et de faciliter les rencontres entre l'avocat et le patient. Une rencontre entre le personnel hospitalier et les avocats intervenant dans le cadre des procédures de soins sans consentement permettrait des échanges sur les missions et les contraintes respectives et serait de nature à dissiper les malentendus.

11. RECOMMANDATION 31

Il convient de s'interroger sur la proportion de patients qui ne comparaissent pas à l'audience.

12. RECOMMANDATION 33

Il paraît opportun d'engager une réflexion institutionnelle à propos de la sexualité des patients.

13. RECOMMANDATION 34

Au-delà du formalisme qui conduit à recueillir effectivement le nom d'une personne de confiance, il est nécessaire de s'assurer que les patients reçoivent une information complète et perçoivent correctement son rôle.

14. RECOMMANDATION 37

La question de la gestion du tabac mériterait une réflexion transversale.

15. RECOMMANDATION 38

Il convient de réfléchir à l'intérêt que présenterait l'accès à un ordinateur et à internet pour la vie sociale et l'insertion des patients.

16. RECOMMANDATION 39

L'offre d'activités est importante mais la pratique est nettement moins satisfaisante, faute de disponibilité des soignants. Il convient de l'améliorer.

17. RECOMMANDATION 40

La prise en charge somatique des patients est insuffisante ; le pôle psychiatrie devrait pouvoir être doté d'un temps somaticien généraliste propre ou bénéficier d'un contrat inter-pôle garantissant l'intervention des somaticiens du CHU.

18. RECOMMANDATION 43

L'absence de sanitaires en chambre d'isolement porte atteinte à la dignité des patients. L'absence de dispositif d'appel porte atteinte à leur sécurité. Il convient d'équiper les chambres d'isolement de sanitaires et d'un dispositif d'appel.

19. RECOMMANDATION 45

Le placement sous contention ou à l'isolement d'un patient en soins libres doit répondre à une nécessité absolue ; s'il se prolonge ou se répète, il doit conduire à interroger le bien-fondé de son statut.

20. RECOMMANDATION 46

Il est nécessaire de mettre en place sans tarder un registre conforme aux exigences de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

21. RECOMMANDATION 55

Le séjour en unité de soins intensifs – unité fermée dont la surface est très réduite et ne permet aucune activité – doit être réservé aux patients dont le statut le permet et dont l'état l'exige.

22. RECOMMANDATION 63

Conformément à la recommandation visant le secteur des adultes, il faut sans plus tarder mettre en place un registre d'isolement et de contention répondant aux exigences de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	6
RAPPORT	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE	11
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT REPOSE UNIQUEMENT SUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER A CAEN, VIRE ET BAYEUX	11
2.2 LA PSYCHIATRIE POUR ADULTES REpond AUX BESOINS DE LA POPULATION PAR UN DISPOSITIF VARIE .	11
2.2.1 Le centre Esquirol.....	11
2.2.2 Les urgences psychiatriques.....	12
2.2.3 Les structures ambulatoires.....	12
2.3 LE PERSONNEL : UNE INQUIETUDE PESE SUR LES VACANCES DE POSTES PARAMEDICAUX.....	13
2.4 MALGRE UN DEFICIT CHRONIQUE DEPUIS 2009, LE BUDGET DE LA PSYCHIATRIE A AUGMENTE DEPUIS 2012.....	13
2.5 L'ACTIVITE EST FORTE	14
2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS, NOTAMMENT LE REGISTRE DE LA LOI, POURRAIENT FAIRE L'OBJET D'AMELIORATIONS	14
2.6.1 Le registre de la loi	14
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	15
2.6.3 La visite des autorités.....	16
2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT EN PLACE.....	16
2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	16
2.7.2 La commission des usagers	16
2.7.3 Le comité d'éthique	17
2.7.4 Les questionnaires de satisfaction	17
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	18
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST PROTOCOLISEE MAIS LES PATIENTS MANQUENT D'INFORMATIONS.....	18
3.1.1 Les modalités d'admission	18
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	18
3.1.3 La période d'observation et de soins initiale	19
3.1.4 Le recueil des observations du patient	20
3.1.5 La gestion de la sur occupation	20
3.1.6 La confidentialité.....	20
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS DOIT ETRE AMELIOREE	21
3.2.1 Le livret d'accueil de l'établissement	21
3.2.2 Le règlement intérieur du centre Esquirol	21
3.2.3 Les autres documents informatifs.....	22
3.2.4 Les informations propres aux patients en soins contraints.....	24
3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE SE FAIT PAR LES SORTIES DE COURTE DUREE.....	25
3.3.1 Les sorties de courte durée.....	25
3.3.2 Le passage en programme de soins	26
3.3.3 La levée de la mesure et l'intervention du collège.....	27
3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S' EFFECTUE DANS DE BONNES CONDITIONS MAIS LE ROLE DU JUGE ET CELUI DE L'AVOCAT POURRAIT ETRE EXPLICITE.....	27
3.4.1 Le cadre général.....	27

3.4.2	La requête et l'information du patient, du tiers et des proches	27
3.4.3	La défense	29
3.4.4	Le déroulement de l'audience.....	30
3.4.5	Les décisions	30
4.	L'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....	32
4.1	PROTECTION DES DROITS SOCIAUX ET PROTECTION JURIDIQUE : DES DELAIS QUI ONT DES REPERCUSSIONS SUR LA DUREE D'HOSPITALISATION	32
4.2	L'INVENTAIRE ET LA CONSERVATION DES BIENS N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION	32
4.3	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST RAREMENT DEMANDE	32
4.4	LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION EN EQUIPE	33
4.5	LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE	33
4.6	LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT PEU ORGANISEES.....	33
4.7	LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS SON ROLE N'EST PAS EXPLICITE	34
5.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	35
5.1	LA VIE COURANTE EST CENTREE SUR LES BESOINS DU PATIENT MAIS LA QUESTION DU TABAC N'EST PAS RESOLUE	35
5.1.1	La restauration	35
5.1.2	L'hygiène	35
5.1.3	La sécurité.....	35
5.1.4	Les transports.....	36
5.1.5	L'accès au tabac	36
5.2	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES HORMIS L'ACCES A L'INFORMATIQUE ET A INTERNET	37
5.2.1	Le téléphone	37
5.2.2	Le courrier	37
5.2.3	La télévision	37
5.2.4	L'informatique et l'accès à internet	37
5.2.5	Les visites	38
5.3	L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS VARIES DEPEND DE LA DISPONIBILITE DES SOIGNANTS.....	38
5.3.1	L'ergothérapie.....	38
5.3.2	Le sport	38
5.3.3	Les autres activités.....	39
5.3.4	La cafétéria.....	39
5.4	LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UNE PRISE EN COMPTE INSTITUTIONNELLE	39
5.4.1	Le traitement des plaintes et réclamations.....	39
5.4.2	Les événements indésirables	40
5.5	LES PATIENTS NE BENEFICIENT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE SOMATIQUE FAUTE DE MEDECIN GENERALISTE AFFECTE DANS LES UNITES	40
5.5.1	L'accès au médecin généraliste et aux consultations spécialisées.....	40
5.5.2	La pharmacie.....	41
5.5.3	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	41
6.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	42
6.1	UNE POLITIQUE ET DES OUTILS DE PREVENTION DES RISQUES ONT ETE MIS EN ŒUVRE	42
6.1.1	La prise en charge des situations de tensions relationnelles à risque d'agitation ou d'agressivité	42
6.1.2	La mise en place d'outils de prévention des risques.....	42
6.2	L'ISOLEMENT SE FAIT DANS DES CONDITIONS INDIGNES ET SANS LA TRAÇABILITE EXIGEE PAR LA LOI ...	43
6.2.1	Les chambres d'isolement.....	43
6.2.2	Le protocole de mise en chambre d'isolement	44
6.2.3	La pratique	44
6.2.4	Le registre	45

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	47
7.1 LES UNITES D'HEBERGEMENT 1 ET 2 : DES UNITES OUVERTES OU LES DROITS DES PATIENTS SONT RESPECTES MAIS OU PESE LA FAIBLESSE DES ACTIVITES	47
7.1.1 Présentation générale	47
7.1.2 Prise en charge	50
7.2 L'UNITE DE SOINS INTENSIFS : DES LOCAUX INADAPTES ET UN PROJET THERAPEUTIQUE A REVOIR	51
7.2.1 Présentation générale	51
7.2.2 Prise en charge	53
7.3 L'HOSPITALISATION DES ADOLESCENTS NE REpond QUE PARTIELLEMENT AUX BESOINS DE CETTE POPULATION	55
7.3.1 L'unité d'hospitalisation pour adolescent	56
7.3.2 La prise en charge des adolescents en unité pour adultes	63
8. CONCLUSION	65

Rapport

Contrôleurs :

- Dominique LEGRAND, chef de mission ;
- Christine BASSET ;
- Gérard KAUFFMANN ;
- François MOREAU.

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 pôle psychiatrique du centre hospitalier universitaire de Caen (Calvados), du 11 au 14 avril 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, situé avenue de la côte de nacre, à Caen, le 11 avril 2016 à 11h 40 ; ils l'ont quitté le 14 avril à 17h.

La direction avait été informée de la visite la semaine précédente. Les contrôleurs ont été accueillis dès leur arrivée par le directeur général adjoint et le directeur adjoint en charge de la psychiatrie. Les contrôleurs ont pris possession des documents préparés à leur intention et effectué une rapide visite des bâtiments réservés à la psychiatrie, situés à l'écart des bâtiments administratifs et de soins somatiques.

A 14h30, il a été procédé à une présentation de la mission devant les médecins chefs de pôle et de service, les cadres de santé et de nombreux soignants, outre des représentants des organisations professionnelles et des associations de familles et d'usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Calvados, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Caen, des avocats du barreau de cette même ville, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont par ailleurs rencontré le procureur de la République et assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les contrôleurs ont pu disposer d'une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur avec accès au site intranet. Ils ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Tous les documents demandés ont été mis à disposition.

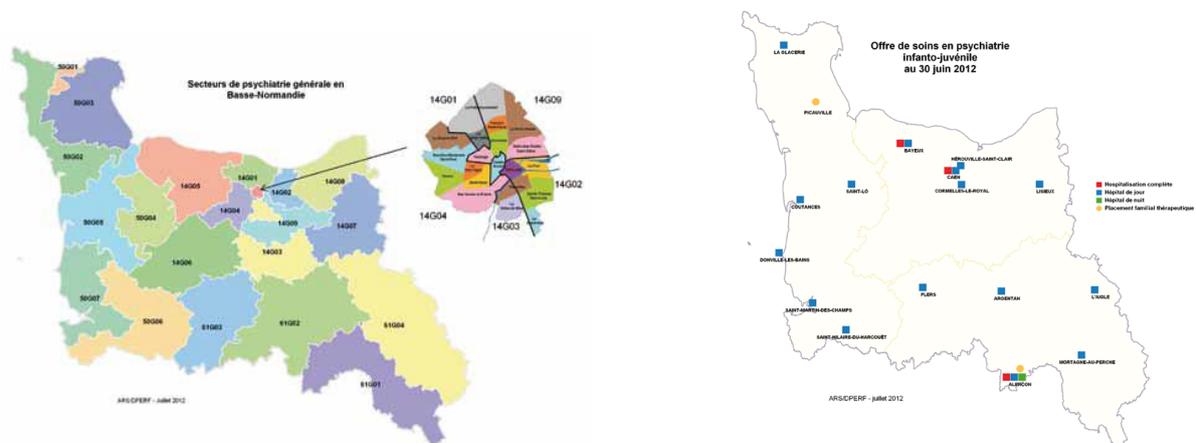
Une réunion de restitution a eu lieu le 14 avril à 15h30, en présence du directeur adjoint ainsi que des médecins et cadres de santé des unités visitées.

2. PRESENTATION GENERALE

Le centre hospitalier universitaire de Caen compte dix pôles cliniques et médico-techniques dont un pôle de santé mentale et addictologie, qui concerne les patients adultes, les enfants et adolescents étant en revanche rattachés au pôle femmes-enfants.

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT REPOSE UNIQUEMENT SUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER A CAEN, VIRE ET BAYEUX

La prise en charge de l'hospitalisation complète en psychiatrie dans le Calvados repose uniquement sur le service public hospitalier et s'intègre dans l'offre de soins en psychiatrie de Basse-Normandie.



Sur les vingt secteurs de psychiatrie générale et neuf secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de Basse-Normandie, le Calvados comprend neuf secteurs de psychiatrie générale et quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est assurée par les trois établissements du département : le CHU de Caen, objet du présent rapport, l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen, le centre hospitalier (CH) de Bayeux et celui de Vire.

2.2 LA PSYCHIATRIE POUR ADULTES REPOND AUX BESOINS DE LA POPULATION PAR UN DISPOSITIF VARIE

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le Département Universitaire de Psychiatrie du CHU de Caen est intégré au **pôle Santé Mentale et addictologie** ; il couvre un secteur de psychiatrie de 105 000 habitants situé au Nord de la ville. Il comprend le **Centre Esquirol** et les **urgences psychiatriques**, tous deux localisés sur le plateau situé Côte de Nacre, le **Centre d'Accueil Médico-Psychologique (CAMP)** basé à Hérouville-Saint-Clair et **deux antennes de consultations** (Ouistreham et Doves-la-Délivrande).

2.2.1 Le centre Esquirol

Le centre Esquirol est composé de quatre unités d'hospitalisation à temps plein, pour adultes :

- deux unités standard (UH1 et UH2), ouvertes, accueillant les patients en phase aiguë de leur pathologie ou en décompensation psychologique ;

- une unité de soins intensifs (USI) accueillant, dans des locaux fermés, des patients en situation de crise nécessitant une surveillance étroite ;

- une unité de crise et de post-urgence (UCPU), accueillant, en unité ouverte, les personnes en situation de crise suicidaire.

En pratique, seules les trois premières unités reçoivent des patients admis en soins sans consentement. L'UCPU, rapidement visitée par les contrôleurs, n'en reçoit pas et ne sera pas abordée dans le présent rapport. Les deux unités UH1 et UH2, comparables dans leur projet et leur fonctionnement, feront l'objet d'un bref descriptif commun.

2.2.2 Les urgences psychiatriques

Le service des urgences psychiatrique est localisé aux urgences adultes du CHU. Une équipe médicale et infirmière de psychiatrie permet, 24h sur 24, l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes présentant une souffrance psychologique ou psychiatrique. Une majorité de patients transite par ce service avant l'accueil à Esquirol.

2.2.3 Les structures ambulatoires

Situé à Hérouville-Saint-Clair, un centre d'accueil médico-psychologique (CAMP) accueille la population du secteur Caen Nord et propose des consultations psychiatriques, des consultations psychologiques et des psychothérapies, des entretiens infirmiers, des prises en charge sociales et ergothérapeutiques, des visites à domicile.

Deux antennes de consultation médico-psychologique proposent par ailleurs des consultations, l'une à Ouistreham et l'autre à Douvres-la-Délivrande.

2.3 LE PERSONNEL : UNE INQUIETUDE PESE SUR LES VACANCES DE POSTES PARAMEDICAUX

UH1, UH2, USI, UCPU et CAMP	Nombre	EPT théoriques	ETP pourvus
Praticien hospitalier psychiatre	4 PH 3 PUPH	6 PH 3 PUPH	4 PH 3 PUPH
Praticien contractuel	2	0	2
Assistant	3 CCA 1 AS	3 CCA 1 AS	3 CCA 1AS
Interne	14	14	14
Médecin somaticien	0	0	0
Cadre supérieur de santé	1	0,80	0,80
Cadre de santé	3	3,5	2,5
IDE Jour/ Nuit	Jour : 42 Nuit : 13	Jour : 40,5 Nuit : 11,5	Jour : 40,2 Nuit : 10,8
Aide-soignant J/N	Jour : 25 Nuit : 11	Jour : 23,7 Nuit : 10	Jour : 23 Nuit : 9,8
ASH	18	17,65	17,6
Assistante sociale	3	2,4	2,4
Ergothérapeute	2	1,90	1,90
Psychologue	8	6,25	6,25
Secrétaire médicale	8	7,4	7,4

On observe que tous les postes paramédicaux ne sont pas pourvus ; les personnels ont fait part aux contrôleurs de leur crainte que les impératifs budgétaires ne pèsent, à court terme et de manière importante, sur les effectifs de psychiatrie. Cette perspective est un réel sujet d'inquiétude au sein du pôle.

2.4 MALGRE UN DEFICIT CHRONIQUE DEPUIS 2009, LE BUDGET DE LA PSYCHIATRIE A AUGMENTE DEPUIS 2012

Le CHU de Caen est en déficit chronique et important depuis 2009. Un déficit cumulé de l'ordre de 50 millions d'euros va nécessiter un plan drastique de retour à l'équilibre avec, notamment, réduction de personnel dont l'importance n'a pas été communiquée.

Dans ce contexte, le financement de la psychiatrie a enregistré une augmentation de 4,8 % depuis 2012 ; il se présente comme suit :

Psychiatrie	2012	2013	%	2014	%	2015	%
Adulte	8 645 460 €	781 229 €	1,6	8 716 300 €	-0,7	9 256 140 €	+6,2
Enfant	2 541 469 €	2 481 072 €	-2,4	2 462 727 €	-0,7	2 469 681€	+0,3
Total	11 186 929€	11 262 301€	+0,7	11 179 027 €	-0,7	11 725 821 €	+4,9

Dans le même temps avec une dotation 2015 de 19 623 033 euros, le budget du CHU a augmenté de 30,8 %.

Recommandation

Les choix résultant des impératifs budgétaires ne doivent pas porter atteinte à la qualité des soins ; ils doivent aussi garantir aux patients hospitalisés en psychiatrie un cadre de vie qui préserve leur dignité.

2.5 L'ACTIVITE EST FORTE

Tant le pôle de psychiatrie adulte que l'unité de pédopsychiatrie ont une forte activité.

Hospitalisation à temps complet	Psychiatrie adulte	USI	UCPU	Pédopsychiatrie
Entrées directes	516	89	239	574
jours	13 586	1 885	2 074	3 080
Taux occupation	90,8 %	129,1 %	67,6 %	105,5 %
DMS en jours	26,3	21,2	8,6	18,8

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS, NOTAMMENT LE REGISTRE DE LA LOI, POURRAIENT FAIRE L'OBJET D'AMELIORATIONS

2.6.1 Le registre de la loi

Le registre de la loi est tenu par les agents médico-administratifs attachés au pôle psychiatrie.

En pratique, ce registre ne rend pas compte des hospitalisations en cours, l'inscription n'étant effectuée qu'après la levée de la mesure¹ ; à ce stade seulement, sont portés l'identité du patient,

¹ L'article L3212-11 du code de la santé publique (CSP), qui régit le registre, dispose : Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ;

2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ;

4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnées au présent chapitre ;

7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

la date d'entrée et le mode d'hospitalisation, l'identité du tiers le cas échéant, et la date de mainlevée ; les divers documents retraçant la prise en charge (arrêtés, documents attestant de la notification, décision du JLD) sont rétrécis et collés, d'une manière qui ne permet pas toujours de reconstituer le parcours chronologique du patient.

La connaissance du parcours des patients, et, au-delà, la simple question de leur présence au CHU, nécessite donc de s'en remettre aux dossiers, également entreposés au secrétariat administratif.

Ainsi, le dernier patient figurant au registre en cours au moment du contrôle avait été inscrit dans le courant de la première semaine d'avril 2016, suite à la mainlevée de la mesure, survenue le 1^{er} avril. Ce patient avait été admis en hospitalisation complète en avril 2014, avant de faire l'objet d'un programme de soins, puis d'une réadmission et à nouveau d'un programme de soins.

Il semble que seule la commission départementale des soins psychiatriques ait signalé cette anomalie.

Les assistantes médico-administratives rencontrées, qui sont par ailleurs chargées de l'accueil des patients, des consultations et de l'ensemble des formalités liées à l'hospitalisation des malades, tous statuts confondus, ont indiqué n'avoir jamais reçu ni consignes ni remarques de leur hiérarchie.

L'examen du registre montre par ailleurs :

- que la périodicité des certificats médicaux dits mensuels est parfois supérieure à trente jours ;
- que le contenu des programmes de soins n'est pas toujours détaillé.

Recommandation

Il est nécessaire de respecter les prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique et de procéder dans le délai de 24h à l'inscription au registre des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Selon les procès-verbaux transmis par l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie, la CDSP se réunit quatre fois par an et examine attentivement les dossiers des patients admis pour péril imminent depuis plus de trois mois ainsi que la situation des patients en programme de soins depuis plus d'un an. A plusieurs reprises la commission a interrogé les médecins sur la discordance entre le descriptif des troubles, l'adhésion du patient et le maintien d'un programme de soins ; il n'a pas été possible de savoir si le centre Esquirol était concerné par cette anomalie ; interrogée à ce sujet, la présidente de la CDSP a fait savoir que l'établissement ne présentait pas de difficulté particulière.

8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;

9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres III et IV du présent titre.

La dernière visite du centre Esquirol date du 14 février 2013 ; le procès-verbal évoque une visite de l'ensemble des unités et des rencontres avec six patients dont les demandes ont été relayées auprès des médecins. Comme indiqué plus haut, la commission a relevé que le registre de la loi n'était rempli qu'après la levée de la mesure ; la possibilité de consulter les dossiers des patients lui a semblé compenser cette difficulté.

2.6.3 La visite des autorités

Le procureur de la République visite tous les hôpitaux psychiatriques du département une fois par an. Au CHU, la visite est annoncée quelques jours à l'avance ; les patients sont prévenus par les cadres de santé et peuvent solliciter un entretien. Au centre Esquirol, la dernière visite a eu lieu le 3 décembre 2015. Le procureur en a rendu compte dans un rapport communiqué aux contrôleurs. Neuf patients ont été reçus ; ils ont demandé des renseignements sur la durée de leur hospitalisation et les voies de recours, sans exprimer de doléances sur la qualité de la prise en charge.

Le procureur a apposé sa signature sur le registre le jour de la visite. Le JLD a également signé le registre le 16 décembre 2015 et mentionné la présence de « copiés-collés » dans les certificats médicaux.

Il n'a pas été trouvé trace de la visite mise à la charge des autorités visées par l'article L3222-4 du code de la santé publique, ni de visite de la part des parlementaires visés par l'article L3222-4-1 du même code.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT EN PLACE

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Les contrôleurs ont pu rencontrer les représentants de l'union nationale des familles et amis et de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) qui se sont déclarés très satisfaits des relations avec les unités et personnels de psychiatrie. Ils ont souligné tout particulièrement l'association des familles aux projets de soins de leurs proches, la qualité des explications données sur la prise en charge et l'organisation de la sortie.

Le pôle psychiatrie a mis en place un programme dit « pro-famille », en charge de l'information et des relations avec les familles ; l'UNAFAM y est associée.

Des représentants des usagers sont présents dans les instances du CHU ; ils ont indiqué aux contrôleurs n'avoir pas de relations spécifiques avec le pôle psychiatrique.

2.7.2 La commission des usagers

La commission des usagers est commune à l'ensemble du CHU. Les contrôleurs ont pris connaissance des comptes-rendus des quatre dernières réunions et rencontré un représentant des usagers qui y siège : d'évidence, le fonctionnement du pôle de psychiatrie ne constitue pas un sujet de préoccupation.

Recommandation

La commission des usagers, qui, aux termes de l'article 1112-3 du CSP, a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à la qualité de l'accueil et de la prise en charge devrait se pencher sur le sort de l'ensemble des patients. Outre le fait que les

patients hospitalisés en psychiatrie sont parmi les plus démunis, on notera que le pôle de psychiatrie est à l'origine d'une proportion importante des événements indésirables de l'établissement.

2.7.3 Le comité d'éthique

Deux instances, auxquelles participe le praticien en charge des urgences psychiatriques, travaillent sur les questions d'éthique :

- l'espace éthique régional qui se réunit tous les premiers lundi du mois ;
- un « groupe éthique clinique » qui se réunit tous les premiers jeudi du mois.

L'existence du groupe éthique du CHU est indiquée dans le livret d'accueil de l'établissement mais les coordonnées ne sont pas à jour ; il semble que sa composition intègre un soignant d'un CMP.

Le groupe éthique est connu des soignants mais il semble que les questions délicates soient plus volontiers abordées en réunion d'équipe, notamment lors des séances de régulation associant un psychologue extérieur aux unités. Il n'a pas été fait part de saisine du comité par les soignants, ni par les patients du service de psychiatrie. Il ne semble pas que les travaux du comité irriguent les services de psychiatrie ou suscitent des interrogations spécifiques.

Les contrôleurs n'ont pas reçu de réponse aux sollicitations du comité, effectuées par téléphone et courriel après la visite.

Recommandation

Il conviendrait que le comité d'éthique soit sensibilisé aux questions relatives à la psychiatrie et qu'il constitue un espace de réflexion irriguant l'ensemble des services.

Le directeur général du CHU a mentionné dans son courrier en réponse, que désormais les associations représentantes des usagers Advocacy et Unafam participeraient aux réunions de l'Espace régional d'éthique de Normandie.

2.7.4 Les questionnaires de satisfaction

En 2015 le CHU a dépouillé 1 309 questionnaires de satisfaction pour l'ensemble de l'établissement. Le traitement des questionnaires est global et ne permet pas d'isoler indépendamment les services de psychiatrie.

Néanmoins les résultats globaux font apparaître en principaux point négatifs et dans l'ordre décroissant : la qualité des repas, la communication et le manque de personnel.

A noter comme très satisfaisant et satisfaisant :

- soins et relations médecins.90,3 %
- chambres.....88,2 %
- repas.....72,6 %.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Un document intitulé « *Droits du patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat* » a été communiqué par la direction ; il reprend l'ensemble des droits des patients et synthétise les étapes de la procédure (notification, rédaction des certificats médicaux, saisine du JLD). Il ne se traduit pas totalement dans les pratiques, ci-dessous décrites.

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST PROTOCOLISEE MAIS LES PATIENTS MANQUENT D'INFORMATIONS

3.1.1 Les modalités d'admission

Un service médico-administratif propre au centre Esquirol est en charge de l'accueil, de la gestion des rendez-vous de consultation et de la gestion de l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, de l'admission à la facturation. Les dossiers des personnes admises en soins sans consentement sont gérés par ce service et entreposés dans le bureau des agents.

Le secrétariat du pôle est destinataire de l'arrêté administratif en cas d'admission sur décision du représentant de l'Etat (ASDRE) et, dans les autres cas, du ou des certificats initiaux et, le cas échéant, de la demande du tiers ; il prépare les décisions d'admission du directeur à partir d'un imprimé-type qui vise les termes des certificats médicaux constatant l'existence de troubles mentaux et la nécessité subséquente d'une hospitalisation complète.

Une délégation permanente de signature a été établie le 20 janvier 2016 en faveur du directeur adjoint chargé des activités médicales et, en cas d'absence ou d'indisponibilité, à trois autres membres de l'équipe de direction. Les décisions d'admission du directeur sont signées le jour même.

Un « protocole » a été établi en 2014, présentant sous forme de grille l'ensemble des actes à accomplir par les assistantes médico-administratives.

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

Si le patient passe par les urgences, une première « notification » orale est effectuée dans ce service, oralement, assortie d'une vérification des documents administratifs légaux. La notification officielle est réalisée une fois le patient admis à Esquirol. Le secrétariat indique effectuer les démarches pour l'ensemble des décisions d'admission, qu'elles émanent du préfet ou du directeur.

Le « protocole » visé ci-dessus prévoit une notification le jour de l'admission. Il vise les actes à accomplir par les assistantes médico-administratives mais ne détermine pas les rôles respectifs des autres intervenants – médecin, cadre de santé, soignant – sur qui, de fait, repose la notification.

En pratique, le secrétariat remet en mains propres, à l'un des membres de l'équipe assurant la prise en charge du patient : copie du certificat médical initial, copie de la décision d'admission, deux « imprimés de notification » dont l'un doit être retourné au secrétariat, assorti de la signature du patient ou, en cas de refus ou d'impossibilité, de la signature de deux soignants.

Un « imprimé de notification » a en effet été mis au point ; il comprend, pour l'essentiel, les informations suivantes :

- les possibilités de recours ;

- l'indication de l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de poursuite de l'hospitalisation ;
- une information relative aux droits du patient.

Le droit de former recours est mentionné sous la forme suivante : « *la régularité de cette décision ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.* » On observera que ce libellé est incomplet puisqu'il omet la possibilité de contester le bien-fondé de la décision et ne délivre aucune information sur les modalités du recours, pas plus que sur l'adresse à laquelle il convient de l'adresser.

Copie de la décision d'admission est en principe remise au patient. Cette pièce, lorsqu'elle concerne la décision d'admission du directeur, ne comble pas le déficit d'information en matière de recours puisqu'elle reprend la formule de l'imprimé de notification.

Le dispositif de la décision d'admission du préfet, en revanche, fait expressément référence à la possibilité de contester la régularité et le bien-fondé de la décision devant le JLD du TGI de Caen tant sur le fondement de l'article L3211-12 du CSP (à tout moment) que sur celui de l'article L3211-12-1 (à l'occasion de l'intervention systématique du JLD avant le 12^{ème} jour).

Les dires des assistantes médico-administratives et l'examen des dossiers montrent que l'imprimé de notification est généralement retourné au secrétariat dans la journée, signé du patient.

En signant cet imprimé, le patient atteste :

- avoir été informé de sa situation juridique et de ses droits ;
- avoir reçu copie de la décision d'admission (ou de maintien) ;
- avoir reçu copie du certificat initial.

En pratique, plusieurs patients rencontrés n'ont pas été en mesure de produire cette copie, ni d'en décrire le contenu.

Recommandation

Il convient de s'assurer que la notification des décisions d'admission incombe à un personnel compétent et capable de fournir des explications aux patients. Il faut également s'assurer qu'une copie de la décision d'admission est effectivement remise au patient. La décision d'admission doit contenir, ou être accompagnée, d'informations complètes, rédigées en termes accessibles, sur les possibilités de recours.

3.1.3 La période d'observation et de soins initiale

Le respect des prescriptions de l'article L3211-2-2 du CSP relatives aux examens psychiatriques propres à la période initiale d'observation et de soins est organisé par le secrétariat.

Celui-ci veille à la fois au respect des délais et à la qualité des rédacteurs, notamment à l'extériorité du rédacteur du certificat de la 72^{ème} heure ; en pratique, il s'agit d'un médecin d'un même service, ou, le week-end, du médecin de garde.

Il n'a pas été fixé de règle spécifique, de nature à définir l'observation initiale du patient ; les soignants évoquent une surveillance étroite et une écoute attentive, sans critères précis et distinctifs par rapport aux patients admis en soins libres. Le partage des observations s'effectue lors du *staff* matinal.

La rédaction des certificats médicaux a donné lieu à des échanges avec le JLD, qui, pour maintenir le patient en hospitalisation complète, exige une description précise des troubles et une argumentation relative au choix de cette modalité d'hospitalisation.

3.1.4 Le recueil des observations du patient

Les patients entendus par les contrôleurs évoquent essentiellement les relations avec leur médecin référent ; il semble cependant recevoir des rédacteurs des certificats médicaux exigés par la loi des explications sur leur rôle et pouvoir leur faire part de leur avis.

Les médecins, de leur côté, disent faire part au patient de leur analyse et recueillir ses observations lors des entretiens. Ces observations semblent essentiellement comprises comme un élément du soin et de la relation thérapeutique ; elles sont notées dans le dossier du patient plus que détaillées dans le corps des certificats médicaux appelés à servir de base aux décisions administratives ou judiciaires. Au vu du registre et des dossiers en effet, il apparaît que cette formalité se traduit la plupart du temps par une case cochée au bas du certificat médical exigé par la loi et non par la traduction littérale des observations du patient.

3.1.5 La gestion de la sur occupation

Si le taux d'occupation du service est globalement important, il diffère selon les unités, le plus faible étant celui de l'UCPU (environ 65 %). En pratique, l'arrivée d'un patient donne parfois lieu, pour un autre, à un changement d'unité un peu précipité, voire à des changements en cascade, afin de pouvoir accueillir le nouvel arrivant à l'USI ou en unité d'hébergement 1 ou 2. Certains médecins de l'unité d'accueil initiale accepteraient de maintenir un bref contact avec le patient contraint au déménagement.

Il n'est pas rare non plus qu'un patient relevant du centre Esquirol transite dans un premier temps par l'établissement départemental de santé mentale (EPSM) de Caen. Les deux établissements sont en fréquents contacts et il est dit que les transmissions s'effectuent aisément. Il n'en demeure pas moins que le patient doit alors changer de médecin et d'environnement.

Enfin, il arrive fréquemment qu'un patient hospitalisé à l'USI doive y séjourner plus longtemps que ne l'exige son état – parfois en chambre d'isolement dont la porte est alors tenue ouverte – faute de place en UH1 ou UH2. Comme ont pu le constater les contrôleurs, cette situation est à l'origine de tensions d'autant plus fortes que les locaux sont plus étroits et les conditions globales de vie plus difficiles à l'USI.

3.1.6 La confidentialité

La confidentialité fait l'objet d'un chapitre spécifique du livret d'accueil.

Dans les services la notion se traduit par l'importance accordée au secret professionnel et, plus généralement, à la discrétion et au respect du patient : « *on ne parle pas d'un patient dans un couloir, les entretiens se font dans un bureau, les patients peuvent rencontrer leur famille dans un salon spécifique et non au vu et au su de tous, on est prudent au téléphone* ».

Il est dit que l'ensemble du personnel est sensibilisé à cette question, y compris les agents des services hospitaliers (ASH) qui participent aux transmissions et réunions cliniques.

La question du secret de l'hospitalisation est envisagée lors de l'entretien d'accueil ; dans le dossier, il est possible d'assortir le nom d'un patient d'un onglet « confidentiel » ; dans ce cas, le patronyme n'est pas connu du secrétariat du CHU, premier destinataire des appels extérieurs ;

le nom est en revanche connu du secrétariat du service de psychiatrie mais celui-ci est informé de la demande de confidentialité.

D'une manière générale, le secrétariat du service ne délivre aucune information par téléphone et passe les communications au bureau infirmier. Les soignants disent s'assurer systématiquement de l'accord du patient avant de lui passer une communication. Au téléphone, les informations ne sont transmises qu'avec parcimonie, aux familles déjà rencontrées, et sont d'ordre général (« *il va mieux* »...).

A titre très exceptionnel, il est possible d'hospitaliser un patient sous un nom d'emprunt. La décision est prise par le directeur de l'hôpital. La situation se serait produite une fois au cours des dernières années, en faveur d'une personne menacée.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS DOIT ETRE AMELIOREE

3.2.1 Le livret d'accueil de l'établissement

Le livret d'accueil de l'établissement (format A4) est de lecture aisée et apporte des renseignements concrets quant à l'admission et au séjour (documents et effets utiles, organisation des équipes soignantes, alimentation, téléviseur, sécurité, services ; accompagnement divers (social, arrêt du tabac...)).

Les droits évoqués concernent essentiellement les patients en soins somatiques : possibilité de se faire attribuer une ligne téléphonique, location de téléviseur, modalités de remise du courrier. Les visites sont essentiellement envisagées sous l'angle des précautions à prendre (éviter les présences prolongées en groupe, respecter les règles d'hygiène, éviter les visites de jeunes enfants susceptibles d'être impressionnés...). La possibilité de rencontrer des représentants d'un culte est mentionnée, avec référence à des coordonnées affichées en chambre.

Le livret du CHU évoque également, de manière précise et en termes pédagogiques :

- la confidentialité des soins ;
- l'information du patient sur son état de santé et sa liberté de consentir aux soins ;
- l'accès au dossier médical (modalités de demande et de consultation, frais, délais) ;
- la personne de confiance (rôle, modalités de désignation) ;
- les plaintes et réclamations ;
- la commission des relations avec les usagers (avec mention du rôle et renvoi, pour la saisine, aux informations du site de l'hôpital et à l'affichage en chambre).

Compte-tenu de l'existence d'un document spécifique au centre Esquirol (Cf. ci-dessous), le livret d'accueil de l'établissement n'est pas remis aux patients admis en psychiatrie.

3.2.2 Le règlement intérieur du centre Esquirol

Un document spécifique (format 15cm sur 15cm) a été élaboré à destination des patients admis en psychiatrie ; il tient lieu à la fois de livret d'accueil et de règlement intérieur ; sa conception permet au patient d'ajouter des annotations personnelles. Conçu pour l'ensemble des patients admis en psychiatrie, le document – assez bref – ne comporte pas d'informations spécifiques aux personnes admises en soins contraints.

Ce document comporte des dispositions relatives :

- aux conditions d'accueil (chambre double, pyjama éventuellement, retrait des objets dangereux...);
- aux repas (horaires...);
- aux modalités des liens avec l'extérieur ; on notera à ce sujet que les visites, le téléphone et le courrier sont présentés comme soumis à l'accord du médecin, ce qui ne saurait être le cas pour le courrier (Cf. art L3211-3 du CSP, qui prévoit que les patients – admis en soins contraints et *a fortiori* les autres – bénéficient de ce droit « *en tout état de cause* »).

Une page intitulée « *règles de vie commune* » évoque :

- des obligations : tenue vestimentaire correcte, respect d'autrui, maintien dans l'unité à partir de 20h ;
- des interdictions : pénétrer dans la chambre d'un autre patient, entretenir des relations sexuelles dans le cadre hospitalier, stocker ou consommer des denrées périssables ou interdites, prendre des photos, fumer dans les locaux et, y compris dans l'endroit prévu à cet effet, après 20h pour tous les patients et, pour les patients de l'USI, à tout moment ;
- des restrictions : possibilité de fermeture, à titre exceptionnel, de la porte de l'unité « *pour des raisons de soins et de sécurité* » ; il est également mentionné : « *dans un souci thérapeutique, il n'est pas souhaitable qu'après une hospitalisation vous reveniez en visite dans le service.* »

Le livret ne fait aucunement référence à la désignation d'une personne de confiance et, plus largement, aux droits généraux des patients (confidentialité, réclamations, accès au dossier médical...). On notera que certaines de ces informations figurent dans le règlement de fonctionnement des unités ou sur des affiches apposées dans les locaux.

Le livret d'accueil « psychiatrie » est déposé sur la table de nuit des patients, à leur arrivée.

Recommandation

Le livret d'accueil propre aux patients admis en psychiatrie, qui semble le seul distribué, doit être complété pour faire état des droits appartenant à tous les patients. Il convient également que la situation des patients admis en soins contraints et de leurs droits, y soit évoquée.

3.2.3 Les autres documents informatifs

Ces documents sont de deux ordres : certains sont remis lors de l'entretien d'accueil, d'autres sont affichés dans les chambres ou sur des panneaux.

Lors de l'entretien d'accueil, les soignants remettent théoriquement au patient, quel que soit son mode d'admission :

- la **charte de la personne hospitalisée** ;
- le règlement de fonctionnement propre à l'unité.

Le règlement de fonctionnement comporte des éléments concernant :

- le type de patients admis dans l'unité (ex, pour l'USIP « *l'unité accueille en priorité les patients nécessitant une surveillance et des soins constants, souffrant de troubles psychiatriques aigus* ») ;
- la composition de l'équipe (avec mention nominative du médecin responsable et du cadre infirmier) ;

- les modalités de soins et leurs objectifs ;
- les conditions d'hospitalisation (visites, sorties, tabac, téléphone, courrier, accès à la télévision, repas...).

On notera que le règlement de fonctionnement mentionne, à propos des patients admis sans consentement, que la décision d'admission peut être contestée « auprès du juge des libertés ou du procureur de la République² » alors que, selon les termes de l'article L3216-1 du code de la santé publique, la contestation relève du seul juge judiciaire.

Dans les unités 1 et 2, à l'intérieur de la porte de la chambre des patients ou sur un panneau sont affichés des documents concernant :

- les directives anticipées et la personne de confiance (avec brève définition de son rôle et invitation à s'adresser au cadre de santé pour toute information complémentaire) ;
- l'accès au dossier médical (avec indications de modalités de demande et de réception qui, de fait, sont peu accessibles au patient hospitalisé : auprès de la cellule de réclamation des dossiers patients, au bâtiment modulaire – en pratique, au bâtiment administratif du CHU, situé à quelques centaines de mètres du centre Esquirol), par téléphone, avec envoi par courrier ou à l'adresse postale du patient, par courrier ;
- les réclamations (par écrit, avec mention de l'adresse de la direction de la qualité et des médiateurs) ;
- la commission des usagers (composition de la commission est indiquée ; la saisine s'effectue par courrier adressé à la direction) ;
- l'accès aux cultes (avec les noms et coordonnées des représentants de confessions catholique, israélite, musulman, orthodoxe et protestant) ;
- la charte de la personne hospitalisée ;
- la charte de l'utilisateur en santé mentale ;
- la charte de la laïcité ;
- les coordonnées de l'UNAFAM et d'associations d'aide aux patients ;
- les délégations de signature.

A l'exception de la délégation de signature et du nom des médecins de l'unité, ces documents n'étaient pas affichés à l'USI.

La plupart des patients rencontrés à l'UH1 et l'UH2 ont dit n'avoir pas lu ces documents.

Recommandation

On peut s'étonner que le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie ne reprenne pas les informations relatives aux droits dont bénéficient tous les patients, qu'ils soient admis en soins somatiques ou psychiatriques ; il n'est pas certain que la modalité d'information choisie – affichage – soit adaptée à tous les patients. Il conviendrait d'engager une réflexion sur les modalités les plus efficaces d'information du patient. Il convient par ailleurs de rectifier les dispositions erronées contenues dans le règlement de fonctionnement (qui indique que le

² L'article L3211-12 du code de la santé publique donne au procureur de la République le pouvoir de saisir le JLD, ce qui est différent du pouvoir de statuer sur une contestation.

recours contre une décision d'admission peut être formé devant le procureur de la République).

Le directeur général du CHU a mentionné dans son courrier en réponse, que lors de la prochaine commission des usagers seraient abordés les sujets relatifs d'une part aux libellés des documents d'information donnés aux patients (livret d'accueil, règlement intérieur...) d'autre part à une meilleure connaissance et donc au respect des droits des patients hospitalisés en soins sans consentement.

3.2.4 Les informations propres aux patients en soins contraints

Les informations prévues par l'article L3211-3 al 7 et suivants du code de la santé publique sont mentionnées dans un formulaire intitulé **imprimé de notification des décisions d'admission**. Le document reprend l'ensemble des droits prévus par l'alinéa susvisé (communiquer avec les autorités, saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers, saisir le CGLPL, prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, émettre et recevoir des courriers, consulter le règlement intérieur, voter, se livrer à des activités religieuses ou philosophiques).

On relèvera toutefois à ce sujet :

- qu'il n'est pas fait mention du rôle ni des adresses des diverses autorités susceptibles d'être saisies ;
- qu'aucune précision complémentaire ne vient aider le patient qui souhaite contacter la CDSP ou consulter un médecin ou un avocat.

Le document ne fait pas état de l'obligation, pour l'établissement, d'informer le patient des projets de décisions et de recueillir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge (Cf. art L3211-3 al 2).

En revanche, l'imprimé de notification fait opportunément référence à des droits du patient qui ne sont pas visés par l'article sus cité :

- saisine du JLD (sans précision, toutefois, de son rôle) ;
- accès au dossier médical (sans mention des modalités de la demande) ;
- bénéfice d'autorisations de sortie n'excédant pas douze heures, dans les conditions prévues à l'article L3211-11-1 du CSP, si l'état du patient le permet.

Selon les informations recueillies auprès des soignants, le document est remis par la personne disponible – le plus souvent cadre de santé ou infirmier. Le formulaire de notification n'est pas lu (« on lui dit de le lire ») mais la remise des documents – certificat médical, décision d'admission et formulaire de notification – s'accompagne d'explications : « on leur dit qu'ils ne peuvent pas sortir sans avis médical, qu'ils peuvent contester et que signer ne signifie pas être d'accord » ; « on leur explique ce que signifie le soin sous contrainte, on leur dit qu'ils ont des droits, qu'ils verront un juge ».

Les médecins rencontrés disent informer de leur côté les patients sur leur situation juridique et leurs droits : « on explique que c'est une privation de liberté et que c'est réglementé ; on évoque les certificats médicaux, l'intervention du JLD, les conditions d'une levée ».

Les contrôleurs se sont entretenus avec plusieurs patients ; la quasi-totalité a dit n'avoir pas lu le formulaire de notification, ou l'avoir « parcouru vaguement ». Aucun patient n'a évoqué des explications données d'emblée par le soignant sur leurs droits. La quasi-totalité des patients

entendus avait compris qu'une possibilité de contester la décision d'admission était offerte, sans plus de précision (« je l'ai su parce qu'un autre a dit qu'il voulait faire appel ; l'infirmière a dit "c'est possible" »). Aucun des patients entendus n'avait connaissance de la CDSP, du CGLPL, de la commission des usagers. Invités à s'exprimer à ce sujet, plusieurs soignants ont admis n'en savoir guère davantage sur ces institutions.

Certains soignants ont évoqué un **autre document informatif**, remis au patient à l'admission. **Intitulé « vous être soigné sous contrainte »**, ce document renseigne sur :

- les autorités à l'origine des décisions de soins contraints ;
- la nécessité de certificats médicaux avant de décider de leur maintien ;
- l'information du patient et la prise en compte de son avis, quand son état le permet ;
- les évolutions possibles (sorties de courte durée, programme de soins, levée) ;
- l'intervention du JLD ;
- les recours et modalités de contestation.

Ce formulaire, plus complet que le précédent, n'a pas été mis à jour depuis la loi du 27 septembre 2013 et comporte quelques mentions erronées, quant au délai d'intervention du JLD notamment. Sa remise ne semble pas le fait de tous les soignants.

Recommandation

Il y a lieu de compléter le formulaire de notification qui informe le patient en soins contraints de ses droits, d'une part, en y ajoutant l'obligation faite à l'établissement d'informer le patient des projets de décisions et de recueillir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, d'autre part en apportant les précisions nécessaires à la mise en œuvre des droits (notamment rôle et adresse des autorités susceptibles d'être saisies). Il est impératif de dispenser une formation au personnel, afin qu'il fournisse au patient une information complète et fiable.

3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE SE FAIT PAR LES SORTIES DE COURTE DUREE

3.3.1 Les sorties de courte durée

Il a été indiqué aux contrôleurs que les autorisations de sorties de courtes durées sont dans 70 % des cas sollicitées par les patients eux-mêmes afin d'effectuer des démarches administratives et de nature à favoriser leur réinsertion. Il n'est cependant pas rare que l'équipe médicale sollicite également leur mise en place, en particulier pour des patients qu'ils estiment trop passifs.

En tout état de cause, ces sorties dont la progressivité est très encadrée, offrent aux équipes médicales une précieuse occasion de procéder à une évaluation clinique de leurs patients. Elles permettent en particulier de mesurer la capacité d'adaptation de ces derniers ainsi que leur degré d'autonomie dans la perspective éventuelle d'un passage en programme de soins.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le service n'avait jamais été confronté à une opposition du préfet.

a) *Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures*

Les premières sorties autorisées sont nécessairement accompagnées. Leur durée augmente progressivement dans la limite des 12 heures prévues par la loi. Des sorties d'une demi-journée ou d'une journée peuvent être mises en place de manière itérative.

La personne est dans les premiers temps accompagnée d'un membre du personnel soignant. Tel est également ultérieurement le cas lorsque le patient n'a pas de famille à proximité de l'hôpital ou que sa famille n'est pas en capacité de l'aider.

A moins que la mise en présence, à l'hôpital, du patient et des proches susceptibles de l'accompagner pose difficulté – culpabilité du tiers à l'origine de la demande d'hospitalisation par exemple – l'équipe médicale rencontre, en présence du patient, les proches qui ont vocation à accompagner celui-ci lors de ses sorties.

Cette rencontre permet à l'équipe médicale d'évaluer la relation entre le patient et l'accompagnateur et la capacité de ce dernier à effectuer l'accompagnement. Elle est aussi l'occasion d'aider le proche à mieux appréhender les éventuelles difficultés et à y faire face.

Ces autorisations de sorties inférieures à 12 heures sont matérialisées par des décisions du directeur général de l'établissement au vu d'un certificat médical. Le mode d'hospitalisation du patient est spécifié. La décision précise la date, la durée ainsi que le motif de la sortie. Il est également indiqué la catégorie à laquelle appartient la personne accompagnante : membres du personnel, membres de la famille du patient, personne de confiance ou autre. L'autorisation est établie en deux originaux dont l'un est remis au patient tandis que l'autre est conservé dans son dossier. Il n'a pas été fourni d'autorisation écrite émanant du préfet.

b) *Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures*

Si les sorties accompagnées se passent bien, des sorties de 48 heures non accompagnées peuvent ensuite être autorisées. La contrainte est ainsi progressivement réduite.

Ces autorisations de sorties se matérialisent par le même type de décision que précédemment décrite.

3.3.2 Le passage en programme de soins

Lorsque l'état du patient permet un passage en programme de soins, le médecin en détermine le contenu après échange avec le malade. Un traitement est déterminé, doublé d'un suivi médical, infirmier, social. Le patient rencontre son psychiatre environ une fois par mois afin d'évaluer la bonne tolérance, l'efficacité et le suivi du traitement.

Si un retour à domicile n'est pas possible ou pas souhaitable, le patient peut être orienté vers une structure³ offrant des logements qui favorisent l'autonomie tout en apportant un étayage médico-social par les visites hebdomadaires de psychiatres et d'assistantes sociales.

En cas de besoin, et notamment pour des traitements spécifiques (sismothérapie), une hospitalisation de courte durée peut être préconisée, souvent en accord avec le patient.

La plupart du temps cependant, les patients ne sont pas à l'origine de leur ré hospitalisation. Il n'est pas rare en effet qu'ils interrompent leur traitement, ne se présentent plus à la consultation et présentent finalement un état qui justifie une mesure de réintégration en hospitalisation complète ; celle-ci s'exécute parfois à l'aide des pompiers voire des forces de l'ordre. La

³ Que les médecins estiment en nombre très insuffisants.

réintégration ne fait pas obstacle au prononcé d'un nouveau programme de soins, lorsque l'état du patient le permet.

La mise en place d'un programme de soins se matérialise par une décision du préfet ou du directeur général de l'établissement au vu d'un certificat médical circonstancié. Le patient, qui reçoit copie de la décision, est informé par le médecin des modalités selon lesquelles il pourra en demander mainlevée.

3.3.3 La levée de la mesure et l'intervention du collège

La levée de la mesure est, la plupart du temps, prise à la demande du psychiatre après que le bon déroulement d'un programme de soins a pu être constaté sur une période de temps significative. Selon les renseignements recueillis, le préfet ne s'oppose pas aux levées proposées.

Lorsque la réunion du collège est prévue par la loi, le patient est effectivement reçu. L'entretien avec le patient est mené par le psychiatre ne participant pas à sa prise en charge afin d'éviter que l'évaluation du collège ne soit biaisée par son psychiatre référent.

Si ce psychiatre « extérieur » est désigné parmi les psychiatres appartenant à la même unité, il est pris soin qu'il n'ait pas eu à le prendre directement en charge. Il arrive en revanche qu'il ait participé à des actes ponctuels, comme une sismothérapie.

Selon les praticiens rencontrés, le collège est l'occasion d'un échange intéressant sur la pertinence de la prise en charge du patient.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EFFECTUE DANS DE BONNES CONDITIONS MAIS LE ROLE DU JUGE ET CELUI DE L'AVOCAT POURRAIT ETRE EXPLICITE

3.4.1 Le cadre général

Au moment du contrôle, une convention était en cours d'élaboration entre le tribunal de grande instance de Caen, l'agence régionale de santé de Normandie et les établissements hospitaliers du département : CH de Vire et de Bayeux, CHU et établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen. Elle prévoit la tenue de deux audiences hebdomadaires (le mardi et le jeudi), à l'EPSM, pour l'ensemble des patients de ces quatre établissements.

La convention liste les pièces exigées par le juge, parmi lesquelles l'accord du patient pour comparaître, la notification de la décision d'admission et de maintien et l'avis d'audience signé du patient. La convention met à la charge des établissements le soin d'informer le juge lorsque « *le patient ne parle pas couramment le français* » ; dans ce cas, le juge indique requérir un interprète inscrit. Selon la convention, il revient également aux établissements d'informer l'entourage des patients de la tenue d'une audience, dès l'admission et par écrit.

Au-delà de la convention, JLD et services administratifs et médicaux entretiennent des contacts fréquents. Pour prévenir toute difficulté relative à sa saisine, le JLD exige d'être informé des arrivées ; il n'hésite pas à aviser les services de ce qu'il estime constituer des difficultés, notamment l'insuffisance de motivation des certificats médicaux. A l'inverse, les services disposent du numéro de portable du magistrat et disent l'appeler aisément en cas de difficulté.

3.4.2 La requête et l'information du patient, du tiers et des proches

Ainsi qu'il a été dit plus haut (Cf. 3.1.2), l'imprimé remis au patient à l'occasion de la notification de la décision d'admission mentionne la possibilité de « *saisir le juge des libertés et de la détention* ». Cette information n'est assortie d'aucune explication quant au rôle du magistrat ;

elle n'évoque pas non plus l'intervention systématique du juge avant l'expiration du douzième jour.

Un autre formulaire a été conçu, destiné à recueillir l'avis du patient sur trois points :

- son audition par le JLD;
- la publicité de l'audience ;
- la possibilité de choisir un avocat ou de bénéficier d'un avocat commis d'office.

Un paragraphe figurant en tête du formulaire est supposé expliquer au patient le rôle du juge et les modalités de l'audience. Il débute par ces termes : « *le code de la santé publique attribue compétence au juge des libertés et de la détention (JLD) pour être saisi, aux fins d'ordonner la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques. Le JLD peut également se saisir d'office, à tout moment. La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge, ajoute une saisine systématique du JLD, pour la prolongation des soins psychiatriques sans consentement en cas de prise en charge en hospitalisation complète...* ».

Aucun des patients entendus par les contrôleurs n'avait lu la formule dans sa totalité. L'auraient-ils fait qu'ils n'auraient pu y apprendre que le juge intervient systématiquement avant le douzième jour de leur hospitalisation, vérifie que leurs droits ont été respectés et se prononce sur le maintien à l'hôpital.

On peut pareillement douter que la suite du paragraphe – « *le JLD, après débat contradictoire, statue publiquement* » – suffise à éclairer le patient quant à son droit de s'exprimer personnellement et en toute liberté devant le juge.

En pratique, le formulaire est proposé à la signature du patient en même temps qu'est recueilli l'avis motivé du sixième jour. Le médecin ou le soignant qui recueille la signature du patient et son choix quant aux trois questions évoquées plus haut présente succinctement le rôle du JLD ; selon les renseignements recueillis, cette présentation complète opportunément les lacunes des formulaires.

En pratique, il est rare qu'un patient choisisse un avocat. La liste des avocats du barreau de Caen n'est pas affichée ; grâce à internet, les soignants disent être en capacité de la remettre au patient qui le demande (« *ça s'est déjà fait* »).

La requête est préparée par le secrétariat et signée du directeur adjoint, quel que soit le mode d'hospitalisation⁴ ; en pratique, celle qui vise les patients en ASDRE est adressée à l'ARS, qui en élabore une autre, soumise à la signature du préfet.

La requête de l'hôpital n'est pas motivée et n'est assortie d'aucune demande spécifique autre que « *statuer sur la mesure d'hospitalisation complète* ». Elle est accompagnée des certificats médicaux et avis prévus par la loi, du formulaire de notification et, le cas échéant, des coordonnées du tiers et de celles du tuteur ou du curateur ; ce dernier est parallèlement avisé par l'établissement de la participation du patient à l'audience.

⁴ Le formulaire type qui sert de support à la requête prévoit en effet les deux situations, l'une visant l'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'autre, l'admission sur décision du représentant de l'Etat.

Bonne pratique

L'établissement de santé avise le tuteur ou le curateur de la date de l'audience ce qui, en principe, devrait favoriser sa présence.

En revanche, et contrairement aux prévisions de la convention, les contrôleurs n'ont pas eu connaissance d'un document avisant les proches.

La transmission des pièces au TGI s'opère par voie dématérialisée ; les données sont cryptées.

La veille de l'audience, le greffe du JLD faxe les pièces au procureur de la République et aux avocats de permanence.

Recommandation

Il convient de concevoir un document présentant de façon simple et complète le rôle du juge des libertés et de la détention et informant le patient de ses droits dans le cadre de cette instance.

3.4.3 La défense

Une vingtaine d'avocats volontaires et très investis contribue à la défense des patients admis en soins contraints. Le barreau, comme le juge, se dit satisfait de l'organisation de l'audience qui fait intervenir deux avocats, leur permettant ainsi de rencontrer alternativement les patients sans augmenter la durée de l'audience. Deux salles confortables et en excellent état permettent d'effectuer des entretiens en toute confidentialité.

Selon les renseignements recueillis, les avocats abordent ce contentieux avec mesure compte-tenu des enjeux et certains hésitent à soulever des nullités de procédure lorsque l'état du patient nécessite à l'évidence le maintien de l'hospitalisation complète.

De leurs rencontres avec les patients, certains avocats déduisent que les conditions d'hospitalisation à Esquirol semblent plus difficiles à supporter que dans les autres hôpitaux du département : les patients, notamment ceux de l'USI, se plaignent régulièrement auprès d'eux de ne pouvoir ni fumer ni sortir et de faire face à une équipe peu réceptive à leurs doléances sur ce point.

Quelques tentatives ont eu lieu pour rencontrer, au centre Esquirol, les patients devant être représentés. Selon certains avocats, le dialogue avocat-soignant s'est avéré difficile ; il serait arrivé qu'un avocat se voie refuser l'accès direct à son client, sans explications. Le juge a ordonné la comparution personnelle du patient et chacun aurait pu mesurer, à cette occasion, que le refus était justifié, tout en regrettant que les motifs n'aient pas été clairement exprimés plus tôt. Au barreau, ce malentendu laisse planer l'hypothèse selon laquelle les médecins résistent à rendre compte de l'état d'un patient. Parallèlement, les avocats se disent conscients de l'alourdissement de la tâche des psychiatres, engendrée par la loi du 5 juillet 2011.

Recommandation

Il y a lieu de mettre à disposition des patients la liste des avocats du barreau local et de faciliter les rencontres entre l'avocat et le patient. Une rencontre entre le personnel hospitalier et les avocats intervenant dans le cadre des procédures de soins sans

consentement permettrait des échanges sur les missions et les contraintes respectives et serait de nature à dissiper les malentendus.

3.4.4 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à une audience concernant un patient (extérieur au CHU) puis s'entretenir avec le JLD. Le procureur de la République émet un avis écrit mais n'est pas présent. Les locaux annexes du TGI sont signalés depuis l'entrée de l'EPSM. Les patients sont accueillis par un adjoint des cadres administratifs de l'EPSM dans un hall avenant et confortablement meublé, faisant office de salle d'attente. Une petite cuisine attenante permet de préparer café ou rafraîchissements ; deux salles servent aux entretiens avec les avocats ; les locaux disposent également de sanitaires. L'ensemble est en excellent état.

La salle d'audience est spacieuse et lumineuse. De larges baies vitrées, dépourvues de rideaux, donnent sur un carré de verdure et, quelque quinze mètres au-delà, sur deux immeubles d'habitation. La salle est équipée d'un ordinateur et d'une imprimante ; des tables formant bureau sont réservées au juge et au greffier ; le patient et son avocat sont installés face au juge, à une distance permettant un dialogue aisé. Derrière eux, une cinquantaine de chaises peuvent accueillir le public, très rare et limité à la famille.

Au jour du contrôle, seuls assistaient à l'audience un soignant accompagnant – resté silencieux – et un aide-soignant affecté à l'équipe de sécurité de l'EPSM ; ce dernier est systématiquement présent ; il porte une blouse blanche assortie de la mention « sécurité » ; il dialogue avec les patients avant l'audience et pendant les délibérés.

Les contrôleurs ont pu observer que le juge présentait clairement son rôle au patient et qu'un échange s'établissait ensuite aisément à partir des éléments du dossier.

3.4.5 Les décisions

Le juge estime que son pouvoir d'appréciation est limité, d'une part, par le délai de 12 jours, estimé trop court pour permettre une réelle amélioration de l'état du patient et un dialogue constructif, d'autre part, par l'absence d'éléments sociaux. Il observe que les médecins eux-mêmes semblent disposer de peu d'éléments sur les circonstances exactes ayant conduit à l'hospitalisation et, de surcroît, résistent à écrire à l'autorité judiciaire. L'ensemble rend difficile l'appréciation de la part dans les troubles du conflit familial ou des difficultés d'ordre social ; l'audience est utilisée pour combler ce déficit d'information.

Le magistrat observe aussi qu'un nombre non négligeable de patients (tous établissements confondus) sollicite la mainlevée pour des motifs tenant aux conditions de l'hospitalisation (port du pyjama, lourdeur du traitement, impossibilité de fumer...) ; il refuse d'ordonner une expertise pour ce motif, estimant qu'il appartient au médecin de définir les conditions de l'hospitalisation.

Enfin, le magistrat s'interroge sur le nombre de patients dont l'audition est empêchée par un motif d'ordre médical ; ceux-ci sont estimés plus nombreux dans les autres hôpitaux qu'à l'EPSM. Selon les chiffres transmis par le CHU, la proportion de patients non présents à l'audience est la suivante :

En 2015 : soixante-dix-neuf patients ont été convoqués, cinquante-six se sont présentés ;

Lors du 1^{er} trimestre 2016, dix-neuf patients ont été convoqués, dix se sont effectivement présentés à l'audience.

Le chiffre ne permet pas de distinguer pas les refus du patient de comparaître et les certificats médicaux disant que le patient n'était pas en état d'être entendu.

Au jour du contrôle, et selon une pratique décrite comme habituelle⁵, le juge a rendu sa décision après un bref délibéré et l'a notifiée au patient. Estimant que le dernier certificat médical évoquait davantage une précarité sociale qu'un trouble mental, il a ordonné une mainlevée sous 24 heures⁶. Le magistrat a pris soin d'expliquer au patient que le médecin avait voulu le protéger, que la loi ne lui permettait pas de maintenir une hospitalisation dans ces conditions mais que, s'il le souhaitait, le patient pouvait choisir de rester librement hospitalisé.

Le magistrat a également informé le patient de la possibilité d'un appel suspensif du parquet.

Pour l'ensemble des établissements du département, le nombre de décisions est passé de 512 en 2012 à 631 en 2015. La part de mainlevées est estimée « entre 3 et 5 % tous établissements confondus ». Au CHU, il a été noté une mainlevée en 2015 (pour soixante-dix-neuf décisions) et aucune pour le premier trimestre 2016 (pour dix-neuf décisions). Les appels sont qualifiés de « rares » par le magistrat, qui indique que la cour n'a infirmé aucune des décisions de maintien.

Recommandation

Il convient de s'interroger sur la proportion de patients qui ne comparaissent pas à l'audience.

⁵ Mais qui n'est pas la pratique prévue par la convention ; celle-ci préconise en effet que le juge énonce la décision mais que la notification soit faite par l'établissement, afin de permettre aux soignants de prendre connaissance du contenu et de l'évoquer avec le patient.

⁶ Il convient de rappeler qu'il ne s'agissait pas d'un patient du CHU.

4. L'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 PROTECTION DES DROITS SOCIAUX ET PROTECTION JURIDIQUE : DES DELAIS QUI ONT DES REPERCUSSIONS SUR LA DUREE D'HOSPITALISATION

Le pôle psychiatrie compte 2,4 ETP d'assistante sociale.

Les patients sont informés du passage de l'assistante sociale au sein des unités par voie d'affichage ainsi que par l'équipe soignante qui n'hésite pas à la faire intervenir.

Lors d'une première présentation, l'assistante sociale s'assure prioritairement de la couverture sociale du patient. En fonction de ses demandes, elle lui apporte des réponses concrètes dans des domaines variés : droits sociaux, allocation adulte handicapé, logement etc. Le cas échéant, elle sollicite une auxiliaire de vie ou toute autre forme de soutien susceptible de favoriser la sortie. L'assistante sociale est peu sollicitée en matière d'aide juridictionnelle.

En raison des interactions entre la situation sociale d'une personne et son état de santé, l'assistante sociale assiste à la réunion hebdomadaire de l'équipe.

Lorsque le besoin s'en fait sentir, l'équipe sollicite une mesure de protection juridique. Une fois la mesure prise, un travail se met en place en lien avec le mandataire. Selon les renseignements recueillis, les mandataires rencontrent effectivement les patients dont ils ont la charge, au sein du service, dans un bureau. Pour les prises en charge aux longs cours, ces rendez-vous ont lieu environ tous les quatre mois. L'équipe dit ne pas hésiter à alerter le service, voire le juge, en cas de défaillance du mandataire, ce qui, en pratique, serait très rare.

Les délais de procédure apparaissent comme une problématique récurrente : délai pour faire valoir ses droits (ex : délai d'un an et demi pour la mise en place de l'allocation adulte handicapé), délai d'instruction de la demande de mise sous protection juridique, délai pour trouver des places dans les structures et, plus largement, manque de places dans les institutions médico-sociales. Ces difficultés ont des répercussions sur les durées d'hospitalisation des patients qui, pour la plupart, viennent de la région et ne souhaitent donc pas s'en éloigner.

4.2 L'INVENTAIRE ET LA CONSERVATION DES BIENS N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Un inventaire des biens des patients est réalisé à l'admission et signé par le patient et un soignant ou, en l'absence du patient, par deux soignants. Les patients doivent se défaire de leurs ceintures et autres objets de type lacets et cordons, de leurs médicaments, de leurs téléphones portables si la prescription médicale impose cette remise, et de tout objet contondant.

Ces objets sont placés dans un casier individuel (mais non fermé à clef) situé dans le bureau des infirmiers.

Les patients ont chacun, dans leur chambre, un placard qui ferme à clef. Les patients y conservent généralement un peu d'argent. La clef est conservée par l'équipe médicale.

Les biens de valeur sont remis à la régie des recettes. Située dans le bâtiment administratif et ouverte à des horaires restreints, la régie n'est pas aisément accessible aux patients du centre Esquirol qui, cependant, ne s'en sont pas plaints.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST RAREMENT DEMANDE

Le droit d'accès au dossier médical fait l'objet d'une rubrique dans le livret d'accueil de l'établissement, dont il n'est pas démontré qu'il est toujours remis.

Une note d'information à ce sujet est toutefois affichée sur la porte des chambres des patients, précisant les modalités de demande.

L'équipe soignante se dit prête à fournir toutes explications au patient qui souhaiterait obtenir son dossier ; en pratique, les demandes seraient très rares.

4.4 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION EN EQUIPE

La sexualité ne fait manifestement pas l'objet d'une analyse en équipe : si certains soignants estiment devoir interdire toute manifestation publique d'un rapprochement de cette nature, au nom de la protection des patients (« on leur explique qu'ils sont là pour une prise en charge de leurs difficultés psychiatriques »), d'autres tiennent des propos plus nuancés, estimant ne pas avoir à l'empêcher, mais devoir simplement fournir des informations. Il arrive que soit proposée une contraception par implants.

Les soignants se disent tous soucieux de protéger les patients vulnérables.

La sexualité des patients avec des personnes extérieures à l'établissement s'exerce exclusivement dans le cadre des permissions de sortie.

Recommandation

Il paraît opportun d'engager une réflexion institutionnelle à propos de la sexualité des patients.

4.5 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE

Le droit de vote est valorisé par l'équipe soignante qui considère qu'il permet au patient de demeurer citoyen en participant à la vie publique.

Le patient exerce son droit de vote dans le cadre de permissions de sortie ou par procuration. Aux dires des soignants, le cas est fréquent.

4.6 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT PEU ORGANISEES

Au nombre des droits du patient affichés sur la porte de leur chambre figure celui de « pouvoir exercer leur culte ». Il est indiqué au patient que des ministres de différentes confessions ou cultes peuvent leur rendre visite sur demande. Sont précisées les coordonnées des ministres des confessions catholique, orthodoxe, israélite, protestante et musulmane.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un aumônier et trois imams passaient régulièrement au centre Esquirol. Il n'existe pas de lieu dédié aux activités religieuses et philosophiques. Les équipes soignantes peuvent accompagner des patients à la messe qui se tient au sein du bâtiment principal du centre hospitalier universitaire ou les emmener à la synagogue à Caen ou à la mosquée à Hérouville. Les permissions de sortie accordées à ce titre sont rares.

Les équipes soignantes veillent à ce qu'un patient n'impose pas sa religion aux autres. L'usage d'un tapis de prière au sein d'une chambre double est, par exemple, interdit. Tout acte de prosélytisme est proscrit, afin de protéger les personnes vulnérables.

4.7 LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS SON ROLE N'EST PAS EXPLICITE

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'information relative à la personne de confiance figure dans le livret d'accueil de l'établissement et, à l'exception de l'USI, fait l'objet d'un affichage derrière la porte des chambres. Son rôle est expliqué de façon claire.

Les soignants indiquent que la question est expressément posée lors de l'entretien d'accueil ; la réponse est enregistrée sur un formulaire papier signé du patient et reportée au dossier informatique (la question de la personne à prévenir en cas de difficulté est pareillement posée à ce moment).

Au jour de recueil des informations, trente-quatre patients, sur quarante-six hospitalisés en USI, UH1 et UH2, avaient effectivement procédé à une telle désignation. Cette proportion, relativement importante, tranche avec les déclarations des patients entendus par les contrôleurs dont la plupart a déclaré n'avoir pas retenu cette information et ignorait le rôle précis de la personne de confiance.

Les soignants évoquent des pratiques consistant à rencontrer aisément les personnes qui, à un titre ou un autre, tiennent une place importante dans la vie du patient ; la personne de confiance est l'une d'elles.

Recommandation

Au-delà du formalisme qui conduit à recueillir effectivement le nom d'une personne de confiance, il est nécessaire de s'assurer que les patients reçoivent une information complète et perçoivent correctement son rôle.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LA VIE COURANTE EST CENTREE SUR LES BESOINS DU PATIENT MAIS LA QUESTION DU TABAC N'EST PAS RESOLUE

5.1.1 La restauration

Le centre Esquirol est fourni en repas par la cuisine centrale du CHU de Caen, elle-même approvisionnée dans le cadre d'un contrat d'externalisation passé avec une entreprise distante de 10 km.

Les commandes sont faites chaque jour pour le lendemain. Un repas supplémentaire est prévu, pour faire face à une arrivée d'urgence. Deux menus sont offerts, l'un normal, l'autre « mouliné ». Il est possible d'obtenir des dérogations en cas d'aversion caractérisées.

Les patients prennent leur repas dans une salle collective de chacune des unités de soins « standard », en présence d'au moins deux soignants. Ces salles sont largement éclairées, bien décorées et l'ambiance y paraît conviviale. Chaque patient y a sa place habituelle, que sauf difficulté, il choisit librement ; pour beaucoup d'entre eux le repas est une occasion d'échanges. Les soignants se montrent attentifs à ce moment clé de la journée.

A l'unité de soins intensifs, le principe est de prendre ses repas en chambre individuelle ; il est toutefois difficile de savoir dans quelle mesure le principe résulte du statut particulier des patients, ou de l'étroitesse des locaux – de fait, il n'y a pas de salle à manger – voire de la force de l'habitude. Les contrôleurs ont en effet constaté qu'un refus avait été opposé à des patients qui souhaitaient prendre leur repas en commun alors que deux d'entre eux n'étaient à l'USI que faute de place dans d'autres unités et qu'ils venaient de passer un moment ensemble dans la salle de télévision sans difficulté apparente.

Aucune critique n'a été émise par les patients quant à la qualité ou la quantité de la nourriture.

5.1.2 L'hygiène

Les locaux du centre sont nettoyés par une équipe de salariés du CHU. Leur tâche ne se borne pas à assurer l'entretien mais offre une opportunité de surveillance et d'observation des patients. Les locaux sont apparus aux contrôleurs dans un excellent état d'entretien.

Le linge collectif est entretenu par une société extérieure. Un constat rapide a permis de vérifier une situation très correcte des draps et couvertures mises à la disposition des patients.

Le linge individuel est confié par beaucoup de patients à leur famille mais une buanderie est accessible aux patients, qui peuvent y laver leur linge avec l'accompagnement d'un soignant.

5.1.3 La sécurité

Le bâtiment Esquirol, occupé en grande partie par le service psychiatrique, est entouré à l'Est d'un parc fermé par une clôture métallique et une haie qui interdit la vue à partir de l'avenue du général Harris et à l'Ouest par un parking ouvert sur la circulation et fermé la nuit (à partir de 20h) par un large portail roulant.

Le parc est légèrement vallonné, animé de bancs et de structures rocailleuses. On y trouve, sous la forme d'une épaisse colonne de pierres la borne de l'ancien octroi qui marque la frontière entre les communes de Caen et celle d'Hérouville-Saint-Clair. La promenade y est facile ; on y rencontre des familles d'écureuils. A la belle saison le parc est très fréquenté par les patients.

L'accès au bâtiment se fait par une double porte qui s'ouvre automatiquement. Une seconde porte côté parc permet une libre circulation et en particulier l'accès à un petit abri réservé aux fumeurs. La nuit, ces accès sont fermés et leur ouverture (pour entrer et sortir) est autorisée depuis l'un des bureaux de soignants.

Six caméras permettent de surveiller en temps réel ces entrées : quatre donnent sur le hall et la porte principale, deux sur le grand portail par lequel les piétons accèdent à l'établissement et les véhicules au parking. Elles facilitent pour l'essentiel la surveillance des entrées et sorties de l'établissement. La porte principale et la porte donnant sur le parc sont habituellement ouvertes de 8h à 20h. Au-delà, l'autorisation d'accès par l'entrée principale doit être donnée par l'un des bureaux de soignants.

Lors du contrôle, la situation « VIGIPIRATE » a pour effet que la porte d'entrée n'est accessible que par un code (pour le personnel) ou après en avoir fait la demande auprès des bureaux des soignants ou du bureau d'accueil qui d'ailleurs ne dispose pas d'une visibilité très aisée sur l'entrée. Enfin, en cette période, la porte sur le parc est fermée.

Au total, en fonctionnement normal, l'établissement est très largement ouvert pour les malades comme pour les visiteurs. Le système de surveillance est léger, peu contraignant⁷, mais cette situation est cohérente avec la démarche thérapeutique.

Le principal moyen d'alarme est un boîtier DATI que porte chaque soignant. A partir de ce boîtier peut être déclenchée une sonnerie sur les autres boîtiers portés ou en recharge notamment s'il est arraché. Cette alerte ne semble pas reportée sur un poste fixe.

5.1.4 Les transports

Le centre dispose d'un minibus permettant de transporter sept à neuf personnes ; il est utilisé pour les sorties des malades sous la conduite d'un soignant avec, souvent, un accompagnateur. Le remplacement de ce minibus semble poser un problème administratif alors que son utilité est grande pour faciliter les activités extérieures qui entrent dans le projet thérapeutique.

Deux autres véhicules de service sont à la disposition du personnel pour effectuer des visites au domicile des patients ou faciliter les déplacements de ces derniers.

5.1.5 L'accès au tabac

Le bâtiment ne dispose d'aucun espace pour les fumeurs et ceux-ci doivent se rendre dans le parc, où une zone particulière leur est réservée.

A l'exception des patients de l'USI – où l'interdiction est totale – l'accès au tabac dépend du contrat de soins : certains patients sont autorisés à gérer seuls leur consommation, d'autres doivent passer par les soignants pour accéder à leurs cigarettes, d'autres enfin ne peuvent se rendre dans le parc qu'accompagnés d'un soignant et, de ce fait, sont soumis à leur disponibilité.

Une attention particulière est portée aux patients que des affections somatiques rendent particulièrement sensibles à l'usage du tabac. Des substituts nicotiques peuvent être délivrés. Un accompagnement au sevrage est proposé.

L'USI a connu une période d'autorisation qui, compte-tenu du profil des patients, obligeait les soignants à quasi systématiquement accompagner les fumeurs dans le parc. L'unité est désormais dans une pratique d'interdiction systématique de l'usage du tabac. Ce choix a été

⁷ Un malade interdit de sortie peut sans difficulté s'enfuir par exemple, par la porte du parc.

présenté comme une mesure d'allègement des charges pour le personnel mais surtout, selon le médecin responsable, un élément intégré dans la politique des soins : l'arrêt du tabac est considéré une « victoire » psychologique supplémentaire dans un processus thérapeutique. Ce point de vue ne semble pas faire l'unanimité y compris chez les soignants.

Cette position d'interdiction totale est par ailleurs complexe à tenir en pratique compte tenu des mouvements assez fréquents entre les différentes unités, qui entraînent un changement de régime pour les malades, changements d'autant plus difficiles à vivre que certains patients peuvent être en USI pour de simples raisons de disponibilité des locaux. Le sujet est sensible et parfois mal vécu par les malades qui parlent d'une « double peine » ; la situation crée des incompréhensions et génère des inégalités de traitement.

Recommandation

La question de la gestion du tabac mériterait une réflexion transversale.

5.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES HORMIS L'ACCES A L'INFORMATIQUE ET A INTERNET

5.2.1 Le téléphone

Dans l'UH1, les patients peuvent conserver leur téléphone portable en journée à l'exclusion des cordons de chargement. Ils sont nécessairement remis à l'infirmière pour la nuit.

Dans l'UH2, la détention permanente du téléphone portable n'est pas autorisée mais les patients peuvent y accéder facilement en cas de besoin. Les contrôleurs ont constaté une bonne disponibilité des soignants pour répondre à ce type de demande. Plusieurs raisons ont été données à cette pratique, différente de l'unité voisine, en particulier la nécessité d'éviter ce qui pourrait être des « stimulants » inadaptés.

Si besoin, les patients peuvent utiliser un poste fixe de l'unité, mis à leur disposition sur demande ; si leur état le permet, ils sont alors laissés seuls dans un bureau d'entretien.

A l'USI, les patients ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable mais peuvent y accéder ponctuellement, en présence de soignants.

5.2.2 Le courrier

Le courrier est libre, dans l'ensemble des unités. En pratique, il est peu utilisé. La politique d'ouverture et l'accès aisé des visiteurs rendent son usage moins nécessaire. Timbres et enveloppes sont disponibles dans la cafétéria du CHU, relativement éloignée. Les soignants indiquent qu'en cas de besoin, le nécessaire est fourni par l'hôpital.

5.2.3 La télévision

La télévision est uniquement collective ; elle est regardée dans une salle conviviale, dans chaque unité, avec la présence ou la proximité d'un soignant. Le choix du programme ne poserait pas difficulté ; au besoin, un soignant intervient pour organiser la discussion. L'heure du coucher étant décrite comme souple, cela permet aux patients de voir jusqu'au bout le programme choisi.

5.2.4 L'informatique et l'accès à internet

Aucune unité n'a prévu d'accès à un ordinateur et à internet pour les patients et ceux-ci ne sont pas autorisés à conserver leurs ordinateurs personnels. Deux raisons sont évoquées : les cordons d'alimentation sont considérés comme dangereux et l'ordinateur lui-même est considéré comme facteur d'isolement. Il est ajouté qu'en outre, pour certaines pathologies, l'accès libre à internet pourrait être source de troubles supplémentaires. Au total, les patients n'ont donc pas accès à leur messagerie électronique ni à leurs documents informatiques.

Recommandation

Il convient de réfléchir à l'intérêt que présenterait l'accès à un ordinateur et à internet pour la vie sociale et l'insertion des patients.

5.2.5 Les visites

Les visites des familles sont soumises à autorisation médicale ; elles se déroulent dans un cadre horaire assez large – 13h-20h – la durée réelle étant indiquée aux patients et aux familles au cas par cas. Elles se déroulent soit dans les chambres, soit dans une salle spécifique et bien aménagée, voire dans le hall d'accueil, vaste, pourvu de sièges et de distributeurs de boissons. Quand le temps le permet, les visites se déroulent dans le parc, qui offre des conditions agréables et discrètes.

S'agissant des malades en unité de soins intensifs, les familles sont d'abord reçues par le médecin afin d'évaluer l'opportunité et les conditions de ces visites.

Les patients n'ont fait valoir aucune plainte à ce sujet. Il n'est pas prescrit de restriction de principe, même si elles sont plus fréquentes à l'arrivée.

5.3 L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS VARIES DEPEND DE LA DISPONIBILITE DES SOIGNANTS

5.3.1 L'ergothérapie

Le Centre Esquirol dispose de 1,90 ETP d'ergothérapeute et d'un très bel atelier d'ergothérapie ; l'atelier est accessible sur prescription médicale à l'ensemble des patients y compris ceux de l'USI. Ils peuvent être jusqu'à trois ensemble pour des séances dont la durée varie de 15 à 60 minutes. Les activités sont diverses (vannerie, menuiserie, peinture sur soie, informatique...). Les patients y sont reçus par groupe dépassant rarement trois patients ; chacun y poursuit un cheminement individuel, appuyé sur un dialogue constant de « mise en confiance », évalué régulièrement et conduit en lien avec les unités de soins.

Les patients y font l'objet d'une attention humaine, professionnelle et vigilante.

5.3.2 Le sport

Une salle de sport est implantée au premier étage. Elle est spacieuse (50 m²), bien aérée et particulièrement lumineuse. Une dizaine d'agès permettent de pratiquer diverses activités de musculation.

Les patients s'y rendent toujours accompagnés d'un soignant. Il n'y a pas de moniteur de sport pour organiser des séances régulières à une date et heure fixes ce qui rend son utilisation finalement assez restreinte. Sa fréquentation ne fait pas l'objet de relevés statistiques mais est estimée à deux séances par semaine. Cette participation dépend en effet de la disponibilité des soignants, de la capacité des patients et leur volonté.

D'autres possibilités sont théoriquement offertes à l'extérieur de l'établissement : basket-ball et pétanque dans le parc, piscine en ville. Elles sont également étroitement dépendantes du nombre et de la disponibilité des soignants ce qui, de fait, réduit considérablement les possibilités.

5.3.3 Les autres activités

Des sorties sont organisées selon un rythme hebdomadaire environ, et quelquefois le dimanche ; elles sont soumises à la disponibilité des soignants. Les sorties sont faites dans les points touristiques des environs de Caen, au bord de la mer, au cinéma, voire au restaurant avec un financement partiel par une association. Il est dit qu'en principe une sortie par semaine est organisée pour un petit groupe de moins de dix patients.

Une association (l'ECUREUIL) subventionnée par le CHU, et placée sous son contrôle, permet le financement de certaines activités et fournit les outillages et le matériel nécessaires à l'ergothérapie. Pour une année le montant des dépenses dépasse légèrement 20 000 euros. Cette association contribue également au fonctionnement des activités d'une maison thérapeutique située à Hérouville-Saint-Clair qui accueille de façon durable des patients en processus d'autonomisation et qui constitue aussi un lieu d'activités pour certains patients d'Esquirol en phase de préparation à la sortie.

5.3.4 La cafétéria

Au premier étage du centre, une cafétéria offre un cadre très agréable de convivialité et de consommation – boissons et friandises – pour les patients qui peuvent se retrouver dans un environnement différent ; la bibliothèque y est implantée ; le fonctionnement est partiellement assuré par des patients en hôpital de jour.

Toutefois les conditions d'ouverture de ce local sont restrictives car la présence d'un soignant est obligatoire ; en pratique et pour des raisons de disponibilités, cette cafétéria n'est donc ouverte que la moitié du temps, selon un horaire qui varie quotidiennement. Cette situation est regrettée tant par les patients que par le personnel.

La cafétéria dispose d'une bibliothèque, étant précisé que quelques livres et revues – généralement apportés par les familles et les soignants – sont également disponibles dans les unités de soins.

Recommandation

L'offre d'activités est importante mais la pratique est nettement moins satisfaisante, faute de disponibilité des soignants. Il convient de l'améliorer.

5.4 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UNE PRISE EN COMPTE INSTITUTIONNELLE

5.4.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations sont traitées par la direction de la qualité et des relations avec les usagers au niveau du CHU, avec un état des lieux propre à chaque pôle.

Toute plainte ou réclamation donne lieu à un enregistrement, à l'envoi d'un courrier d'accusé de réception au plaignant et après instruction de la plainte d'un courrier de réponse au plaignant.

Un bilan annuel est rédigé. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le CHU a enregistré quatre-vingt-cinq réclamations dont une seule concernant le pôle psychiatrie et portant sur des « *considérations générales* ».

5.4.2 Les événements indésirables

Les événements indésirables (EI) donnent lieu à un signalement avec enregistrement à la direction de la qualité.

Pour l'année 2015, 2 976 événements désirables ont été signalés pour l'ensemble du CHU (85 % par signalement en ligne). Il est noté une augmentation des signalements d'événements indésirables de 6,91 % entre 2014 et 2015.

Sur les 2 976 événements indésirables signalés, 74 concernent le pôle psychiatrie soit 0,2 % des événements indésirables de l'ensemble du CHU. 22 % concernent des violences émanant de patients. La psychiatrie et le service des urgences concentrent 25 % des situations de violence déplorées au CHU.

Les événements indésirables sont traités en « comité de revue des EI » (trente-neuf réunions du comité en 2015 et en comité de retour d'expérience (CREX) (cinquante-deux réunions du CREX en 2015).

5.5 LES PATIENTS NE BENEFICIENT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE SOMATIQUE FAUTE DE MEDECIN GENERALISTE AFFECTE DANS LES UNITES

5.5.1 L'accès au médecin généraliste et aux consultations spécialisées

Le pôle de psychiatrie ne dispose pas de temps somaticien. La prise en charge somatique est assurée par les internes du service. Tout entrant bénéficie d'un examen et d'un bilan biologique adaptés à sa pathologie et aux soins prévisibles : numération sanguine, bilan lipidique, bilan cardiaque, sérologies, toxicologie etc.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les praticiens somaticiens du CHU – qu'ils soient généralistes ou spécialistes – ne souhaitent pas se déplacer au pôle psychiatrie, pourtant situé sur le même site hospitalier. Compte-tenu des difficultés à organiser l'accompagnement des patients vers les autres services du CHU, cet état de fait compromet la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie, d'autant qu'il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que, pour certaines spécialités existant au CHU, les délais pour obtenir un rendez-vous peuvent conduire à recourir à l'hospitalisation privée ; c'est le cas pour la cardiologie et la physiothérapie.

Pour les mêmes motifs, les patients hospitalisés en psychiatrie ne bénéficient pas de programme de prévention et d'éducation à la santé.

Pour les urgences somatiques, il est fait appel au SAMU ou bien le patient est transporté au service d'accueil des urgences.

Recommandation

La prise en charge somatique des patients est insuffisante ; le pôle psychiatrie devrait pouvoir être doté d'un temps somaticien généraliste propre ou bénéficier d'un contrat inter-pôle garantissant l'intervention des somaticiens du CHU.

5.5.2 La pharmacie

Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées. Les unités de soins en psychiatrie effectuent leur commande une fois par semaine à la pharmacie centrale du CHU et disposent d'une dotation d'urgence.

La préparation nominative des traitements est effectuée dans les unités par les IDE de nuit, pour la distribution du lendemain dans des piluliers. Les différents contrôles sont réalisés sur place par les IDE.

La distribution s'effectue trois fois par jour à l'occasion des repas (petit déjeuner, déjeuner et dîner) dans la salle de repas, à chaque table, par une IDE munie d'un chariot contenant les traitements nominatifs et d'un ordinateur portable pour la traçabilité de la délivrance.

5.5.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD du CHU a été créé le 12 janvier 2008 et dispose d'un règlement intérieur ; le mandat de ses membres est calqué sur celui de la commission médicale d'établissement ; il se réunit statutairement au moins deux fois par an.

En 2015, il s'est réuni les 12 mars, 9 juin et 21 septembre et 8 décembre. Les procès-verbaux de ces réunions sont en libre accès sur l'intranet du CHU.

Les sujets relatifs à la prise en charge de la douleur en santé mentale ont été à l'ordre du jour de la réunion de décembre 2015. Pour la psychiatrie, y participent un médecin psychiatre et un cadre de santé de psychiatrie.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

L'établissement affiche clairement une volonté de réduire le recours à l'isolement et à la contention et pratique une politique de prévention des risques. Il s'est doté, en janvier 2014, d'une procédure de mise en chambre d'isolement (MCI) intégrée à un protocole plus global visant à anticiper les situations à risques et éviter le recours à la contrainte.

La capacité d'observation et d'évaluation de la part de l'équipe constitue une donnée essentielle du protocole, de même que la nécessité d'entretenir avec le patient une relation de type « horizontal » (par opposition à une relation « verticale » de domination). Un protocole dit « de désescalade » propose aux soignants des outils d'analyse et d'intervention prenant en compte à la fois l'environnement, le patient et les soignants, avec les ressources et limites propres à chacun.

Si le respect de ces protocoles n'évite pas toujours la MCI, au moins est-il supposé éviter la contention, voire le recours à la pharmacologie et sauvegarder la relation thérapeutique.

6.1 UNE POLITIQUE ET DES OUTILS DE PREVENTION DES RISQUES ONT ETE MIS EN ŒUVRE

6.1.1 La prise en charge des situations de tensions relationnelles à risque d'agitation ou d'agressivité

Un protocole de « désescalade » a été mis en place au sein de l'établissement. L'objectif principal est explicitement décrit comme étant d'« *aider le patient à se calmer (relation de collaboration) et non pas de « calmer le patient » (relation de domination/ soumission) ».*

Les objectifs fondamentaux y sont énoncés :

- assurer la sécurité de tous (patient, équipe, autres personnes présentes sur place) ;
- aider le patient à réguler ses émotions et son stress, à maintenir ou regagner le contrôle de son comportement ;
- éviter le recours aux mesures de contention ;
- éviter les mesures coercitives inadaptées qui suscitent une escalade de l'agitation.

Il est ainsi spécifié que « *l'utilisation en première intention de mesures de contention ou coercitives renforce l'idée du patient que le recours à la force est nécessaire. Le recours à la contention est associé à une durée de prise en charge plus longue, renforce le risque (patients et équipe) d'incidents et de vécu traumatique ».*

Il a été indiqué aux contrôleurs que ces techniques sont systématiquement privilégiées avant de mettre en place des traitements médicamenteux ou des mesures coercitives telles que l'isolement ou la contention. Dans toutes les unités, des soignants ont reçu une formation.

6.1.2 La mise en place d'outils de prévention des risques

Les outils d'évaluation et prévention sont plus particulièrement le fait de l'USI. Deux modes de prévention des risques y sont utilisés :

Un protocole de prévention des risques prévoit de définir, pour chaque patient, un risque de dangerosité pour autrui. L'évaluation, basée sur le comportement et les propos du patient, donne lieu à l'attribution d'une couleur reportée dans le dossier de soins infirmiers sur le diagramme de surveillance du comportement du patient. Ce code de couleurs est également utilisé sur le tableau des patients de manière à permettre à tout intervenant de repérer rapidement le niveau de risque de chacun.

Trois couleurs sont ainsi utilisées :

- bleu : absence de risque majeur identifié ;
- jaune : risque de comportements violents ou agressif (risque moyen en partie contrôlable et fréquemment prévisible) ;
- rouge : dangerosité avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif violent.

A chaque couleur correspondent :

- un mode de surveillance déterminé (fréquence, modalités) ;
- un mode d'intervention détaillé par type d'intervention (mode opératoire, effectifs) ;
- un contrôle de la chambre comme des effets personnels du patient.

Une échelle d'évaluation de la violence est également utilisée (« BVC : Broset Violence Checklist »), destinée à évaluer, chaque jour, le risque de comportements violents. Les « items » pris en compte sont les suivants : confusion, irritabilité, agitation bruyante, menaces physiques, menaces verbales, violences matérielles.

Bonne pratique

Des outils d'évaluation et de prévention ont été mis en place pour éviter le passage à l'acte et le recours à l'isolement.

6.2 L'ISOLEMENT SE FAIT DANS DES CONDITIONS INDIGNES ET SANS LA TRAÇABILITE EXIGEE PAR LA LOI

6.2.1 Les chambres d'isolement

Seule l'USI dispose de chambres d'isolement, au nombre de deux. Au moment du passage des contrôleurs, l'une des chambres était occupée par une patiente admise en soins sans consentement, effectivement placée à l'isolement ; l'autre était occupée comme une chambre ordinaire par un patient qui, faute de place, ne pouvait être hébergé à l'UH1 ou à l'UH2. Les contrôleurs sont restés au seuil de cette deuxième pièce.

Il s'agit d'une chambre en parfait état de propreté, qui ne présente aucun angle ni aspérité ; le sol et les murs sont de teinte gris pâle ; une large fenêtre donne vue sur le parc, sans vis-à-vis ; le mobilier est composé d'un lit (matelas posé sur sommier de mousse épaisse, literie, oreiller) et d'un « pouf » de mousse faisant office de table de chevet. La pièce est dépourvue de sanitaires et de dispositif d'appel ; un seau hygiénique est posé dans un angle, ainsi que du papier toilette ; les patients crient pour être entendus, parfois sans succès. L'ensemble peut être considéré comme austère autant qu'apaisant ; il doit être remédié à l'absence de sanitaires, de point d'eau et de dispositif d'appel.

Recommandation

L'absence de sanitaires en chambre d'isolement porte atteinte à la dignité des patients. L'absence de dispositif d'appel porte atteinte à leur sécurité. Il convient d'équiper les chambres d'isolement de sanitaires et d'un dispositif d'appel.

6.2.2 Le protocole de mise en chambre d'isolement

Les modalités de MCI, de même que la prise en charge des patients en isolement, font l'objet de fiches descriptives précises. Elles attribuent la coordination et la responsabilité de l'intervention, puis du soin, à l'équipe de l'USI.

La prescription MCI « si besoin » est proscrite ; la prescription doit être précise (isolement strict ou partiel) et déterminer quotidiennement les caractéristiques de la surveillance infirmière ; l'examen somatique doit intervenir dans les 24h ; une évaluation médicale (psychiatrique) doit être effectuée deux fois par jour ; l'ensemble doit être tracé dans un dossier MCI, intégré au dossier médical du patient.

Le protocole n'a pas prévu l'inscription dans un registre.

6.2.3 La pratique

Selon les soignants entendus, le placement en chambre d'isolement répond soit à un passage à l'acte ou à un risque de passage à l'acte agressif caractérisé par une grande tension, soit à la nécessité de protéger le patient d'un délire envahissant.

En journée, l'interne de l'USI est toujours présent et intervient généralement dès avant le placement pour apprécier en équipe, et, le cas échéant, prescrire ce placement ; après 18h et le week-end, les soignants placent le patient en chambre d'isolement au vu de l'urgence puis appellent un médecin qui se déplace « *dans les deux heures maximum* ».

L'injection n'est pas systématique ; il est dit qu'il y est recouru dans moins d'un quart des cas. La contention est décrite comme très rare.

La prescription d'isolement précise effectivement s'il s'agit d'un isolement « strict » ou partiel (repas en salle à manger ou séquences porte ouverte). Dans le premier cas, les sorties ponctuelles sont toujours possibles, sous accompagnement soignant. L'examen des dossiers de patients montre que, de strict au départ la plupart du temps, l'isolement évolue vers un isolement partiel ; certains patients sont d'emblée placés en isolement séquentiel.

Après la sortie d'isolement, le médecin et les soignants évoquent avec le patient les motifs qui ont conduit à cette mesure et le vécu du patient. Il semble qu'il s'agisse davantage d'une démarche d'explication ou de justification que d'une réflexion permettant d'envisager *a posteriori* les circonstances ayant conduit à une telle mesure et les solutions alternatives. Selon les propos recueillis auprès des soignants : « *quand la crise est là, le patient est inaccessible et il n'y a pas d'autre solution* ».

Plusieurs patients ayant été soumis à l'isolement se sont exprimés auprès des contrôleurs ; les propos rapportés ne prétendent pas à la représentativité. Un patient a clairement évoqué un vécu plus effrayant qu'apaisant (« *ça calme direct l'isolement ; être enfermé, ça fait peur ; la pièce n'est pas glauque, c'est l'enfermement ; c'est dur* »). L'enfermement n'a pas semblé pour autant injustifié aux yeux de ce patient (« *j'étais sur les nerfs, je comprends qu'ils aient eu peur* ». En revanche la méthode est restée incomprise (« *ils m'ont pris en traître* »).

Le médecin ou l'interne rencontre le patient isolé deux fois par jour au moins.

A 16h le jour du passage des contrôleurs, la patiente placée en isolement avait été vue à six reprises par une infirmière depuis le matin ; les mentions portées au dossier rendent compte avec plus ou moins de précision de son état ; lors de l'un des passages, il a été précisé que la patiente a pu joindre téléphoniquement son avocat.

La contention n'est pratiquée qu'à titre exceptionnel et en chambre ordinaire. Lorsque l'état du patient exige qu'il soit retiré du groupe et « contenu », il est en effet estimé de son intérêt de le placer en chambre d'isolement à l'USI, où il n'est qu'exceptionnellement recouru à la contention. Lorsque les chambres d'isolement sont occupées et que l'état du patient l'exige, le patient est alors placé sous contention dans sa chambre.

Les données fournies par l'établissement pour la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2016 sont les suivantes :

- UH1 :
 - o un patient en soins libres a été placé sous contentions à quatre reprises, pour une durée totale de cinq heures et cinquante-cinq minutes ;
 - o un patient en SDTU a été placé sous contentions une fois, pour trente minutes ;
 - o un patient en soins libres a été contenu à quatre reprises, pour une durée totale de trois heures.
- UH2 : un patient en soins contraints a été placé sous contentions dans sa chambre, par deux fois, la première une journée et la deuxième une demi-journée ; ce même patient a par ailleurs fait l'objet d'un placement en chambre d'isolement à l'USI, pour une durée totale de 3,5 jours ;
- USI : un patient en soins contraints a été placé une demi-journée sous contentions, dans une chambre ordinaire.

Recommandation

Le placement sous contention ou à l'isolement d'un patient en soins libres doit répondre à une nécessité absolue ; s'il se prolonge ou se répète, il doit conduire à interroger le bien-fondé de son statut.

6.2.4 Le registre

Un registre est tenu à l'USI depuis plusieurs années, qui rend compte des mesures d'isolement et de contention. Il comporte les mentions suivantes : nom du patient, mise en isolement, mise sous contention, date (date et heure de début et signature du médecin, date et heure de fin et signature du médecin).

Contrairement aux prescriptions de l'article L3222-5-1 du CSP issu de la loi du 26 janvier 2016, il n'est pas prévu d'y mentionner le nom des personnes ayant exercé la surveillance ; celle-ci est tracée dans le dossier du patient.

Entre le 6 janvier 2016 et le jour du contrôle (13 avril), quinze patients ont été inscrits au registre, dont l'un à deux reprises. Une patiente placée à l'isolement la veille au soir, n'avait pas encore été inscrite au moment de l'examen du registre ; la mesure était cependant tracée dans son dossier.

Dans la quasi-totalité des cas, le placement à l'isolement a été décidé le jour ou le lendemain de l'admission.

Selon le registre, les durées se comptent, pour cinq patients, en heures – de quatre heures et trente minutes à vingt heures – mais plus souvent en jours : quatre patients ont été isolés pour une durée comprise entre deux et quatre jours, trois pour une durée comprise entre quatre et

six jours et trois (dont le même à deux reprises) pour une durée supérieure à huit jours (la plus longue étant de dix-neuf jours).

On observe quelques discordances entre les éléments figurant au registre et ceux qui ont été directement communiqués par la direction aux contrôleurs ; les deuxièmes font état de séjours plus longs, s'échelonnant entre un et vingt-sept jours ; il est fait état de cinq séjours supérieurs à huit jours (trois selon le registre). Parmi les patients que la direction a signalés comme ayant fait l'objet d'un isolement en CSI figure un mineur, resté en isolement pendant six jours (cinq d'isolement strict et un d'isolement partiel).

On note que, à l'exception d'un cas, c'est la signature de l'interne qui figure au registre pour l'ensemble des décisions de placement et de levée.

Le registre ne distingue pas entre isolement strict et séquentiel.

Aucune mention de contention n'était portée sur le registre de l'année 2016.

Recommandation

Il est nécessaire de mettre en place sans tarder un registre conforme aux exigences de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le présent rapport s'attardera sur le fonctionnement de l'unité de soins intensifs – seule unité fermée et sur l'unité pour enfants et adolescents. Les unités UH1 et UH2, toutes deux ouvertes et de fonctionnement comparable, feront l'objet d'une présentation commune.

7.1 LES UNITES D'HEBERGEMENT 1 ET 2 : DES UNITES OUVERTES OU LES DROITS DES PATIENTS SONT RESPECTES MAIS OU PESE LA FAIBLESSE DES ACTIVITES

Les deux unités d'hébergement 1 et 2 présentent une organisation architecturale et fonctionnelle comparable.

7.1.1 Présentation générale

Situées respectivement au deuxième et au premier étage du bâtiment Esquirol, les unités d'hébergement 1 et 2, dites UH1 et UH2, comportent respectivement seize chambres dont sept doubles pour un total de vingt-trois lits à l'UH1, et onze chambres dont sept doubles, pour un total de dix-huit lits à l'UH2.

Elles accueillent à la fois des patients en soins libres et sous contrainte et fonctionnent exclusivement en régime ouvert.

Le projet thérapeutique est fondé sur « l'alliance » c'est-à-dire l'explication et l'adhésion du patient aux soins. Le principe général est celui du respect des droits du patient, les restrictions n'étant édictées qu'en fonction de son état. Est également mis en pratique le principe de « désescalade » exposé plus haut, auquel les soignants ont été formés et qui permet notamment de limiter le recours aux mesures d'isolement et de contention. L'ensemble préserve une certaine sérénité dans les unités tant pour les patients que les soignants.

L'hébergement des patients en UH1, UH2 ou, selon leur état clinique, leur passage ponctuel à l'USI, est géré avec une grande souplesse, ce qui évite de cristalliser des situations difficiles et favorise la « désescalade » dans de bonnes conditions.

Bonne pratique

Le projet thérapeutique intégrant la notion « d'alliance », le régime ouvert, le respect a priori des droits des patients, le protocole de désescalade favorisent une ambiance générale sereine au sein des unités et un moindre recours aux mesures d'isolement et de contention.

a) *Les locaux*

Les locaux sont quasi identiques dans les deux unités.

L'accès s'effectue par escalier ou par ascenseur.

Une grande salle commune servant de salle de repas, salle de télévision, coin bibliothèque et salon occupe l'espace central. L'UH2 dispose en outre d'une salle de bains qu'elle partage avec l'unité de soins intensifs.

Le poste de soins est central et entièrement vitré ; un couloir desservant les chambres tourne autour de ce poste.

Les chambres, claires et suffisamment spacieuses, sont équipées d'un lit, d'un placard fermant à clé, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise et d'un fauteuil. Les fenêtres peuvent

s'entrouvrir et disposent d'un blocage de sécurité. Chaque chambre est dotée d'une salle d'eau avec douche, patère, lavabo avec tablette et miroir, WC.

Les chambres doubles disposent de deux lits, deux tables de nuit et deux placards, mais une seule chaise et un seul fauteuil pour deux.

Dans l'ensemble, les locaux sont spacieux, lumineux et bien entretenus.

b) Le personnel

Le jour de la visite, le personnel propre aux unités était ainsi composé :

Unité UH1	EPT théoriques	ETP pourvus
Praticien hospitalier psychiatre	1	0
Praticien contractuel	0	1
Chef de Clinique-Assistant	1	1
Internes	2	2
Externe	2	2
Médecin somaticien	0	0
Cadre de santé	1	0
IDE Jour/Nuit	9,2	9,2
Aide-soignant J/N	9,2	9,2
ASH	6	6

Unités UH2 / USI	EPT théoriques	ETP pourvus
Praticien hospitalier psychiatre	1	1
Chef de Clinique-Assistant		2
Interne	3	3
Médecin somaticien	0	0
Cadre supérieur de santé	0,80	0,80
Cadre de santé	1	1
IDE Jour/nuit	19,05	15,05
Aides-soignants Jour/nuit	14,8	10,8
ASH	6	5,4

Lors de la visite et durant toute sa durée les contrôleurs ont constaté une présence réelle des effectifs médicaux et soignants correspondant aux prévisions du tableau.

Pour l'UH1 : outre les réunions quotidiennes de transmission inter-équipes, un *staff* clinique se tient chaque jeudi entre médecins et soignants. Une réunion de supervision avec une psychologue extérieure a lieu chaque semaine.

Pour l'UH2/USI, outre les transmissions quotidiennes, un mini *staff* relatif à chaque patient se tient chaque matin entre 9h et 9h30, associant les médecins, les infirmières et les aides-soignants. S'y précisent l'organisation et la répartition des tâches de chacun. Une réunion pluridisciplinaire mensuelle dite de « fonctionnement » est animée par un psychologue extérieur au pôle.

Une réunion de pôle relative aux patients difficiles UH1/UH2/USI, associant médecins, cadres et chefs de service se tient tous les deux mois.

c) Les patients

UH1 : Lors de la visite des contrôleurs, dix-huit patients étaient hospitalisés dont quatre en SPDT et un en SDRE.

Un patient en programme de soins était hébergé plusieurs nuits par semaine, dans l'optique d'une sortie progressive ; un autre bénéficiait d'une mesure de protection juridique.

Le patient le plus jeune était âgé de 20 ans et le plus âgé de 66 ans.

Le patient hospitalisé depuis le plus longtemps est rentré dans le service le 24 mars 2015 avec un statut, toujours en vigueur, de SDRE.

A l'exception de trois patients devant être accompagnés pour risques particuliers, les autres patients présents pouvaient sortir librement dans le parc.

UH2 : Lors de la visite des contrôleurs dix-sept patients étaient présents dont deux en SPDT et trois en SDRE. Trois patients bénéficiaient d'une mesure de protection juridique.

Le patient le plus jeune était âgé de 17 ans et le plus âgé de 65 ans. La situation du mineur sera évoquée plus loin (Cf. 7.3).

Le patient hospitalisé depuis le plus longtemps est rentré dans le service le 5 juillet 2005 avec un statut, toujours en vigueur, de SDRE ; un autre, en SDT est hospitalisé depuis 2009.

7.1.2 Prise en charge

La prise en charge repose sur les entretiens - médicaux et infirmiers et psychologiques (6,5 ETP de psychologues pour l'ensemble du pôle) – ainsi que sur les traitements médicamenteux et les activités thérapeutiques.

Les patients rencontrés ont évoqué des entretiens réguliers avec leur médecin et un soignant disponible. La périodicité est dite adaptée à l'évolution de la pathologie des patients et n'a pas fait l'objet de critiques.

Les traitements, distribués en salle à manger à l'occasion des repas, sont expliqués et les patients sont mis à même d'en exposer les effets à leur médecin.

Le lien avec la famille est décrit comme privilégié et, au moment du contrôle, aucun patient – notamment en soins contraints – n'était totalement privé de droit de visite.

S'agissant de la vie quotidienne, le réveil s'effectue à partir de 7h ; les repas sont pris collectivement, à des horaires qui n'ont pas appelé de protestation (8h, 12h30 et 19h30).

En dehors des soins et entretiens, les patients se déplacent librement dans l'unité, regardent la télévision ou participent à quelques – rares – activités de type jeux de société, organisées par les soignants, selon leur disponibilité.

Les chambres sont accessibles en journée. Elles restent ouvertes, y compris la nuit. En UH1, il n'y a pas d'horaire imposé pour rejoindre sa chambre. En UH2, le coucher s'effectue après le programme de télévision du soir (environ 22h30).

Il est aisé aux patients de descendre dans le hall ou dans le parc, la porte étant ouverte jusqu'à 20h. Le respect des restrictions – certains patients, quel que soit leur statut, nécessitent un accompagnement pour circuler hors de l'unité – repose majoritairement sur l'explication et la confiance. Si une fugue est vraiment à craindre, le patient est invité à revêtir un pyjama ; deux personnes étaient dans cette situation au moment du contrôle.

En pratique, sur cinq patients de l'UH1 admis en soins contraints, un seul bénéficiait d'activités thérapeutiques régulières à l'extérieur de l'unité (hôpital de jour notamment) ; les autres, y compris admis depuis plus de six mois, ne bénéficiaient d'aucune autre activité thérapeutique que des jeux de société au sein de l'unité. Quatre de ces patients avaient cependant régulièrement de sorties de courte durée ; pour trois d'entre eux, la dernière sortie, qui datait de quelques jours avant le contrôle, avait eu lieu seul, y compris pour un patient admis depuis trois mois. Un seul patient, admis depuis un mois au moment de la visite des contrôleurs, ne bénéficiait d'aucune sortie ni activité.

Sur cinq patients admis en soins contraints à l'UH2, trois – dont l'un admis depuis dix jours – accédaient seuls au parc ou à la cafétéria ; un autre, admis depuis deux mois, bénéficiait du même type d'activités, mais accompagné. Les deux patients hospitalisés depuis plusieurs années bénéficiaient d'au moins deux sorties hebdomadaires (ergothérapie et bibliothèque pour l'un, « foyer » extérieur pour l'autre). A l'exception d'un patient admis depuis une semaine, tous

bénéficiaient de sortie de courte durée ; une patiente admise depuis deux mois avait été accompagnée à son domicile avant d'être autorisée à y passer une nuit, en présence de sa famille. Au total, les contrôleurs ont pu observer que les patients étaient traités avec patience et une bienveillance marquée. Il régnait dans ces deux unités un climat serein, malgré un certain désœuvrement des patients.

7.2 L'UNITE DE SOINS INTENSIFS : DES LOCAUX INADAPTES ET UN PROJET THERAPEUTIQUE A REVOIR

7.2.1 Présentation générale

L'unité de soins intensifs (USI) est une unité fermée dédiée à la prise en charge de patients en situation de crise nécessitant des soins spécifiques et une surveillance renforcée. Elle permet de préserver les patients admis au sein des unités d'accueil standard du traumatisme que peut constituer la confrontation avec des personnes au comportement fortement perturbé. L'existence d'un tel service permet enfin de ne pas fermer les unités standard en raison des troubles aigus du comportement d'un seul ou de quelques-uns et donc de ne pas entraver la liberté de mouvement de l'ensemble des patients qui y sont hospitalisés.

Bonne pratique

La prise en charge de personnes en situation de crise au sein d'une unité qui leur est dédiée favorise la pérennité d'une atmosphère calme et apaisante au sein des unités ouvertes.

Le constat de cette bonne pratique est cependant limité par l'état des locaux et par l'affectation dans cette unité fermée de patients qui n'en relèvent pas.

a) *Les locaux*

L'USI est une unité aux dimensions très réduites. Le caractère fermé de cette unité ne s'en ressent que plus fortement. Il est possible d'entrer dans l'unité par deux issues dont l'une seulement est précédée d'un sas, ce qui pose un problème de sécurité pour les équipes comme pour les patients.

L'unité comprend quatre chambres individuelles et deux chambres d'isolement. Les quatre chambres individuelles donnent sur un couloir « en L », totalement démunie de décoration, et qui longe les bureaux vitrés du poste de soins. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces bureaux, où se déroulent les *staffs*, ne sont pas équipés de double vitrage, ce qui nuit à la confidentialité des échanges.

Donne également dans ce couloir une porte qui ouvre sur le sas d'entrée des deux chambres d'isolement. Celles-ci ont été décrites dans le chapitre consacré à ce thème (Cf. 6.2).



Les couloirs de l'USI



Couloir encadrant le bureau des infirmiers

Les chambres, toutes individuelles, sont spacieuses, lumineuses et en bon état. Elles sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, d'une petite table, d'une chaise et d'un fauteuil. Chacune dispose d'un espace sanitaire équipé d'une douche, d'un lavabo et de toilettes.

En 2015, un patient aurait réussi à briser une fenêtre, le feuilletage étant double et non triple, et ayant en outre été monté à l'envers.

L'unité dispose d'une salle de télévision, aux dimensions particulièrement réduites, à l'exclusion de toute autre salle d'activités ou local collectif. L'ensemble est propre, dépouillé, et particulièrement confiné.



Chambre de l'USI

b) *Le personnel*

Un praticien hospitalier, responsable de l'USI, est présent chaque matin. Un interne est par ailleurs toujours présent en journée.

Ainsi qu'il a déjà été dit, le personnel de l'USI est mutualisé avec celui de l'UH2 ; le détail en a été précisé plus haut (Cf. 7.1.1.b). Les personnels sont amenés à travailler à l'USI par roulement de trois jours. Ce système a été mis en place afin d'assurer la continuité institutionnelle du service sans conduire à l'épuisement des équipes. De fait, 7,2 ETP d'IDE et 5,4 postes d'aides-soignants sont consacrés à l'USI.

c) *Les patients*

L'indication d'une prise en charge à l'USI concerne les patients présentant des troubles du comportement liés à une pathologie psychiatrique aiguë (comportements ou risques d'agitation, d'auto /hétéro agressivité, comportements suicidaires, fugues) et qui ne peuvent pas être « contenus » au sein d'un service ouvert. C'est donc l'état psychique du patient qui fonde son admission au sein de l'USI, quel que soit le cadre légal de son hospitalisation.

Il s'agit le plus souvent « d'adultes », le terme s'entendant des patients âgés de plus de 16 ans. En pratique, il s'agit la plupart du temps de jeunes patients.

Selon les renseignements figurant dans le rapport d'activité du 1^{er} trimestre 2016, près des trois quarts des patients de l'USI sont des personnes admises en soins contraints. On notera cependant que la proportion de personnes admises en soins libres en 2015 était de 37 %.

Le rapport d'activité précité (2016) précise, pour les « motifs » d'admission : agressivité (23,3 %), agitation (16,7 %), risque suicidaire (13,3 %), évaluation (13,3 %), hors secteur (13,3 %), risque de fugue (3,3 %) apaisement relationnel (3,3 %) et absence de place en unité (3,3 %).

Ce dernier motif n'est pas admissible, pas plus que celle de patients hors secteur s'ils ne sont pas en crise ; on ne saurait en effet hospitaliser dans une unité fermée, qui plus est destinée à la prise en charge de personnes dont les troubles du comportement sont particulièrement aigus, des personnes qui relèvent d'une unité ouverte.

Au jour de la visite, trois patients hébergés à l'USI relevaient des soins contraints en unité fermée ; trois autres s'y trouvaient encore faute de place en unité ouverte ; l'un d'eux était hébergé en chambre d'isolement, porte ouverte.

7.2.2 *Prise en charge*

L'admission des patients à l'USI s'effectue sur prescription médicale ; celle-ci doit en principe mentionner le motif rendant impossible une prise en charge en unité ouverte.

Le rapport d'activité de 2016 précité indique que 46,7 % des patients proviennent des urgences, 40 % viennent pour moitié de l'extérieur et de transferts et 13,3 % proviennent des deux unités standard.

Pour les patients non consentants, le protocole de soins destiné aux médecins précise : « *mode d'hospitalisation en règle (certificats d'HDT-HO « établis ou fournis dans les 24 heures »)* ».

Pour les patients mineurs, ce même protocole demande également un « *mode d'hospitalisation en règle (autorisation des parents, information du directeur de l'hôpital et du procureur de la République en cas d'ordonnance de placement provisoire, information au médecin d'astreinte médecin de l'unité)* ».

a) *Le projet thérapeutique*

L'objectif consiste à gérer au mieux la crise. Il ne s'agit pas seulement de répondre à des impératifs sécuritaires immédiats mais d'identifier les facteurs de risque et de définir des modalités de prise en charge permettant une amélioration rapide de la symptomatologie et une orientation ou un retour, aussi rapide que possible en unité standard. Les patients restent en moyenne quinze jours à l'USI.

b) *Les soins*

L'équipe indique avec conviction que les soins sont adaptés à l'état du patient ainsi qu'aux objectifs de sa prise en charge.

Les patients sont vus régulièrement par le médecin, chaque matin, en présence de l'interne et d'un soignant. Le patient peut néanmoins demander à voir le médecin seul, et plus fréquemment ; présent au sein du centre, il peut être appelé en cas de besoin.

Les patients s'entretiennent l'après-midi avec l'interne et les membres de l'équipe soignante.

Des thérapies de soutien, mise en place par un psychologue, sur prescription médicale, permettent d'accompagner le patient. Des activités de promenade, sportives ou de jeux peuvent servir de support ou de complément. Des séances de relaxation sont également organisées.

Dès l'admission du patient à l'USI, est mise en place une coordination avec un médecin référent de l'unité qui accueillera le patient à sa sortie afin d'assurer la continuité des soins.

c) *La vie quotidienne*

Les patients doivent revêtir un pyjama durant tout leur séjour. Des impératifs de sécurité sont avancés pour justifier cette prise de position : les objets dissimulés se voient plus aisément ; les patients seraient en outre plus facilement repérables en cas de fugue. La valeur symbolique du pyjama a également été avancée, le pyjama signifiant aux patients qu'ils sont malades et doivent se soigner. Le port du pyjama imposé à tous permettrait enfin d'éviter la stigmatisation.

Il est demandé aux patients de respecter l'intimité de chacun en ne se rendant pas dans les chambres des autres patients.

Les familles sont informées de l'hospitalisation de leur proche au sein de l'USI.

Les visites peuvent avoir lieu sur prescription médicale, selon un rythme et une durée déterminée par le médecin. Seul le placement en CSI est considéré comme incompatible avec les visites. Au moment du contrôle, deux des trois patients en soins contraints recevaient la visite quotidienne de leur famille.

Afin de préserver la sécurité de chacun, des règles strictes encadrent ces visites : le nombre de visiteurs est limité à deux ; ils doivent confier les objets qu'ils désirent transmettre à leur proche hospitalisé à l'équipe soignante qui décidera ou non, de la remise.

Les familles peuvent être reçues à leur demande par l'équipe médicale, avec ou sans le patient.

Au moment de la visite, les trois patients admis en soins contraints étaient autorisés à utiliser le téléphone du service, deux fois par jour. Les patients de l'USI peuvent en revanche librement envoyer comme recevoir du courrier.

La notice d'information remise aux patients comme à ses visiteurs rappelle qu'il est interdit de fumer dans les locaux du CHU et notamment lors du séjour à l'USI, même lors des accompagnements extérieurs en présence des soignants. Le caractère fermé de l'unité confère à

cet interdit un caractère absolu, mal supporté par les patients. La question a été abordée plus haut (Cf. 5.1.5).

d) *Les activités*

Les contrôleurs ont pu constater un décalage entre le projet énoncé et la réalité concrète : en théorie, il est dit que les activités dépendent du profil des patients, que certains peuvent se voir prescrire un repos quand d'autres au contraire doivent être stimulés par des activités se déroulant dans l'unité (jeux de société, lecture...ou télévision) ou hors de l'unité (salle de sport ou séances d'ergothérapie), l'ensemble se déroulant sous le regard du soignant, étant entendu que les patients de l'USI ne peuvent sortir seuls. Il est aussi précisé que les patients peuvent être accompagnés dans ces activités par leur famille, après rencontre de celle-ci par l'équipe, afin d'évaluer ses capacités et la qualité du lien.

En pratique, au moment du contrôle, un seul patient était accompagné à la salle de sport, une fois tous les deux jours, par un soignant ; les autres « bénéficiaient » d'un maximum de deux sorties quotidiennes de 15 minutes dans le parc, en présence de soignants. Lors des passages des contrôleurs dans le service, les patients – de jeunes hommes avec qui les contrôleurs ont pu échanger sans difficulté particulière – étaient devant la télévision et se plaignaient du manque d'activités. Aucun n'avait bénéficié d'un accompagnement familial pour des sorties dans le parc ou à la cafétéria.

Recommandation

Le séjour en unité de soins intensifs – unité fermée dont la surface est très réduite et ne permet aucune activité – doit être réservé aux patients dont le statut le permet et dont l'état l'exige.

7.3 L'HOSPITALISATION DES ADOLESCENTS NE REpond QUE PARTIELLEMENT AUX BESOINS DE CETTE POPULATION

Le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est rattaché au pôle femmes-enfants du CHU⁸.

Il comprend :

- des unités de consultation (périnatalité, petite enfance, dépistage des troubles du développement, troubles du comportement, troubles du sommeil, difficultés scolaires....) ;
- une équipe de psychiatrie de liaison ;
- un centre de ressources autisme ;
- une unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA) à vocation régionale, susceptible d'accueillir des adolescents du Calvados, de la Manche et de l'Orne (Normandie⁹).

⁸ Ce pôle englobe également les services maternité-obstétrique, gynécologie, néonatalogie, pédiatrie (médecine et chirurgie) et onco-hématologie.

⁹ La région dispose aussi d'une unité d'hospitalisation pour adolescents de cinq lits.

Plus encore que chez les adultes, le traitement ambulatoire est privilégié ; ses formes sont multiples – de la consultation individuelle à l'hospitalisation de jour en passant par la thérapie familiale – mais l'équipement du territoire est décrit comme inégal et les délais pour obtenir un rendez-vous « assez longs ».

Par ailleurs, la problématique adolescente se caractérise fréquemment par un passage à l'acte et une **admission aux urgences** or le nombre réduit de lits en hospitalisation complète, ajouté à l'organisation des urgences, ne conduit pas nécessairement à la réponse la plus adaptée : les urgences pédiatriques en effet, qui accueillent les mineurs jusqu'à 16 ans, font volontiers appel à l'équipe de liaison susceptible d'éviter une hospitalisation ; lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, l'orientation vers l'UCHA est naturelle ; si l'UCHA ne peut accueillir, l'enfant sera, dans l'attente, hospitalisé en pédiatrie. En revanche, pour peu que son comportement et sa corpulence le rapprochent d'un adulte, l'adolescent de plus de 16 ans, qui est accueilli aux urgences traditionnelles, sera volontiers orienté vers une unité d'adultes.

Il est par ailleurs indiqué que les possibilités d'accueil en hospitalisation de jour sont restreintes – pour l'ensemble de la région – les places étant régulièrement occupées par des patients chroniques. Une autorisation a été accordée en novembre 2015 pour la création d'un hôpital de jour de six places, qui devrait voir le jour courant 2016 ; dans l'attente, l'UCHA accueille régulièrement deux ou trois jeunes patients sous ce statut.

Au moment du contrôle, le nombre de lits en hospitalisation complète à l'UCHA est de huit ; il est envisagé qu'il passe à douze avant la fin de l'année 2016. Ainsi qu'il a été dit plus haut, cette capacité relativement faible est à l'origine d'une liste d'attente permanente d'une vingtaine de patients et, régulièrement, d'accueils provisoires en pédiatrie, voire en unité pour adultes.

7.3.1 L'unité d'hospitalisation pour adolescent

a) Les locaux

Initialement hébergée au sein du service de pédiatrie, l'unité de crise et d'hospitalisation des adolescents (UCHA) est devenue autonome en décembre 2005 ; elle est implantée sur le site historique de l'hôpital public de Caen, avenue Georges Clemenceau. Situés en rez-de-jardin, les locaux sont lumineux, bien entretenus et agréablement décorés.

La porte d'entrée donne sur un vaste hall qui constitue une salle commune. La porte est généralement ouverte ; elle est fermée sur décision médicale lorsque le comportement d'un enfant fait craindre une mise en danger.

Chaque adolescent dispose d'une chambre individuelle équipée d'une salle d'eau avec douche, lavabo et toilettes. L'une des chambres est adaptée à une personne à mobilité réduite. Les chambres sont toutes regroupées à une extrémité du bâtiment, qui constitue un espace « privé ». Rénovées en 2005, les chambres sont peintes en clair et peuvent être décorées par les patients ; le mobilier – lit, chevet, bureau, placard – est fait de bois et métal coloré ; elles ne peuvent pas être fermées de l'intérieur ; elles ne sont pas pourvues d'un dispositif d'appel opérant ; les fenêtres sont partiellement ouvrantes et munies de volets roulants. L'ensemble est en bon état et constitue un cadre de vie agréable ; aucune plainte n'a été relevée à ce sujet.

Les locaux communs – hall d'entrée, salle de classe, salle d'activités artistiques, salle à manger – sont conviviaux et en bon état.

b) Le personnel

Au moment du contrôle, le tableau du personnel se présente comme suit :

UCHA	Nombre	EPT théoriques	ETP pourvus
Praticien hospitalier psychiatre	1	1	1
Interne	2	2	2
Médecin pédiatre	2	vacations	
Cadre de santé	1	1	1
Assistante médico-administrative	1	0,60	0,60
IDE Jour/Nuit	10	9,70	9,70
Aide-soignant J/N	8	7,90	7,90
ASH	1	1	1
Assistante sociale	1	0,50	0,40
Educateur	2	2	1,80
Psychologue	1	0,50	0,50
Psychomotricienne	1	0,50	0,50
Enseignante	1	1	1
Artiste plasticienne	1	0,50	0,50

Le médecin chef de service, professeurs des universités, « pilote » l'UCHA en lien avec le praticien hospitalier et la cadre de santé responsables de l'unité, qu'il rencontre à cette fin « *une fois toutes les deux à quatre semaine* ». Il ne suit qu'exceptionnellement un patient à titre individuel mais conduit quelques thérapies familiales et intervient ponctuellement au soutien de l'équipe en cas de difficulté.

Le praticien hospitalier responsable de l'unité est présent quatre jours sur cinq¹⁰ ; le cinquième jour, un praticien du service intervient à la demande ; le soir, la nuit et le week-end, la continuité des soins est assurée par un système d'astreinte organisé au niveau du pôle. Outre le respect du cadre global du projet de soins et la définition des projets individuels, le PH se charge plus

¹⁰ Le cinquième jour est consacré à une journée d'intérêt général au centre hospitalier de Vire.

particulièrement des entretiens de pré admission et, par la suite, des entretiens avec les parents ou intégrant les parents.

Les **deux internes**, présents du lundi au samedi midi, sont plus spécialement chargés du suivi individuel des patients, qu'ils rencontrent environ une fois par semaine, sous le contrôle du PH. La **psychologue** intervient sur prescription médicale, pour effectuer des bilans dont elle rend compte également aux parents. Elle assure le lien avec les psychologues des structures ambulatoires.

Deux médecins pédiatres interviennent quatre fois par semaine, pour un total de douze heures. Un bilan est effectué à l'arrivée, intégrant notamment une mise à jour des vaccinations ; les jeunes sont ensuite reçus individuellement selon les besoins ; une partie de ce temps médical est consacrée à l'éducation à la santé (contraception, hygiène...) ; le suivi médical se poursuit parfois au-delà de la sortie.

Les infirmiers (sept femmes et trois hommes) ont pour certains une formation de puériculture ; ils travaillent par tranches quotidiennes de 7h30 et alternent matin, soir et nuit.

Les éducateurs (un homme et une femme) travaillent exclusivement de jour et en semaine.

Des fiches de poste distinguent le cadre des interventions respectives ; en pratique, il semble que les périmètres d'intervention de l'assistante sociale et des éducateurs se chevauchent (contacts avec les institutions sociales, éducatives et judiciaires extérieures). Il n'y a pas d'infirmier référent.

La cadre de santé, qui a manifestement une bonne connaissance des jeunes patients et conserve un rôle clinique auprès d'eux, s'applique à garantir la cohésion d'une équipe dont les membres sont de formation et parfois d'approche différentes. Une grande partie de l'équipe a suivi une formation à l'analyse systémique et aux thérapies familiales ; plusieurs ont suivi des formations relatives à la gestion de la violence et la prévention des comportements à risques ; il est dit que la quasi-totalité est volontaire pour travailler dans ce service.

De jour, l'encadrement minimum est de trois soignants dont au moins un IDE ; en pratique, le nombre d'adultes est largement supérieur dans la mesure où interviennent également un, voire deux éducateurs (même si les accompagnements extérieurs viennent parfois modifier ces données), ainsi que l'enseignante détachée de l'éducation nationale qui intervient à temps plein, une psychomotricienne et une artiste plasticienne qui interviennent chacune à mi-temps.

De nuit (21h30-6h40), l'effectif minimum est de deux soignants dont une infirmière formée en puériculture ; un aide-soignant supplémentaire est régulièrement présent jusqu'à 23h.

La situation des jeunes est évoquée lors du *staff* quotidien et plus en profondeur lors de synthèses hebdomadaires.

Une réunion hebdomadaire rassemble en outre l'équipe, pour partie sur des questions institutionnelles, et pour partie en analyse des pratiques ; une psychologue extérieure anime la totalité de cette réunion ; praticien hospitalier et cadre de santé sont présents exclusivement lors de la partie consacrée aux questions institutionnelles.

c) Les patients

L'UCHA accueille des patients de 11 à 16 ans, souffrant de difficultés et pathologies diverses (troubles du comportement, troubles de l'attachement, troubles des conduites, phobie scolaire, crise suicidaire, dépression, épisode délirant aigu, psychose émergente...). La quasi-totalité est confiée par les parents ; aucune admission n'a eu lieu lors des cinq dernières années sur décision

du représentant de l'Etat ; aucune ordonnance de placement du juge des enfants sur le fondement de l'article 375-9 du code civil n'est intervenue en 2015 ni en 2016 ; il est précisé que, pour les années antérieures, ils étaient de l'ordre d'un par an.

En revanche, le nombre d'enfants suivis par l'institution judiciaire est qualifié d'important et l'équipe s'interroge parfois sur le bien-fondé de l'hospitalisation de jeunes qui lui semble relever davantage d'un établissement éducatif.

100 à 110 enfants sont accueillis chaque année.

L'âge, au moment de l'accueil, se situe majoritairement entre 14 et 16 ans. L'accueil d'enfants de moins de 11 ans est exceptionnel. Celui d'adolescents de plus de 16 ans est significatif (en moyenne un quart des enfants accueillis). Selon les renseignements recueillis : « *il est arrivé qu'un enfant reste à l'UCHA au-delà de ses 18 ans ; il est même arrivé d'accueillir un enfant âgé de 18 ans et quelques jours* ». A l'inverse, il est aussi indiqué : « *il est arrivé, très exceptionnellement, de ne pas reprendre un mineur connu des services, ou de réorienter vers une unité pour adultes, un adolescent dont la corpulence et le comportement (violent) ne permettaient pas un accueil à l'UCHA* ».

Le taux d'occupation, lors des trois dernières années, s'est échelonné entre 86,80 % et 90,70 % ; si l'on tient compte des « permissions » dont la durée ne permet pas d'accueillir un autre enfant, ce taux est constamment supérieur à 100 %, obligeant parfois à utiliser un lit supplémentaire.

La durée moyenne d'hospitalisation est de l'ordre de trois semaines (de 18, 8 à 22 jours pour les trois dernières années).

La majorité des enfants est issue de familles domiciliées dans le Calvados – 63 % en 2015 – les autres provenant de la Manche. L'accueil d'enfants venant d'autres départements est exceptionnel (de un à trois enfants, de 2013 à 2015).

Au moment du contrôle, huit enfants âgés de 12 à 16 ans étaient hospitalisés à temps plein ; trois autres étaient en hôpital de jour. Les entrées s'étaient échelonnées entre septembre 2015 et le 6 avril 2016. Six entrées avaient eu lieu entre le 25 mars et le 6 avril 2016. Les deux hospitalisations les plus anciennes dataient de septembre et novembre 2015.

d) *La prise en charge*

Les enfants concernés. Le projet de soins de l'UCHA, tel qu'issu du rapport établi en vue du renouvellement de l'autorisation, évoque « *une prise en charge intensive et de courte durée répondant aux situations de crise et de détresse aiguë* ». Il ne définit pas les situations ou les pathologies ; le discours exclut cependant les enfants autistes (aux motifs qu'ils nécessitent une prise en charge spécifique et de longue haleine et que leur accueil parmi des adolescents en crise peut en faire des souffre-douleur).

En pratique, l'UCHA accueille des adolescents suicidaires, des jeunes souffrant de troubles du comportement protéiformes, des phobies scolaires et – ils sont minoritaires – des jeunes présentant un épisode délirant susceptible de marquer une entrée dans la psychose.

L'admission en urgence est possible 7 jours/7 et 24h/24. Elle représente de 40 à 45 % des accueils. Il est indiqué qu'une « proportion importante » des patients admis en urgence figurait sur liste d'attente.

Lorsque l'accueil immédiat est impossible mais que l'indication d'hospitalisation est urgente, l'enfant est accueilli en service de pédiatrie ou en service adulte, s'il a plus de 16 ans. Selon les documents fournis, ces situations représentent de 25 à 30 % des accueils de mineurs.

Si l'admission peut être différée, une rencontre, dite visite de pré admission, a lieu avec le praticien hospitalier responsable de l'UCHA, le jeune et ses parents ou ceux qui en tiennent lieu. Il s'agit à la fois d'un recueil et d'une transmission d'informations destinée à conforter, ou infirmer, l'indication d'hospitalisation ; si l'indication est confirmée, le motif et les objectifs du séjour sont énoncés, à défaut d'un diagnostic précis, pour lequel, s'agissant d'adolescents, la plus grande prudence est de mise. Le jeune et ses parents sont invités à visiter les locaux ; les règles de fonctionnement sont expliquées. L'admission est en revanche différée jusqu'à ce qu'une place se libère ; dans l'attente, un suivi ambulatoire s'instaure ou se poursuit. L'hospitalisation programmée représente de 25 à 32 % des modes d'entrée.

Le projet de soins exposé dans le rapport établi en 2016 pour le renouvellement de l'autorisation évoque un projet s'appuyant sur :

- un cadre contenant ;
- des entretiens médicaux et infirmiers formalisés ;
- des thérapies individuelles et familiales ;
- des groupes de parole ;
- des groupes thérapeutiques ;
- des séances de sophrologie ou de relaxation ;
- des ateliers (arts plastiques, sport, cuisine, jardinage, musique, soins esthétiques, théâtre) ;
- des temps de loisir (sport, sorties) ;
- des temps scolaires ;
- un accompagnement des familles.

Il est insisté sur l'approche pluridisciplinaire, au plan médical (contacts avec la pédiatrie générale, la neuro-pédiatrie, les laboratoires...)

Le traitement médicamenteux n'est pas de principe ; il est réservé au traitement des troubles psychiatriques caractérisés ou, de manière transitoire, au soulagement d'une angoisse massive ou d'un trouble du sommeil.

Ainsi qu'il a été dit, la porte de l'unité est ouverte et le projet fait une place importante à l'apprentissage de l'autonomie.

Divers protocoles ont été mis au point pour gérer les difficultés : fugue, violence, urgence somatique etc.

La scolarité est décrite comme un élément essentiel du soin ; elle est énoncée comme un objectif, y compris pour les enfants souffrant de phobie scolaire ou déscolarisés. Comme l'ensemble des activités, elle est ordonnée sur prescription médicale. Une enseignante à temps plein effectue des bilans individualisés et entretient des liens avec les établissements scolaires, afin de garantir un suivi optimal. Elle assure des cours en ateliers, auprès de petits groupes d'enfants de niveau collège, selon un rythme adapté aux capacités psychiques des enfants et qui dépasse rarement une dizaine d'heures par semaine. Ceux qui le peuvent sont scolarisés à l'extérieur, certains à temps partiel ; tel était le cas de trois jeunes au moment du contrôle. Leur accompagnement physique jusqu'à l'établissement est considéré comme une condition de la réussite lorsque la phobie scolaire est importante ; il est d'autant plus difficile parfois que le domicile des parents est éloigné. Il est aussi recouru à un service pédagogique d'assistance à domicile, notamment pour les élèves de niveau lycée.

L'enfant qui refuse la scolarité dès lors qu'elle est médicalement prescrite reste en chambre durant le temps correspondant aux cours prévus.

Le règlement intérieur évoque une journée rythmée ; la pratique veut laisser place à une certaine souplesse : lever à partir de 7h, toilette obligatoire (matin ou soir), tenue décente exigée, repas en commun avec les soignants et participation aux tâches ménagères, scolarité obligatoire selon un rythme déterminé par le médecin, participation aux activités prescrites, goûter entre 16h et 17h30, dîner à 19h, coucher entre 21h45 et 22h30 les veilles de classe.

Outre les interdits posés par la loi pénale (dont les principaux sont rappelés), les restrictions aux libertés sont les suivantes :

- les objets dangereux – rasoirs, parfums – ainsi que les consoles de jeux, appareils photos et ordinateurs sont remis au soignant (ou aux parents) dès l'admission. L'usage de l'ordinateur et d'internet s'effectue en classe sous le contrôle de l'enseignant ;
- les chambres doivent être rangées par le patient ; leur accès est possible en journée mais il est interdit de séjourner dans la chambre d'un autre patient ;
- le téléphone portable est interdit durant toute la durée de l'hospitalisation. Cet interdit est justifié par trois arguments :
 - o il est un symbole de la priorité du soin : il s'agit d'être disponible à une réflexion sur soi ;
 - o il évite que des contacts négatifs avec l'univers adolescent viennent polluer le soin ;
 - o il évite des atteintes au droit à l'image.

Un téléphone fixe permet de recevoir et passer des appels, avec l'accord du médecin, dans de larges tranches horaires (8h-12h30 et 14h30-18h30).

Le courrier est libre « sauf exception » ; les motifs et les éventuelles modalités de contrôle ne sont pas précisés.

Les visites sont déterminées par le médecin et permises dans de larges tranches horaires (entre 13h30 et 19h en semaine, entre 10h et 19h le week-end). Elles se déroulent dans le salon réservé ou dans le parc.

Les sorties en famille sont fixées par le médecin ; le retour donne lieu à inventaire : l'adolescent doit restituer son téléphone et retourner ses poches. L'usage du tabac est interdit à l'intérieur de l'unité et limité à trois cigarettes par jour à l'extérieur, sur autorisation parentale, pour les mineurs âgés de plus de 13 ans. Les cigarettes, comme les friandises, sont déposées dans un casier personnel. Des consultations anti-tabac sont parallèlement proposées.

Enfin le règlement interdit « les relations amoureuses » au sein de l'établissement. Les soignants disent veiller au respect de cette règle et à la protection de l'intimité des jeunes. La question de la contraception est abordée avec le pédiatre.

La gestion de la violence. L'UCHA ne dispose pas de chambre d'isolement. Il est insisté sur la nécessité d'anticiper les situations de violence : « *on observe, on désamorce* ». Les conditions citées pour pouvoir fonctionner sans chambre d'isolement, sont ainsi évoquées :

- du personnel en nombre suffisant et formé ;
- du bien-être pour les enfants et les équipes ;
- de la communication ;

- une capacité à adapter les réponses.

Les premières réponses à l'agressivité se situent dans le dialogue et la possibilité donnée à l'adolescent de s'isoler hors le regard de l'adulte. Ce retrait provisoire peut avoir lieu en chambre ou dans un « jardin zen » joliment équipé, en tous cas dans un environnement agréable où l'enfant est susceptible de se ressourcer. Si l'agitation persiste – bris de matériel, coups dans les murs, auto ou hétéro agressivité – il est recouru à l'isolement forcé, en chambre, voire, exceptionnellement, à la contention.

La contention est utilisée sur prescription médicale et considérée comme un dernier recours, dont le jeune est informé : « *c'est dur pour nous de les mettre et on ne le fait que si on sent que le gosse va exploser* » ; il est précisé que certains adolescents, à cet instant, se laissent faire. Le plus souvent, il est fait appel au personnel des pavillons voisins, *via* les alarmes portatives individuelles.

Un cahier recense les isolements. Il a été recouru huit fois à l'isolement en chambre entre juin 2015 et avril 2016, pour cinq adolescents ; la contention a été utilisée à cinq reprises et l'injection, deux fois ; les autres situations se sont accompagnées d'un traitement médicamenteux oral, sauf dans un cas, où le patient s'est calmé rapidement.

Mise en chambre fermée, et *a fortiori* contention, s'accompagnent d'une surveillance renforcée – « *toutes les dix minutes environ en cas de contention* » – et de la reprise d'un dialogue dès que l'état de l'adolescent le permet. L'isolement serait fréquemment limité à une durée inférieure à une heure mais, lorsqu'il intervient le soir, il peut se poursuivre toute la nuit.

Le personnel souhaiterait bénéficier d'une salle d'apaisement, ce qui, effectivement, paraît de nature à parfaire le dispositif d'évitement de la crise.

La famille tient une place prépondérante dans le discours des soignants : « *on travaille avec la famille, y compris lorsqu'elle est maltraitante* ».

Les renseignements relatifs à la situation familiale, notamment au regard de l'autorité parentale, font l'objet d'une fiche remplie par un soignant, sur les déclarations du parent présent lors de l'entretien d'accueil. Les diverses autorisations (opération, photographie, tabac, sorties etc.) sont proposées à la signature du parent présent, qui est invité à informer l'autre parent.

Sous les réserves indiquées plus bas, les deux parents bénéficient, en tant que tels, d'un droit de visite et d'hébergement. Le parent qui allègue une restriction des droits d'autorité parentale de l'autre est invité à en fournir la preuve.

Le placement éventuel n'apparaît pas en tant que tel dans les documents d'admission ; il est sous-entendu lorsque la rubrique « équipe socio-éducative » mentionne un intervenant de cette nature. Le placement n'exclut ni la rencontre avec les parents, ni qu'ils soient sollicités pour remplir les diverses autorisations. En cas d'absence, les documents leur seront adressés par l'intermédiaire du service « gardien ». Il est estimé que le placement à l'aide sociale à l'enfance complique parfois la prise en charge en obligeant à contacter des partenaires dont la réactivité est qualifiée de faible.

A l'admission, une « pause » dans les relations parents-enfants est estimée nécessaire, pour permettre à l'adolescent et à sa famille d'interroger la relation qui les unit ; elle est généralement réduite à 48 heures. Pendant cette période, les parents sont encouragés à prendre des nouvelles de leur enfant auprès de l'équipe ; l'adolescent est informé de leur démarche. Dans les huit jours de l'admission et avant la reprise des visites, le PH reçoit les parents en présence du jeune, de l'interne et d'un soignant. Les modalités de la reprise des liens sont alors fixées ; visite pour

commencer – médiatisée le cas échéant – et, rapidement, retours en famille le week-end. Il est dit qu'en cas de placement judiciaire, le service se procure l'ordonnance et respecte la périodicité fixée par le juge, sauf à la réduire pour raisons médicales.

La préparation de la sortie s'effectue en lien avec les parents, l'établissement scolaire pressenti et, le cas échéant, les services extérieurs ; elle passe parfois par une hospitalisation de jour ; dans tous les cas elle intègre la poursuite des consultations.

Pour le jeune patient hospitalisé depuis septembre 2015, les conditions de la reprise d'une scolarité interne et le travail effectué avec la famille laissaient espérer un départ avant l'été 2016, avec expérimentation préalable d'une scolarité extérieure dans un nouvel établissement susceptible de l'accueillir en internat à la rentrée 2016.

La situation de l'enfant admis en novembre 2015 apparaissait encore trop fragile pour envisager une sortie mais des hypothèses étaient formulées, qui tenaient compte à la fois du jeune et de son environnement.

Bonne pratique

A travers le récit du déroulement de l'hospitalisation de plusieurs jeunes, il apparaît d'une part que le projet est individualisé, d'autre part que les liens avec l'extérieur sont constants. Les exemples évoqués permettent de penser que la prise en charge est le fruit d'une observation attentive, qu'elle est respectueuse des droits du patient et de ses capacités d'évolution, qu'elle intègre une « prise de risque » mesurée, de nature à susciter l'adhésion.

Recommandation

Conformément à la recommandation visant le secteur des adultes, il faut sans plus tarder mettre en place un registre d'isolement et de contention répondant aux exigences de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

7.3.2 La prise en charge des adolescents en unité pour adultes

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les mineurs accueillis en unité pour adultes ont généralement plus de 16 ans et le sont faute de place à l'UCHA.

Selon les renseignements fournis au centre Esquirol, quarante-six séjours de mineurs ont été recensés en 2015, pour des durées variant de 1 à 37 jours, la moitié des séjours ayant duré 10 jours au moins. Une large majorité a transité par les urgences générales, les autres sont venus directement depuis le domicile ; aucun n'est enregistré comme venant de l'UHCA. Aucun de ces mineurs n'avait moins de 15 ans (à l'exception de quatre, qui étaient dans leur seizième année, tous avaient 16 ans accomplis).

L'accueil en unité adultes s'effectue selon les modalités suivantes : le consentement des parents aux soins est recueilli, l'adolescent est placé en chambre individuelle, le chef de service est immédiatement alerté, des dispositions sont prises pour que le jeune puisse bénéficier de certaines activités organisées à l'UCHA, des contacts sont établis avec l'établissement scolaire.

L'accueil se réalise très majoritairement au sein de l'UCPU, qui accueille les malades les moins en difficulté. Six mineurs ont été adressés directement à l'USI ; parmi eux, quatre ont été placés en chambre d'isolement pour une durée variant de trois à sept jours, dont trois jours maximum d'isolement strict. Dix mineurs ont été accueillis en unité standard.

Au moment du contrôle, un jeune de 17 ans était ainsi accueilli à l'UH2. Il bénéficiait de cours (mathématiques, français, histoire-géographie) chaque semaine, dispensés sur place par une association spécialisée, l'objectif étant un accueil séquentiel en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP). Un soignant l'accompagnait régulièrement à la maison des adolescents et à l'UCHA, pour des activités partagées avec d'autres jeunes ; le transport avait d'abord eu lieu en voiture, puis à pied et en bus (« *pour lui apprendre à se repérer et à se débrouiller* ») ; au moment du contrôle, le jeune était estimé capable et autorisé à sortir seul. Sa famille était régulièrement reçue par un soignant de l'unité d'accueil ; il recevait des visites régulières de sa grand-mère (qui l'avait partiellement élevé), avec qui il était autorisé à sortir une fois par quinzaine ; en journée, il ne disposait pas de son téléphone mais pouvait utiliser celui du service, dans la limite du règlement.

8. CONCLUSION

La visite a mis en évidence des points très positifs parmi lesquels on retiendra particulièrement :

- un personnel attentif et bienveillant ;
- des locaux globalement agréables et bien entretenus ;
- une prise en charge fondée sur un principe de liberté et offrant aux patients un parcours de soins individualisé ;
- des protocoles et des pratiques de nature à anticiper et gérer les crises et à maintenir un climat paisible au sein des unités.

Les contrôleurs déplorent toutefois :

- le caractère très contraint des locaux de l'USI et la conception des chambres d'isolement (dépourvues de toilettes et de dispositif d'appel) ;
- la gestion de la sur occupation, et le maintien à l'USI, voire en chambre d'isolement porte ouverte, de patients dont l'état ne le justifie pas ;
- l'insuffisance d'activités ;
- une prise en charge somatique irrationnelle ;
- un dispositif d'information des patients largement perfectible ;
- un registre de la loi non tenu dans le respect des règles.