



Rapport de visite :

6 au 10 mars 2017 - 2^{ème} visite

Centre Hospitalier Spécialisé

de l'Yonne

Auxerre

(Yonne)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs se sont rendus du 6 au 10 mars 2017 au centre hospitalier spécialisé de l'Yonne situé à Auxerre. Il s'agissait de la deuxième visite, la première ayant eu lieu au mois de février 2009. Le rapport de constat relatif à la deuxième visite a été envoyé le 11 janvier 2018 au directeur de l'établissement, au président du tribunal de grande instance de Sens, au président et au procureur de la République du tribunal de grand instance d'Auxerre, au préfet de l'Yonne et à l'Agence régionale de santé de Bourgogne. Le directeur de l'établissement et la présidente du tribunal de Sens ont fait valoir leurs observations par courriers des 22 janvier 2018 et 14 février 2018 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre hospitalier spécialisé est situé dans le département de l'Yonne qui est divisé en quatre secteurs géographiques, avec deux villes pivot : Auxerre et Sens. Un pôle pour adultes et un pôle infanto-juvénile couvrent tous les secteurs. Les unités d'hospitalisation complète sont implantées à Auxerre et à Sens. Pour les adultes sont installés à Sens l'unité Henri Ey de trente-cinq lits et trois unités de psychiatrie générale : Marcel Aymé avec trente-quatre lits, Pierre Larousse avec trente-trois lits, Marie Noël avec trente-quatre lits plus quatre unités intersectorielle pour des patients au long cours (quarante lits), pour des patients polyhandicapés (quarante-cinq lits), pour des patients traités pour des addictions (vingt-cinq lits). A cela s'ajoute pour les mineurs de 12 à 16 ans l'unité d'hospitalisation complète Racamier de dix lits.

Au jour de la visite l'effectif théorique était de trente et un praticiens attachés au CHS. Mais dix postes de psychiatres étaient vacants, ainsi que deux postes de somaticiens. Par contre aucune vacance n'était signalée en ce qui concerne le personnel non médical, soit 860 agents. L'absentéisme est présenté comme très variable selon les secteurs (une moyenne de 7,21 %, chiffre de 2015), mais plus important dans les secteurs qui prennent en charge les patients polyhandicapés. Les soignants travaillent selon des tranches horaires de 7 heures et 40 minutes et les équipes de nuit sont dédiées.

Les unités sont construites sur le même modèle. Les pavillons ont une partie ouverte avec les deux tiers des lits pour les patients en soins libres. La partie fermée est réservée aux patients en soins sans consentement pour un tiers des lits. Les chambres individuelles sont spacieuses avec une salle d'eau attenante et un dispositif d'appel près du lit et dans la salle d'eau. Chaque partie dispose d'une salle d'activité au moins. Les bureaux des infirmiers sont des pièces en enfilade avec une vue sur la partie fermée très réduite.

Peu de suites ont été données aux recommandations formulées lors de la première visite en 2009. Il a été constaté qu'il y avait une légère amélioration des repas, car dans certaines unités les patients peuvent choisir entre plusieurs plats. Par ailleurs des patients peuvent bénéficier des prestations d'une coiffeuse, alors que le manque d'activités avait été relevé.

Le présent rapport fait état de **quarante recommandations**, car nombreux sont les droits des patients qui ne sont pas respectés.

Les constats relatifs au droit à l'information des patients

L'information des patients est insuffisante, car le livret d'accueil et le règlement intérieur qui doivent être réactualisés ne sont pas remis systématiquement à tous.

Tous les patients ne sont pas informés de la possibilité de désigner une personne de confiance et du rôle exact de celle-ci durant leur séjour à l'hôpital.

La notification des décisions d'admission est faite sans s'assurer que le patient en a compris le sens et les droits qui en découlent. Les patients ne connaissent pas exactement les voies de recours qui sont à leur disposition, car les personnes qui leur délivrent cette information ne sont pas assez formées.

Les constats relatifs au droit au secret médical

La fugue est un risque que le personnel soignant doit accepter sans entraîner la mise en place de procédures sécuritaires qui ne respectent pas le secret médical ou la liberté des malades.

Ainsi l'installation de caméras de vidéosurveillance dans des espaces de soins, la présence des agents de la société de gardiennage aux côtés du personnel soignant pendant les rondes constituent une atteinte au secret médical.

Les constats relatifs au droit d'aller et venir

Dans les unités fermées, l'accès aux espaces à l'air libre est trop souvent limité dans la journée, sans motif médical.

Certains patients en soins libres sont maintenus dans le secteur fermé à des fins disciplinaires, sans que leur consentement soit expressément recueilli.

Les chambres d'isolement sont parfois utilisées pour permettre à des patients d'attendre qu'un lit soit disponible, sans prescription médicale.

Des patients admis en soins libres peuvent être maintenus plus de douze heures en chambre d'isolement, sans que leur statut juridique ne soit modifié.

Les constats relatifs à la sécurité des patients

L'absence d'un dispositif d'appel en chambre d'isolement ne permet pas d'assurer la pleine sécurité des patients.

Les mineurs doivent être protégés sans être obligés de rester en chambre d'isolement.

En l'absence de dispositif de traçabilité et notamment de registre spécial, le déroulement des mesures d'isolement et de contention n'est pas correctement suivi.

Les constats relatifs à la dignité des patients

Les patients placés en chambre d'isolement ne disposent pas d'accès direct aux sanitaires et doivent attendre le passage des soignants.

La mise en pyjama imposée systématiquement aux patients installés en chambre d'isolement n'est pas respectueuse de leur personne.

Les personnes détenues doivent être prises en charge dans des conditions qui privilégient les soins comme pour les autres patients.

Les constats relatifs à l'accès aux soins

Les placements en chambre d'apaisement avec porte fermée ne doivent être réalisés ou autorisés que sur décision médicale.

Le recours à l'isolement et à la contention sur prescription médicale « si besoin » ne peut pas être considéré comme un dernier recours tel qu'il est prévu par la loi.

Les contrôleurs ont relevé deux types de situations particulières : l'hospitalisation des mineurs avec un recours fréquent à l'isolement et l'hospitalisation de personnes polyhandicapées et très déficitaires dont le statut juridique n'est pas clairement fixé.

Le manque crucial de médecins impacte fortement la prise en charge des patients, même si le personnel soignant est apparu dans l'ensemble stable et impliqué dans ses missions au quotidien.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. **BONNE PRATIQUE** 38
La présence d'une coiffeuse favorise la dignité des patients.
2. **BONNE PRATIQUE** 39
Outre la prise en compte des aversions alimentaires, le choix entre plusieurs plats est donné aux patients dans certaines unités.

RECOMMANDATIONS

1. **RECOMMANDATION** 19
Le temps de son séjour en chambre d'isolement, un patient doit continuer à disposer d'un lit d'aval ordinaire dans l'unité d'hospitalisation afin de pouvoir y être affecté dès que son état le permet.
2. **RECOMMANDATION** 20
L'établissement doit veiller au respect des conditions légales des admissions à la demande d'un tiers en urgence et pour péril imminent. Les premières doivent être exceptionnelles et les secondes doivent répondre à l'impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers.
3. **RECOMMANDATION** 21
Le livret d'accueil doit informer sur l'ensemble des droits spécifiques aux personnes hospitalisées sans leur consentement. Il doit être remis à tous les patients.
4. **RECOMMANDATION** 21
Le règlement intérieur, à l'instar du livret d'accueil, doit être amélioré pour mentionner les droits que le code de la santé publique accorde aux patients admis en soins psychiatriques sans consentement.
5. **RECOMMANDATION** 22
Il est souhaitable que les règles de vie fassent l'objet d'une harmonisation et d'une réflexion institutionnelle.
6. **RECOMMANDATION** 22
Les prescriptions de l'article L1111-6 du code de la santé publique relatives à la personne de confiance doivent être mises en œuvre.
7. **RECOMMANDATION** 23
Tout patient admis en soins psychiatriques sans son consentement doit être informé de l'ensemble des droits dont il dispose, notamment des droits issus de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

8. RECOMMANDATION 23

Aux termes de l'article L3213-1 du code de la santé publique, les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et énoncer avec précision les circonstances ayant rendu l'admission en soins nécessaire.

9. RECOMMANDATION 23

Les décisions d'admission, quelle qu'en soit l'origine, doivent être notifiées de manière à garantir au patient la compréhension des motifs, de son statut et des droits qui en résultent. Une copie doit être remise au patient.

Le personnel doit être sensibilisé à cet aspect de sa fonction

10. RECOMMANDATION 24

Un document détaillant, en termes compréhensibles, le déroulement de l'hospitalisation et les droits du patient admis en soins sans consentement doit être élaboré sans tarder.

11. RECOMMANDATION 29

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique.

12. RECOMMANDATION 30

Il est indispensable de mettre en place sans délai la commission départementale des soins psychiatriques afin qu'elle exerce réellement ses missions.

13. RECOMMANDATION 30

Il est nécessaire que les autorités visées aux articles L 3222-4 du code de la santé publique exercent leur mission de visite de l'établissement.

14. RECOMMANDATION 31

Le patient doit être précisément informé de l'ensemble des droits qui découlent de sa convocation devant le juge des libertés et de la détention.

15. RECOMMANDATION 32

La salle utilisée par le juge des libertés et de la détention au CHS d'Auxerre doit respecter les critères prévus par l'article L3211-12-2 du code de la santé publique.

16. RECOMMANDATION 33

La prise en charge somatique des patients hospitalisés est insuffisante en volume tant en termes de bilan d'entrée que de suivi.

17. RECOMMANDATION 35

Les données médicales sont confidentielles et ne doivent pas être énoncées publiquement.

18. RECOMMANDATION 36

L'organisation d'activités thérapeutiques ne doit pas être liée aux modalités d'hospitalisation, et ce au détriment des patients hospitalisés sous contrainte, mais être fonction des indications cliniques.

19. RECOMMANDATION 36

Le risque de fugue doit être intégré au fonctionnement des unités sans porter atteinte au rôle soignant du personnel.

20. RECOMMANDATION 37

La fiche de poste de l'agent de la société de gardiennage en poste à l'unité Henri Ey doit clairement indiquer que, s'agissant du secret professionnel, il est soumis dans l'ensemble de ses tâches et activités aux mêmes exigences que le personnel hospitalier.

21. RECOMMANDATION 38

La pratique de rondes de nuit conjointes de l'agent de la société de gardiennage et du personnel infirmier à l'intérieur des services d'hospitalisation de l'unité Henri Ey n'est pas acceptable

22. RECOMMANDATION 38

La présence de caméras de vidéosurveillance à l'intérieur des services d'hospitalisation de l'unité Henri Ey doit être clairement signalée.

23. RECOMMANDATION 38

La visualisation en temps réel des images des espaces intérieurs des services d'hospitalisation de l'unité Henri Ey et leur enregistrement ne devraient pas être effectués en continu mais mis en route seulement au moment du déclenchement d'un PTI par le personnel infirmier

24. RECOMMANDATION 40

Dans la partie fermée des unités, l'accès au tabac doit être organisé de manière plus souple en fonction de la situation des patients. La conception sécuritaire des pauses cigarette doit être revue, afin que les soignants retrouvent la place qui est la leur.

25. RECOMMANDATION 42

L'accès à l'air libre des patients hospitalisés en unité fermée, dans les espaces extérieurs dédiés, doit être permis à tout moment de la journée, en dehors des temps dédiés aux repas, aux soins ou aux activités.

26. RECOMMANDATION 44

La limitation de la liberté d'aller et venir ne doit pas être utilisée à des fins disciplinaires. Il n'est pas acceptable que des patients admis sous le régime des soins libres soient hospitalisés durablement en secteur fermé, particulièrement lorsqu'ils n'ont pas expressément consenti à ce régime d'hospitalisation, ou lorsqu'ils manifestent leur désaccord. Le centre hospitalier doit mettre fin d'urgence à ces pratiques déjà signalées en 2009.

27. RECOMMANDATION 44

Les patients placés sous contention doivent pouvoir accéder à un dispositif d'appel installé dans la chambre d'isolement.
Il pourrait être envisagé, comme observé par les contrôleurs dans d'autres hôpitaux, d'installer pour ces patients des appareils d'écoute à distance.

28. RECOMMANDATION 45

Les pendules installées dans le sas d'accès aux chambres d'isolement doivent être visibles pour les patients placés sous contention.

29. RECOMMANDATION 46

Il est indigne que les patients placés en chambre d'isolement n'aient pas d'accès direct aux sanitaires et soient contraints d'attendre le passage des soignants ou de recourir au pistolet et bassin remis pour se soulager, souvent en se souillant.

30. RECOMMANDATION 47

Il n'est pas acceptable que les forces de police interviennent, sans réelle justification, dans des espaces de soin. Leur présence porte une atteinte grave au secret médical et crée un doute sur le caractère disciplinaire du placement.

31. RECOMMANDATION 47

Les patients ne doivent pas être systématiquement mis en pyjama lors du placement en chambre d'isolement. Cette pratique qui peut être violente et humiliante pour les patients doit être utilisée de manière proportionnée, dans les situations où elle s'avère absolument nécessaire.

32. RECOMMANDATION 48

Les patients en soins libres ne doivent pas être placés en chambre d'isolement au-delà de 12 heures, le temps nécessaire à la résolution de la crise, ou à la transformation du régime de soins.

33. RECOMMANDATION 48

Les chambres d'isolement doivent être réservées aux patients placés à l'isolement. La pratique consistant à y affecter, porte ouverte, des patients en attente d'un lit disponible, déjà remarquée lors de la visite de 2009, ne doit pas perdurer.

34. RECOMMANDATION 49

Les placements en chambre d'apaisement réalisés à l'unité Soufflot s'effectuant porte fermée, ils doivent être traités comme des placements à l'isolement au sens de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, et donc faire systématiquement l'objet d'une décision médicale et n'être décidés que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

35. RECOMMANDATION 49

Il doit être mis fin sans délai aux pratiques de prescription « si besoin » pour le recours à l'isolement et à la contention, de telles prescriptions étant par nature incompatibles avec la condition de dernier recours imposée par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique pour ces mesures.

36. RECOMMANDATION 50

Il convient de s'assurer que le registre en cours de construction permette d'assurer une analyse et un contrôle effectif des mesures d'isolement et de contention en incluant toutes celles qui sont pratiquées à l'établissement et en précisant leurs date et heure de fin ainsi que les passages réels de l'équipe soignante pour en assurer la surveillance.

37. RECOMMANDATION51

L'accès au téléphone doit être en principe libre, et ne peut être restreint que de manière individualisée, en fonction de l'état clinique des patients. La diversité des pratiques entre des unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différences de pathologies doit faire l'objet d'une réflexion et d'un travail d'harmonisation.

38. RECOMMANDATION53

Le droit à une vie affective et sexuelle et l'accès aux divers moyens de contraception doivent faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. L'approche de la sexualité des patients hospitalisés au CHS de l'Yonne peut s'appuyer sur le travail entrepris à la résidence Girard de Roussillon, portant sur la vie affective et sexuelle des personnes handicapées.

39. RECOMMANDATION55

Les conditions de vie des personnes détenues hospitalisées dans l'espace dit « de carceralité » sont indignes et ne sauraient perdurer. Le principe légal selon lequel les personnes détenues ont accès aux soins dans les mêmes conditions que les autres patients doit être respecté, ce qui signifie que le soin doit primer sur l'aspect sécuritaire au sein de l'hôpital.

40. RECOMMANDATION60

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés dans un secteur accueillant des adultes de plus de 25 ans, qui plus est souffrant de pathologies sévères. Le placement en chambre d'isolement des mineurs, dans le seul but d'éviter la cohabitation avec les patients adultes, ne répond pas aux exigences légales.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LES ELEMENTS ISSUS DE LA PRECEDENTE VISITE	13
3. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	14
3.1 L'offre de soins de psychiatrie dans le département organisée autour de pôles et secteurs très autonomes.....	14
3.2 Le personnel, un manque crucial de médecins	15
3.3 Des locaux en bon état mais, pour la partie fermée des unités, un accès réduit à l'air libre et un bureau des infirmiers peu ouvert sur l'unité	17
3.4 Un budget en équilibre	18
3.5 Une activité qui ignore la place du tiers dans l'admission en soins sans consentement et un taux d'occupation qui risque de porter atteinte aux droits des patients hospitalisés durablement en chambre d'isolement	19
4. L'INFORMATION DES PATIENTS RELATIVEMENT A LEURS DROITS	21
4.1 Les informations de portée générale sont incomplètes, le règlement intérieur est difficilement accessible et les règles de vie ne sont pas jointes au livret d'accueil	21
4.2 L'information spécifique destinée aux patients admis en soins sans consentement est minimaliste et insuffisamment protectrice de leurs droits	22
5. LES DISPOSITIFS GARANTISSANT LA PROTECTION DES PATIENTS ET LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	25
5.1 Les associations de familles et d'usagers : une faible présence.....	25
5.2 La protection juridique des majeurs : un suivi attentif par le service de l'hôpital, mais des dysfonctionnements des services privés	26
5.3 les évènements indésirables sont en baisse et sont suivis d'actions d'amélioration	26
5.4 le collège des professionnels de santé se réunit régulièrement, reçoit les patients et peut prononcer des mainlevées	28
5.5 Le comité d'éthique est d'installation récente	28
6. LES DISPOSITIFS DE CONTROLE	29
6.1 Le registre de la loi n'est pas tenu conformément aux prescriptions légales	29
6.2 La commission départementale des soins psychiatriques est en sommeil	29
6.3 La visite des autorités n'est pas faite	30

6.4	L'intervention du juge des libertés et de la détention est parfois très précoce et la salle d'audience, à Auxerre, ne respecte pas les critères légaux	30
7.	LA PRISE EN CHARGE	33
7.1	Les soins somatiques, une prise en charge minimaliste	33
7.2	les aspects psychiatriques de la prise en charge : la confidentialité des traitements n'est pas respectée et les activités ne bénéficient pas à tous.....	34
7.3	La vie quotidienne : une situation contrastée	36
7.4	La préparation à la sortie s'envisage dès l'admission	40
8.	L'EXERCICE DES DROITS ET LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	42
8.1	La liberté d'aller et venir est très limitée et ne tient pas compte du statut juridique du patient.....	42
8.2	L'isolement et la contention sont réalisés dans des conditions matérielles indignes sans traçabilité et sans réflexion sur les pratiques	44
8.3	La vie privée et familiale : des améliorations s'imposent.....	50
8.4	Le droit de vote n'est pas effectif	51
8.5	les activités philosophiques et religieuses sont peu proposées donc peu demandées.....	51
8.6	La sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	52
8.7	Les conditions d'hospitalisation des personnes détenues sont irrespectueuses de la dignité des patients	54
9.	L'HOSPITALISATION DES MINEURS	56
9.1	Des locaux neufs et bien aménagés.....	56
9.2	Des professionnels attentifs mais une présence médicale insuffisante compte tenu de l'étendue du pôle	56
9.3	Des modalités d'admission qui devraient être assorties d'une information plus précise des représentants légaux	57
9.4	Une prise en charge intensive mais qui n'empêche pas le recours à l'isolement.	58
9.5	L'hospitalisation en service pour adultes, réalisée du fait de manque de lits se fait dans des conditions illégales.....	60
10.	L'HOSPITALISATION DES PERSONNES PORTEUSES D'UN HANDICAP PSYCHIQUE OU CHRONIQUE QUESTIONNE QUANT A LEUR STATUT JURIDIQUE MAIS RASSURE SUR LES CONDITIONS DE VIE DONT ELLES BENEFICIENT.....	61
11.	CONCLUSION GENERALE.....	62

Rapport

Contrôleurs :

- Dominique LEGRAND, cheffe de mission ;
- Marie-Agnès CREDOZ ; contrôleure,
- Gérard LAURENCIN ; contrôleur,
- Dorothee THOUMYRE ; contr.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) de l'Yonne, du 6 au 10 mars 2017.

L'établissement avait fait l'objet d'une précédente visite au mois de février 2009.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement situé au 4, avenue Pierre Scherrer à Auxerre, le 6 octobre 2017 à 15h15.

Ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement et le président du conseil de surveillance. La mission a été présentée aux professionnels de l'établissement dont le président de la commission spéciale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints, les médecins chefs de pôle et responsables des unités, les cadres supérieurs de santé, des cadres de santé, des soignants, des représentants des organisations professionnelles et des représentants des usagers.

Des contacts ont été établis avec le cabinet du préfet de l'Yonne, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) d'Auxerre ainsi que la présidente près le tribunal de grande instance de Sens. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

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

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Le 9 octobre au soir, une brève restitution a été faite au directeur, qui ne pouvait être présent le lendemain. Une restitution plus complète a eu lieu le 10 octobre à 10h30, en présence des directeurs adjoints, du président de la CME, des médecins et cadres de santé des unités. Les contrôleurs ont quitté l'établissement à midi.

2. LES ELEMENTS ISSUS DE LA PRECEDENTE VISITE

1) Capacité d'accueil en hospitalisation complète. Le Contrôleur général, dans son courrier à la ministre de la santé et des sports, s'est interrogé sur la capacité de l'hôpital à satisfaire les besoins d'hospitalisation à temps plein. Il avait en effet été observé que des patients étaient hébergés en chambre d'isolement, faute de place en chambre ordinaire.

Dans sa réponse au rapport de visite, la ministre répond que l'offre s'est diversifiée, que les soins ambulatoires constituent une réponse majoritaire, que l'établissement s'attache à réorienter les hospitalisations inadéquates vers des structures plus adaptées, notamment médico-sociales.

2) Liberté d'aller et venir. A l'issue de la visite conduite en 2009, il était regretté qu'un nombre important de patients en soins libres soient hébergés en unité fermée ; il était recommandé de mettre en conformité les modalités d'hospitalisation avec le statut du malade.

Dans sa réponse au rapport de visite, la ministre de la santé et des sports indique que l'admission en unité fermée d'un patient en soins libres s'effectue en principe avec son accord signé ; elle indique qu'un programme d'évaluation des pratiques a été initié sur ce point.

3) Information du patient. Il était recommandé de porter à la connaissance des patients le règlement de fonctionnement des unités et le tableau des avocats de l'Yonne, de les informer de leur droit de désigner une personne de confiance.

La ministre de la santé a fait savoir que l'établissement s'était engagé à respecter le droit du patient à l'information et que le règlement intérieur et le livret d'accueil devaient être revus à cette fin.

4) Notification des décisions administratives. Il était regretté, d'une part, que la notification soit effectuée tardivement, d'autre part, qu'elle ne soit pas assortie des explications utiles à sa compréhension.

La ministre de la santé a répondu que l'établissement avait mis en place un dispositif de nature à améliorer la compréhension des documents administratifs, désormais portés à la connaissance du patient lors d'un entretien conduit par un médecin et un membre du personnel soignant.

5) Le caractère « carcéral » des cours du site d'Auxerre était dénoncé, de même que l'absence d'aménagements et, plus largement, une insuffisance d'activités, notamment en matière d'accès à la lecture.

La ministre a répondu que l'établissement avait engagé une politique dynamique de recrutement du personnel afin d'offrir aux patients des activités thérapeutiques, et non seulement occupationnelles.

6) Hospitalisation des personnes détenues. Il était déploré que les personnes détenues soient placées dans des chambres dites « de carcéralité », sans visite ni téléphone.

La ministre de la santé et des sports indique que l'établissement a engagé une réflexion à ce sujet, en concertation avec l'administration pénitentiaire. Elle évoque également l'ouverture (proche à cette époque) des unités hospitalières spécialement aménagées, destinées à accueillir les détenus hospitalisés avec ou sans leur consentement dans de bonnes conditions.

3. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'OFFRE DE SOINS DE PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT ORGANISEE AUTOUR DE POLES ET SECTEURS TRES AUTONOMES

Le département de l'Yonne compte 341 483 habitants ; Auxerre occupe une place centrale tant au plan administratif que géographique et le centre hospitalier (CH) d'Auxerre est départemental. Le département est divisé en quatre secteurs autour des villes de Sens (secteur 1), Joigny et Saint-Florentin (secteur 2), Toucy, Bléneau et Joux-la-Ville (secteur 3), Avallon et Tonnerre (secteur 4). La commune d'Auxerre, située au centre du département, est elle-même divisée entre les secteurs 2, 3 et 4.

L'organisation en pôles distingue, d'une part, un pôle pour adultes et, d'autre part, un pôle infanto-juvénile ; chaque pôle couvre les quatre secteurs.

Pôle adultes. Chacune des villes pivot dispose d'au moins un centre médico-psychologique (CMP) et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (à l'exception de Bléneau).

Sens et Auxerre disposent chacune d'un hôpital de jour de vingt-cinq places.

Auxerre et Joux-le-Ville sont chacune siège d'un établissement pénitentiaire et disposent à ce titre d'une unité sanitaire.

Comme lors de la précédente visite, **les unités d'hospitalisation complètes** sont implantées à Sens et Auxerre et à chaque secteur est rattaché un pavillon.

Sens dispose d'une unité de psychiatrie générale Henri Ey (trente-cinq lits) rattachée au secteur 1.

Auxerre dispose de trois unités de psychiatrie générale : Marcel Aymé (trente-quatre lits rattachés au secteur 2), Pierre Larousse (trente-trois lits rattachés au secteur 3), et Marie Noël (trente-quatre lits rattachés au secteur 4).

Auxerre est par ailleurs le lieu d'implantation d'unités intersectorielles :

- une unité intersectorielle de patients au long cours Germain Soufflot (quarante lits), rattachée au secteur 2 ;
- une unité intersectorielle de patients polyhandicapés Sébastien Vauban (quarante-cinq lits) rattachée au secteur 4
- une unité intersectorielle de traitement des addictions Louis David (vingt-cinq lits), rattachée au secteur 3 ;
- un établissement public médico-social de cinq unités comportant chacune vingt lits (deux unités de type foyer d'accueil occupationnel, et trois de type foyer d'accueil médicalisé) également rattachées au secteur 3.

Pôle infanto-juvénile. Ce pôle est divisé en deux « centres de responsabilité », l'un pour enfants et l'autre pour adolescents, couvrant chacun l'ensemble du département.

Il dispose de CMP/CATTP à Toucy, Sens, Saint-Florentin, Joigny, Tonnerre, Avallon, Auxerre et d'un dispositif d'accueil familial thérapeutique pour enfants. Il comporte en outre les structures suivantes :

A SENS :

- une maison des adolescents (MDA) ;
- un centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA) ;

- un hôpital de jour – Restif de la Bretonne – de vingt places.

A AUXERRE :

- une maison des adolescents (MDA) ;
- un centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA) de 12 à 18 ans ;
- deux hôpitaux de jour : Jules Renard (trente places pour enfants) et Henri Vincenot (quinze places pour adolescents) ;
- une unité d'hospitalisation complète (Racamier) de dix lits, pour les 12-16 ans.

Une équipe de liaison composée d'infirmières et psychiatres se rend aux urgences et au centre hospitalier général et deux pédopsychiatres interviennent dans la même logique en pédiatrie.

Une équipe mobile composée exclusivement d'infirmiers intervient sur l'ensemble du département auprès des personnes en situation de précarité.

Le dispositif est complété par une offre privée, essentiellement tournée vers les adultes :

- la clinique de Regenne, située à Appoigny, offre quatre-vingt-un lits d'hospitalisation complète ; son activité est orientée vers la géronto-psychiatrie et sa situation géographique la conduit à accueillir une importante proportion de patients domiciliés en Ile-de-France ;
- la clinique Ker Yonnec, située à Champigny, offre 150 lits d'hospitalisation complète essentiellement consacrés à la géronto-psychiatrie ; comme la précédente, elle accueille des patients de plusieurs départements ;
- le foyer résidence Les Boisseaux, situé à Moneteau, accueille soixante-dix patients souffrant de troubles psychiques ; la plupart des médecins qui y interviennent sont rattachés au CHS d'Auxerre.

Une réflexion est en cours afin de rendre le territoire plus attractif pour les médecins et apporter une réponse cohérente aux besoins de populations spécifiques. Le centre hospitalier général (CH) d'Auxerre est décrit comme en grandes difficultés (des lits auraient fermé faute de médecins urgentistes et il ne serait pas rare que des patients soient directement adressés au CHU de Dijon (Côte-d'Or) de sorte que le CHS craint de ne pouvoir s'adosser au CH pour organiser une politique de territoire efficace.

3.2 LE PERSONNEL, UN MANQUE CRUCIAL DE MEDECINS

Au moment de la visite, trente et un praticiens personnes physiques étaient attachés au CHS – vingt et un titulaires, quatre contractuels, cinq attachés, un attaché associé – et neuf internes. La répartition des praticiens, en équivalents temps plein (ETP), s'établissait comme suit :

- secteur 1 : 4
- secteur 2 : 5
- secteur 3 : 5,1
- secteur 4 : 3,5
- psychiatrie infanto juvénile : 6,2
- médecine générale et de spécialités (pédiatrie, stomatologie, dermatologie) : 1,5.

Dix postes de psychiatres étaient vacants ou sur le point de l'être (deux départs prévus dans les mois suivant la visite) dont 3,5 en psychiatrie infanto-juvénile, raison pour laquelle trois des neuf internes étaient affectés à ce secteur (les autres étant répartis entre les secteurs et deux en addictologie (rattachée au secteur 3). Un poste de somaticien était vacant ; le deuxième ayant démissionné avec un départ dans le mois suivant le contrôle.

Les médecins partagent leur temps entre les structures intra et extra hospitalières parfois éloignées, outre les différentes commissions et activités d'intérêt général (dont il est dit qu'elles s'exercent souvent dans des structures d'aval) ; la tâche est lourde et les médecins indiquent ne pas pouvoir bénéficier de toutes les dispositions que prévoit leur statut en termes d'absences autorisées. La présence médicale n'est pas continue au sein de toutes les unités, même si chacune bénéficie de la présence d'un praticien hospitalier (PH) au moins une demi-journée chaque jour. Le suivi des patients peut en pâtir, de même que l'encadrement des internes et le contrôle de l'intervention des psychologues. Des soignants ont pu regretter que les unités soient dépourvues de médecin à certains moments clés (sur le temps de midi notamment, épisode qui a laissé des traces dans les mémoires en raison du suicide d'un patient et de la tentative de suicide d'un autre, en 2016.

La pyramide des âges montre que les médecins sont très majoritairement âgés de plus de 55 ans ; le renouvellement est présenté comme délicat ; l'établissement étudie des stratégies destinées à attirer les internes (offre de logement, accès facilité à des séminaires etc.).

Le personnel non médical qui compte 860 agents ne souffre de vacance dans aucune catégorie. Chaque secteur et chaque unité disposent d'un cadre supérieur de santé aux côtés du médecin responsable.

Le nombre de postes théoriques est, pour Henri Ey, de 36 soignants – infirmiers diplômé d'Etat (IDE) et aides-soignants (AS) compris – ; au jour de la visite, les postes étaient pourvus par 28,5 IDE et 7,8 AS, soit 36,3 ETP. Cette unité éloignée est mieux pourvue que les autres dans la mesure où elle ne peut bénéficier de la mutualisation.

L'unité Marcel Aymé disposait de 30 IDE pour 27 postes théoriques et de 4 AS pour 5 postes, soit 34 personnes pour 32 postes.

L'unité Pierre Larousse disposait de 32 IDE pour autant de postes et de 4 AS pour autant de postes ; les deux postes supplémentaires sont liés aux chambres dites « de carceralité ».

L'unité Marie Noël disposait de 28 IDE pour 27 postes et de 4 AS pour 5 postes, soit 32 soignants pour autant de postes.

Les 8 postes d'agent des services hospitaliers (ASH) par unité sont pourvus à Marcel Aymé ; l'unité Ey dispose d'un poste non pourvu ; les deux autres unités sont pourvues à hauteur de 78 %.

Le personnel soignant est stable ; il est en principe affecté à un secteur, ce qui facilite les remplacements internes. Au moment de la visite cependant, on déplorait, à Marcel Aymé, trois congés maladie et deux congés maternité non remplacés. A l'unité Pierre Larousse, une infirmière et un agent des services hospitaliers étaient absents et non remplacés. Par ailleurs, un roulement est organisé, obligeant chaque année deux soignants à rejoindre les unités Soufflot et Vauban pour que des agents de ces unités considérées comme peu attractives puissent en partir. Les cadres du CHS interviennent au sein de l'institut de formation en soins infirmiers et l'hôpital est terrain de stage. Les soignants sortant d'école ou qui n'ont pas exercé en psychiatrie se voient proposer une formation dans l'année de leur arrivée, afin de consolider les savoirs en matière de psychopathologie et d'appréhender des méthodes pratiques autour d'études de cas.

Chaque année, de trente à quarante agents selon les secteurs, suivent une formation en lien avec les problématiques rencontrées. A l'unité Henri Ey les soignants bénéficient d'une supervision.

L'absentéisme est variable : décrit comme « *bien au-dessous de la moyenne nationale pour le secteur 1* », il est au contraire considéré comme ayant « *impacté les activités thérapeutiques et occupationnelles* » au sein du secteur 4. En moyenne, le taux d'absentéisme était de 7,21 % en 2015 (chiffres disponibles au moment du contrôle) ; il n'est pas anodin de constater que le taux le plus élevé se situe dans les pôles 2 et 4 qui chacun gèrent une unité de patients polyhandicapés (Vauban et Soufflot), au sein de laquelle le personnel n'est pas toujours volontaire.

Le nombre de **postes de psychologues** varie en fonction du nombre de structures du secteur : deux pour le secteur 1 (qui, outre l'unité Henri Ey, dispose notamment d'un hôpital de jour) ; 1,5 pour le secteur 2 (une unité d'hébergement et deux CMP) ; 8,5 pour le secteur 3 (qui, outre l'unité Larousse et trois CMP, couvre la maison d'arrêt d'Auxerre, le centre de détention de Joux-la-Ville et une unité d'addictologie) ; deux pour le secteur 4 qui, outre l'unité d'hébergement, compte notamment un établissement médico-social).

Seule l'unité Marcel Aymé dispose d'un temps d'ergothérapeute (0,70 ETP), ce qui correspond à un choix médical.

Chaque secteur dispose d'un poste d'assistante sociale et d'au moins un poste d'agent administratif.

Le travail des soignants s'effectue en tranches horaires de 7 heures et 40 minutes ; les équipes de nuit sont dédiées. L'effectif de sécurité est respecté mais la configuration des locaux fait que la partie ouverte bénéficie généralement de la présence d'une majorité de soignants.

Au quotidien, il y a un IDE et un AS dans la partie fermée de l'unité, avec l'aide ponctuelle d'un autre IDE venant de la partie ouverte, selon les besoins.

3.3 DES LOCAUX EN BON ETAT MAIS, POUR LA PARTIE FERMEE DES UNITES, UN ACCES REDUIT A L'AIR LIBRE ET UN BUREAU DES INFIRMIERS PEU OUVERT SUR L'UNITE

Les unités, qui comptent entre trente-trois et trente-cinq lits, sont toutes construites sur le même modèle, déjà décrit lors de la précédente visite : chaque pavillon comporte une partie ouverte, librement accessible depuis l'extérieur et une partie fermée. La partie fermée est accessible, de l'intérieur, par deux portes tenues fermées, l'une donnant sur un couloir conduisant aux chambres, et notamment aux chambres d'isolement, et l'autre donnant sur une salle jouxtant le bureau des infirmiers.

La partie ouverte est théoriquement réservée aux patients en soins libres et comporte les deux tiers des lits. Ses locaux sont spacieux, lumineux, propres ; l'état général est bon, bien que le mobilier soit dégradé.

La partie fermée compte un tiers des lits et deux chambres d'isolement ; elle est organisée autour d'un vaste espace servant à la fois de salle à manger et de lieu de vie collectif. Une large baie vitrée donne sur une cour fermée, accessible en présence de soignants et à des moments déterminés correspondant aux « pauses cigarettes ».

Les chambres sont spacieuses et individuelles ; elles comportent, un lit, une table de chevet, une table et une chaise, un placard à digicode. Elles disposent d'une salle d'eau attenante (lavabo, miroir, douche et WC) ; elles sont équipées d'un dispositif d'appel près du lit et dans la salle d'eau ; elles disposent d'une lumière murale et d'une liseuse. Les fenêtres sont opacifiées et n'ouvrent que sur intervention d'un soignant. La porte, sauf exception, peut être fermée par le patient de l'intérieur.

Chaque partie, ouverte et fermée, dispose d'une salle d'activité au moins, d'une salle de bains et d'un poste de télévision.

Le bureau des infirmiers est constitué de pièces en enfilades, donnant successivement sur la partie ouverte et la partie fermée ; la vue sur la partie fermée est cependant très réduite et la taille du local incite plutôt les soignants à rejoindre leurs collègues, côté ouvert.

A Sens, les locaux sont équipés d'un matériel de vidéosurveillance ; il y sera revenu plus loin (Cf.7.3.1).

3.4 UN BUDGET EN EQUILIBRE

En 2015, le Compte de Résultat Principal (CRP) s'élève à 47 396 455 € pour les recettes d'exploitation et à 47 069 854 € pour les dépenses d'exploitation, dégageant un excédent de 326 602 €.

Les produits de l'assurance maladie, le versement de la Dotation Annuelle de Financement (DAF), représentent ordinairement aux alentours de 90 % des ressources du budget principal de l'établissement. S'y ajoutent les autres produits de l'activité hospitalière et le produit de la tarification à l'activité introduite à l'unité intersectorielle de traitement des addictions Louis David ainsi que les crédits des autorités de l'Etat assignés à des mesures ciblées (notamment maison des adolescents, centre mémoire et CATTP Alzheimer, lutte contre la radicalisation etc.).

La santé financière de l'établissement lui permet une mise en réserve prudentielle et, par bascule de 1 % de la DAF, de contribuer au Fonds d'Intervention Régional (FIR) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté qui en fixe secondairement la répartition.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2013-2017 prévoyait un autofinancement des investissements. L'équilibre de gestion observé en 2016 en dépit d'une diminution de la DAF n'est pas considéré comme impossible à maintenir en 2017 « dans un contexte de financement pour le moins incertain si ce n'est fortement contraint » avec « la poursuite de la dynamique de projet et la consolidation des organisations et des activités » ainsi que « la conduite des opérations déjà engagées (cuisine de Vézelay, Centre médico-psychologique (CMP), Hôpital de jour, Centre d'Accueil et de Soins pour les Adolescents (CASA) de Sens et programmation d'un plan pluriannuel de gros entretien-rénovation) ».

Les dépenses de personnel sont de loin le titre de dépenses le plus important. Les charges de personnel représentent 80,2 % des dépenses totales en 2011 et 84,5 % en 2015. Le bilan social 2016 indique une augmentation de la masse salariale et une baisse des effectifs en Equivalents Temps Plein Rémunérés (ETPR).

	Masse salariale des personnels médicaux et non médicaux	
	prévue	réalisée
2014	40 010 845,84€	39 635 556,15€
2015	40 280 706,57€	39 775 640,83€
2016	40 533 172,25€	40 040 514,85€

Le taux d'évolution 2016/2015 de la masse salariale du personnel médical et non médical (hors internes, faisant fonction d'internes (FFI) et étudiants) prévu est de +0,63 % et réalisé de +0,67 % ; il recouvre une baisse de 0,01 % du montant brut de la rémunération du personnel et une augmentation de 1,93 % du montant brut des charges (charges de sécurité sociale et de prévoyance, impôts, taxes et versements assimilés sur rémunération et autres charges sociales).

On observe, entre 2015 et 2016, une baisse des effectifs en ETPR de 0,87 % pour l'ensemble du personnel, réparti en une baisse de 3,88 % pour le personnel médical (soit 1,2 ETPR) et de 0,75 %

pour le personnel non médical soit 6,01 EPTR. Les effectifs en personnel continuent à correspondre à l'effectif requis, et, le cas échéant, le centre hospitalier n'est pas contraint d'écarter au-dessus de l'effectif requis.

Le budget permet de proposer au personnel des conditions de travail décrites comme satisfaisantes et de poursuivre la politique de formation. En 2016, plus de 40 % du personnel médical et paramédical concerné ont rempli leur obligation de Développement Personnel Continu (DPC).

3.5 UNE ACTIVITE QUI IGNORE LA PLACE DU TIERS DANS L'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET UN TAUX D'OCCUPATION QUI RISQUE DE PORTER ATTEINTE AUX DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES DURABLEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Sur 2 552 entrées en hospitalisation complète chez les adultes en 2016, on compte 2 168 patients en soins libres et 384 sans consentement, ce qui représente 15,05 % des entrées.

Le taux d'occupation est stable depuis plusieurs années, oscillant entre 85 et 87 %. Au jour de la visite, l'unité Henri Ey connaissait cependant un taux d'occupation de 105,7 %, douze patients étant hospitalisés dans le côté fermé de l'unité qui compte dix lits ordinaires et deux lits en chambre d'isolement. La situation n'est pas rare, dans cette unité comme dans les autres, et conduit parfois à maintenir en chambre d'isolement un patient dont l'état nécessiterait un hébergement ordinaire.

Recommandation

Le temps de son séjour en chambre d'isolement, un patient doit continuer à disposer d'un lit d'aval ordinaire dans l'unité d'hospitalisation afin de pouvoir y être affecté dès que son état le permet.

La durée moyenne de séjour est légèrement supérieure à un mois et recouvre des réalités variables selon les unités et les statuts. Les quatre unités accueillant des patients en soins contraints abritaient des patients présents depuis un an et plus ; l'hospitalisation la plus ancienne date de 1990 et concerne un patient admis en SPDRE¹. Depuis 2012, les admissions se sont établies comme suit :

	Admissions	Total SSC	ASPDRE		ASP Urgence	ASPPI	Total
2012	2 593	374	86		176	113	289
2013	2 499	389	78		157	154	311
2014	2 501	474	72		198	202	400
2015	2 441	445	64		197	184	381
2016	2 552	416	70	13	170	163	346

¹ SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ; ASPPI : admission en soins psychiatriques pour péril imminent ; ASPDT : admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

On relève d'emblée une proportion anormalement importante – une exclusivité pour les années antérieures au contrôle – d'admissions sans intervention de tiers ou pour péril imminent, donc dans des conditions de moindre garantie pour les patients.

Recommandation

L'établissement doit veiller au respect des conditions légales des admissions à la demande d'un tiers en urgence et pour péril imminent. Les premières doivent être exceptionnelles et les secondes doivent répondre à l'impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers.

4. L'INFORMATION DES PATIENTS RELATIVEMENT A LEURS DROITS

4.1 LES INFORMATIONS DE PORTEE GENERALE SONT INCOMPLETES, LE REGLEMENT INTERIEUR EST DIFFICILEMENT ACCESSIBLE ET LES REGLES DE VIE NE SONT PAS JOINTES AU LIVRET D'ACCUEIL

4.1.1 Le livret d'accueil

Régulièrement actualisé, le livret d'accueil est un document de trente-quatre pages présenté pédagogiquement ; il donne des informations sur l'organisation générale de l'hôpital, les différentes modalités d'admission avec précision des recours possibles, le déroulement du séjour, les droits et obligations du patient excepté ceux résultant de l'article L 3211.3 du code de la santé publique (CSP).

Les indications concernant la sortie ne sont destinées qu'aux patients en soins libres.

Bien que chaque unité dispose d'un nombre suffisant de livrets d'accueil, il n'est pas systématiquement remis au patient et ne l'est jamais aux patients détenus admis sur décision du représentant de l'Etat.

Recommandation

Le livret d'accueil doit informer sur l'ensemble des droits spécifiques aux personnes hospitalisées sans leur consentement. Il doit être remis à tous les patients.

4.1.2 Le règlement intérieur de l'établissement

Le règlement intérieur se présente sous forme d'un livret de cinquante pages reprenant les rubriques énoncées au paragraphe précédent. Pas plus que le livret d'accueil, il n'est fait état des droits propres aux patients admis sous contrainte, à l'exception des modalités de sortie et des levées des décisions d'hospitalisation, synthétiquement déclinées.

Le règlement intérieur est accessible sur intranet ; une version papier peut être remise au patient qui le souhaite, sur demande adressée au directeur de l'établissement. L'hypothèse ne s'est jamais produite.

Recommandation

Le règlement intérieur, à l'instar du livret d'accueil, doit être amélioré pour mentionner les droits que le code de la santé publique accorde aux patients admis en soins psychiatriques sans consentement.

4.1.3 Les règles de vie des unités

Un document expose très succinctement les règles organisant la vie des patients (inventaire d'arrivée, horaires des repas, accès aux chambres, visites, téléphone, télévision, interdictions...). Toutes les unités ne distinguent pas selon le caractère ouvert ou fermé de l'unité (par exemple, l'unité Marie Noël dispose de deux documents et Pierre Larousse d'un document unique alors même que les règles sont plus strictes en unité fermée). Certaines règles qui pourraient être harmonisées divergent (horaires de visite et visiteurs autorisés, mention des interdits etc.).

Les règles de vie ne sont pas remises aux patients et ne sont pas affichées dans toutes les unités. Il ne semble pas que l'élaboration des règles de vie ait été l'occasion, pour chacune des parties des unités de penser l'organisation générale et la manière dont elle est perçue par le patient. Il

est d'ailleurs apparu que certains patients étaient plus préoccupés par le contrat de soins décidé avec le médecin que par le contenu de règles dont ils ne connaissaient pas le détail.

Recommandation

Il est souhaitable que les règles de vie fassent l'objet d'une harmonisation et d'une réflexion institutionnelle.

4.1.4 La personne de confiance

Le livret d'accueil comporte quelques phrases relatives à la personne de confiance et le patient est en principe invité à renseigner un formulaire à l'occasion de l'entretien d'accueil avec l'infirmier.

Les contrôleurs ont pu constater que cette procédure n'était pas systématiquement appliquée en ce qui concerne les patients sous contrainte. De plus, lorsqu'elle est réalisée, le choix du patient n'est pas toujours transmis à la personne choisie dont l'accord reste ainsi inexistant.

Les patients détenus ne sont pas informés de cette possibilité.

Les patients sont globalement considérés comme peu capables de comprendre la différence entre personne de confiance et personne à prévenir en cas d'urgence. En pratique, les personnes de confiance n'assistent pas aux entretiens médicaux en tant que telles, mais les familles y sont admises.

Recommandation

Les prescriptions de l'article L1111-6 du code de la santé publique relatives à la personne de confiance doivent être mises en œuvre.

4.2 L'INFORMATION SPECIFIQUE DESTINEE AUX PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST MINIMALISTE ET INSUFFISAMMENT PROTECTRICE DE LEURS DROITS

4.2.1 Le contenu des décisions administratives

A son arrivée, le patient hospitalisé dans son consentement est conduit directement dans son unité, le bureau des entrées ayant d'ores et déjà réceptionné les documents légaux imposés par ce mode d'admission.

Le personnel de ce service (quatre agents), particulièrement attentif à la régularité de la procédure, est aidé par des fiches de contrôle de conformité, régulièrement mises à jour et qui, déclinant les exigences légales, permettent ainsi une vérification exhaustive du fond et de la forme des pièces du dossier ; des modèles d'arrêtés municipaux sont à disposition des maires ainsi que des modèles de certificats médicaux d'admission en cas d'urgence ou de péril imminent.

Le bureau des admissions prépare la décision du directeur dont délégation de signature est donnée au responsable de ce service. Reprenant les textes du code de la santé publique (CSP), cette décision est fondée sur une motivation-type faisant référence au certificat médical en s'en appropriant les termes. Elle contient l'ensemble des dispositions de l'article L 3211-3 du CSP mais ne mentionne que le recours devant le juge des libertés et de la détention, sans indication de délai ni de modalité. Il n'est pas mentionné la possibilité pour le patient de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), ni celle de mainlevée de la mesure sur proposition médicale.

Recommandation

Tout patient admis en soins psychiatriques sans son consentement doit être informé de l'ensemble des droits dont il dispose, notamment des droits issus de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

S'agissant des admissions en soins sur décision du représentant de l'état (SDRE) l'arrêté préfectoral est conforme au modèle habituellement utilisé sur l'ensemble du territoire et qui, malgré les recommandations du CGLPL, ne contient toujours pas les droits énoncés à l'article L 3211-3 du CSP et n'est pas assorti d'un quelconque document informant le patient de ses droits. Cette décision, comme celle du directeur n'est généralement motivée que par appropriation des termes du certificat médical. Le dispositif informe correctement le patient des voies de recours et de la contestation possible devant la CDSP.

Recommandation

Aux termes de l'article L3213-1 du code de la santé publique, les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et énoncer avec précision les circonstances ayant rendu l'admission en soins nécessaire.

4.2.2 Les modalités de la notification de la décision d'admission

Les décisions de placement, qu'elles émanent du directeur ou du préfet, sont toujours notifiées dans les unités, généralement par l'infirmier disponible, rarement par le cadre de santé ou le médecin. Le destinataire signe au bas de la décision ; la personne ayant procédé à la notification signe en cas de refus du patient.

Lors du précédent contrôle, il avait été recommandé de fournir aux patients toutes explications aidant à la compréhension de leur situation administrative. Contrairement à la réponse du ministre de la santé qui assurait que ces informations seraient données au cours d'un entretien d'accueil conduit par le médecin avec un membre du personnel soignant, il n'est pas apparu qu'un tel dispositif ait été systématiquement mis en place.

Les pratiques ont semblé variables et empiriques et il a été particulièrement difficile aux soignants, interrogés sur ce point, de décrire la manière dont ils s'y prenaient pour préciser le contenu des décisions qu'ils notifiaient. Ils disent être attentifs à la réaction du patient dont il s'agit essentiellement de recueillir une signature attestant de la remise.

A la différence de la pratique en vigueur dans les unités Pierre Larousse, Marcel Aymé et Henri Ey, aucune copie des décisions n'est remise aux patients dans l'unité Marie Noël ; celle-ci est classée au dossier.

Recommandation

Les décisions d'admission, quelle qu'en soit l'origine, doivent être notifiées de manière à garantir au patient la compréhension des motifs, de son statut et des droits qui en résultent. Une copie doit être remise au patient.

Le personnel doit être sensibilisé à cet aspect de sa fonction

4.2.3 Les informations relatives au droit de recours et aux droits liés au statut

a) Les recours

Selon les renseignements recueillis, la personne qui procède à la notification évoque le droit de recours en se référant au dispositif de la décision, sans insister. Le patient qui exprime le souhait de faire un recours peut être légèrement dissuadé (« *on lui dit que ça va rallonger* »). Les modalités de recours ne sont pas toujours connues des « notificateurs ».

Il a été dit aux contrôleurs que le contrôle du juge des libertés et de la détention au 12^{ème} jour est ressenti comme « *rassurant* » par les rares patients « *procéduriers* » qui toutefois, et sauf exception rarissime, ne font pas usage de leur droit de recours avant ce passage obligé.

b) Le recueil des observations avant chaque décision

Bien que les dispositions de l'article L 3211-3 alinéa 2 du CSP précisent qu'avant chaque décision prononçant le maintien ou définissant la prise en charge des soins sans consentement, le patient doit en être informé et doit faire valoir ses observations, aucune procédure n'a été mise en place pour formaliser les remarques et souhaits des patients.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs et confirmées par la lecture des certificats médicaux, le médecin invite le patient, lors de la consultation et avant rédaction du certificat médical, à formuler ses observations. Le recueil d'avis fait l'objet d'une phrase type en dernière page du certificat médical et le contenu des observations n'est pas mentionné.

c) Les informations relatives aux autres droits

Au moment de la notification de la décision d'admission il n'est remis aucun autre document destiné à détailler le déroulement de l'hospitalisation, les contrôles du JLD, les possibilités de levée de la mesure, les droits du patient en soins sans consentement.

Il a été indiqué que les groupes de travail en charge d'évaluer les pratiques professionnelles relatives aux malades en soins sous contrainte devaient mettre ce point de réflexion à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.

Un affichage mural, inégal selon les unités et peu regardé par les patients, renseigne sur le tableau des avocats (parfois non à jour), la personne de confiance, les règles de vie (pas toujours), la commission des usagers et la charte de la personne hospitalisée.

Recommandation

Un document détaillant, en termes compréhensibles, le déroulement de l'hospitalisation et les droits du patient admis en soins sans consentement doit être élaboré sans tarder.

5. LES DISPOSITIFS GARANTISSANT LA PROTECTION DES PATIENTS ET LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

5.1 LES ASSOCIATIONS DE FAMILLES ET D'USAGERS : UNE FAIBLE PRESENCE

5.1.1 La place des représentants des familles et des usagers

a) Les associations de famille

La représentante de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM 89) siège comme suppléante à la commission des usagers. Le centre hospitalier de l'Yonne a participé avec l'UNAFAM aux Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) organisées du 16 au 19 mars 2015 et du 14 au 27 mars 2016.

b) Les associations d'usagers

Trois associations sont référencées au CHS de l'Yonne :

- la représentante de l'Union fédérale des consommateurs - Que choisir (UFC-Que choisir 89) siège au conseil de surveillance et à la sous-commission de la CME relative à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que comme titulaire à la commission des usagers ;
- la représentante de la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (FNATH 89) siège au conseil de surveillance et comme titulaire à la commission des usagers ;
- le représentant de l'Association Bourguignonne des Insuffisants Respiratoires (ABIR) siège comme suppléant à la Commission des Usagers.

5.1.2 La commission des usagers

Au 17 novembre 2016, la commission des usagers (CDU) se compose de neuf membres titulaires et de sept membres suppléants. Elle est présidée par le directeur de l'établissement et la vice-présidence est assurée par un praticien hospitalier. Elle comprend un médiateur médecin, un médiateur non médecin, deux représentants des usagers, un représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), un représentant du personnel et un représentant du conseil de surveillance. Tous les postes de titulaires sont pourvus de même que ceux de suppléants (sauf celui du représentant du personnel).

Les rapports annuels d'activité de la CDU au titre de l'année 2015 et au titre de l'année 2016 indiquent qu'elle s'est réunie comme prévu une fois par trimestre.

Le taux de participation des représentants des usagers à la CDU a été de 37 % en 2015 et 57 % en 2016.

Une permanence est assurée par un membre de la CDU chaque jeudi de septembre à juin entre 11h et 12h dans les locaux de la direction des soins comme affichée dans chaque unité de soins.

En 2015 et 2016, la CDU a contribué au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comportant les quinze mêmes items se déclinant chacun en actions menées au cours de l'année, actions à mener et périodicité.

5.2 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS : UN SUIVI ATTENTIF PAR LE SERVICE DE L'HOPITAL, MAIS DES DYSFONCTIONNEMENTS DES SERVICES PRIVES

Le service des majeurs protégés est composé de deux mandataires judiciaires dont la responsable du service, de deux assistantes spécialisées et d'une assistante. Selon le rapport d'activité de 2016, le service a suivi 101 mesures au 31 décembre. Dans ces mesures, quarante-sept patients étaient hospitalisés au CHS au moment de la visite dont un en curatelle simple, un en curatelle renforcée et les autres en tutelle. La grande majorité de ces patients étaient hébergés dans les unités au long cours Vauban et Soufflot. Seuls trois d'entre eux étaient présents dans les unités Marcel Aymé, Pierre Larousse et Marie Noël, et tous étaient en soins libres au moment de la visite. En 2016, cinq nouvelles mesures ont été attribuées au mandataire de l'hôpital. Les mesures initiées à l'hôpital sont relatives à des situations évoquées lors de synthèses, auxquelles participent les assistantes sociales. Le rapport d'activité indique que « *le renouvellement des prestations et aides a fait l'objet d'un suivi attentif, permettant de faire valoir les droits des personnes sans interruption préjudiciable à la personne et à l'établissement* ».

Les membres du service reçoivent les majeurs protégés sans rendez-vous, et se rendent dans les unités quand cela est nécessaire, quelle que soit la modalité d'hospitalisation. Les demandes les plus fréquentes portent sur le tabac et les biens de première nécessité. Compte tenu de la dimension de l'équipe, celle-ci prend le temps nécessaire pour accompagner les patients dans leurs projets et démarches. Par ailleurs, la bonne collaboration avec les différents acteurs de l'établissement permet d'anticiper les démarches à entreprendre et il est rare que le service ait à travailler dans l'urgence, notamment en prévision de la sortie d'un patient.

Dans les unités d'admission, les mesures sont en majorité confiées à des services privés. Ainsi l'unité Marie Noël hébergeait seize majeurs protégés, dont dix suivis par un service tutélaire, les autres l'étant par un mandataire privé ou une tutelle familiale. A Marcel Aymé, sept patients étaient sous tutelle et un sous curatelle, et à Soufflot, quatre étaient sous curatelle privée, huit étaient sous tutelle privée et sept étaient sous tutelle familiale. Les tuteurs familiaux peuvent s'adresser aux mandataires de l'hôpital pour demander conseil en cas de besoin.

D'après les indications, le service tutélaire Agora est surchargé et éprouve des difficultés à suivre les patients. Les tuteurs ne répondent pas toujours aux sollicitations des soignants (« *il faut se battre pour la vêtue, le tabac, l'argent, le patient n'a pas ses relevés de compte* ») ; nombre d'entre eux ne rencontrent jamais les patients. Pour la vie courante, les soignants « *s'arrangent* » pendant quelques jours pour que les patients ne manquent pas de tabac ou de produits d'hygiène. L'hôpital n'a jamais pris l'initiative d'informer le juge des tutelles des dysfonctionnements.

Les tuteurs ou curateurs sont avisés de la convocation du JLD. Les mandataires de l'hôpital assistent systématiquement aux audiences. Il arrive quelques fois qu'un tuteur privé soit présent, comme cela s'est produit durant la visite.

5.3 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT EN BAISSSE ET SONT SUIVIS D'ACTIONS D'AMELIORATION

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins s'inscrit dans les orientations stratégiques du centre hospitalier spécialisé de l'Yonne. La CME a mise en place une sous-commission relative à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins présidée par la pharmacienne chef de service. Les membres médecins, les membres

désignés par le CTE et par le CHSCT² de même que les trois quarts des membres désignés par la CSIMRT ainsi qu'un des deux représentants des usagers étaient absents ou excusés à la séance du 13 décembre 2016.

La gestion des événements indésirables fait l'objet d'une procédure (QGDRProc-02) applicable depuis le 19 septembre 2016 dont le but est de « *définir le support de déclaration, le circuit de déclaration d'un événement indésirable et les principales étapes de la gestion des fiches de signalement d'événements indésirables (FSEI)* ».

Le manuel général de la qualité, validé par la commission médicale d'établissement le 9 novembre 2016, définit trois « grands enjeux de qualité » :

- la sécurité du patient à tous les stades du parcours de soins ;
- l'évaluation et la maîtrise des risques par l'étude des déclarations des incidents et des événements indésirables ;
- la garantie de la dignité, des droits fondamentaux et de la bientraitance.

En 2016, 211 événements indésirables ont été déclarés, en baisse de 30 % par rapport au 303 de 2013.

Evénements indésirables déclarés	2015		2016	
	Nombre n=312	Proportion	Nombre n=211	Proportion
Actes de violence	92	29,5%	61	28,9%
Erreur médicamenteuse	9	2,9%	26	12,32%
Processus logistiques	116	37,18%	47	22,3%
Prise en charge du patient	47	15,1%	20	9,5%
Sécurité des biens et des personnes	158	50,64%	37	17,5%
Information/communication	50	16,2%	10	4,7%
Vigilances sanitaires	9	2,9%	10	4,7%

Un tiers de ces évènements a une « criticité » (qui correspond au produit de la fréquence et de la gravité) élevée ou très élevée. 94 % ont une « gravité évaluée à 1,2 ou 3 » et 5 % une « gravité maximale ». Le nombre de déclarations est homogène entre les différentes unités d'hospitalisation à une exception près.

Le nombre des événements indésirables hors actes de violence tend à diminuer (164 en 2013, 160 en 2014, 220 en 2015 et 150 en 2016).

Les actes de violence ont diminué de plus de moitié par rapport à 2013 (139). On les trouve plus fréquemment dans les unités Soufflot, Vauban et Marie Noël. Depuis 2014, les auteurs des actes de violence déclarés sont de moins en moins des patients (94,2 % en 2013 et 88,5 % en 2016). Les professionnels sont de plus en plus souvent victimes de ces actes de violence que les patients (69,2 % en 2013 et 83,3 % en 2016). A noter qu'en 2014, 1,4 % des auteurs de ces événements déclarés étaient des professionnels de santé. Les événements violents sont suivis par l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

On note une diminution des événements indésirables en valeur absolue et relative à la rubrique « sécurité des biens et des personnes ». En 2015, cette rubrique comportait une partie consacrée aux actes de violence et quatre-vingt-dix déclarations y avaient été portées à ce titre. En 2016, cette partie a fusionné avec la fiche de déclaration d'un acte violent.

² CTE : comité technique d'établissement ; CHSCT : comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

Le suivi des fiches de signalement d'événements indésirables est de fréquence semestrielle avec bilan annuel. Le rapport annuel des événements indésirables pour l'année 2016 indique que :

- 93 % des déclarations sont clôturées ;
- 105 actions d'amélioration ont été mises en place ;
- 48 déclarations ont été analysées en comité de retour d'expérience (CREX), méthode de gestion de la sécurité des soins destinée à un service médical.

5.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE SE REUNIT REGULIEREMENT, REÇOIT LES PATIENTS ET PEUT PRONONCER DES MAINLEVEES

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

Un tableau est tenu à jour ; ainsi pour l'année 2017 et au jour du contrôle, quinze réunions étaient programmées.

Au cours de l'année 2016, pour un nombre sensiblement identique, le collège a prononcé deux passages en programmes de soins et une levée de mesure.

S'agissant de patients relevant de l'irresponsabilité pénale, le collège compétent pour donner son avis au préfet quand une forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète est envisagée ou quand la mainlevée est souhaitée, a donné deux avis favorables suivis de la levée des soins sans consentement.

Le collège, qui ne se contente pas d'examiner le dossier médical, reçoit le patient et cherche à recueillir toutes informations utiles pour étayer son processus décisionnel.

5.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST D'INSTALLATION RECENTE

La charte fondatrice du comité d'éthique local (CEL), signée le 8 juillet 2016 et validée par la direction du centre hospitalier et ses instances au 5 octobre 2016, définit ses missions et objectifs ainsi que sa composition et son fonctionnement.

Le CEL se situe comme une instance consultative constituée sur les principes de pluridisciplinarité et d'indépendance, un lieu de mobilisation permettant de définir la ligne éthique des pratiques dans l'hôpital ainsi qu'un recours à disposition du personnel médical et soignant, lorsqu'ils sont confrontés dans leurs pratiques professionnelles, à une situation qui remet en question leurs décisions et leurs actions habituelles.

Il est composé de onze membres : le directeur, chef de l'établissement (ou son représentant), le président de la CME (ou son représentant), un psychiatre médiateur membre de la CDU, un psychiatre, le directeur de la qualité (ou son représentant), le président de la CSIRMT (ou son représentant), un cadre de santé, un IDE secteur adulte, un IDE secteur enfant, un psychologue et une assistante sociale.

Le comité d'éthique local a tenu sa première réunion le 9 décembre 2016 et sa seconde le 10 février 2017, la suivante étant prévue le 9 juin 2017.

L'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne Franche-Comté peut s'avérer être d'un appui utile.

6. LES DISPOSITIFS DE CONTROLE

6.1 LE REGISTRE DE LA LOI N'EST PAS TENU CONFORMEMENT AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Le bureau des entrées tient deux registres, l'un pour les patients admis sur décision du directeur (SDDE) l'autre pour ceux admis sur décision du représentant de l'état (SDRE).

Les registres sont de modèle standard, chacun comportant 100 folios.

Les contrôleurs, après examen aléatoire de plusieurs registres, ont plus particulièrement regardé le dernier registre ouvert, respectivement le 30-11-2016 pour les SDRE, et le 30-01-2017 pour les SDDE ; ils ne sont pas paraphés par la maire de la commune et ne comportent pas mention de visites des autorités ou de la CDSP.

Sur chacun des registres sont mentionnés au folio spécifique du patient, outre son identité, la date et la nature du titre d'admission sans toutefois que les arrêtés préfectoraux soient reproduits ou retranscrits.

Les décisions de protection judiciaire ne sont jamais indiquées.

Les décisions administratives et judiciaires sont listées chronologiquement mais ne sont ni transcrites ni reproduites.

Les certificats médicaux, après avoir été réduits, sont collés sans qu'aucun retard ne soit à signaler au jour du contrôle.

Il a pu être constaté que les motivations des certificats médicaux sont suffisamment explicites quant à la nécessité des soins sous contrainte. La demande du tiers, lorsqu'il est sollicité, figure bien au registre, à la différence des dates de délivrance obligatoires des informations mentionnées à l'article L3211-3 du code de la santé publique dont on ne trouve pas trace.

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

Recommandation

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique.

6.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST EN SOMMEIL

Lors de la visite des contrôleurs en 2009, il était remarqué que la CDSP était peu active, faute de participation effective des membres nommés. Le même constat peut être dressé à l'issue de la visite de 2017.

Cinq membres ont été nommés par arrêté préfectoral : un médecin gériatre, président, un magistrat, un médecin psychiatre, un membre de l'UDAF 89 (Union départementale des associations familiales) et un membre de l'UNAFAM. Seuls quatre de ces membres participent effectivement aux réunions de la CDSP, le représentant de l'UNAFAM ne s'y étant jamais présenté.

Au jour de la visite, le mandat d'au moins trois membres était arrivé à échéance, les membres concernés ayant pour la plupart manifesté leur volonté de n'être pas reconduits dans leurs fonctions. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un processus de recrutement de nouveaux membres devait être mis en place sans que le délai ni le mode opératoire de ce recrutement

n'aient été encore fixés. Dans l'attente, et depuis le mois de septembre 2016, la CDSP n'exerce plus ses missions.

Au jour du contrôle, une seule visite avait été programmée sur le site d'Auxerre en 2016, au mois de mai. A cette occasion une unité de psychiatrie de secteur (l'unité Pierre Larousse) et une unité intersectorielle (l'unité Vauban) ont été visitées. Aucune visite n'avait été réalisée en 2015, faute d'activité réelle de la CDSP qui avait repris en octobre 2015.

Aucune visite n'a été envisagée sur le site de Sens. Il a été précisé aux contrôleurs qu'une partie des membres de la CDSP refuserait de se déplacer jusqu'à Sens, ce qui rendrait le quorum insuffisant pour procéder à une visite.

Durant l'année 2016, la CDSP s'est réunie à trois reprises, sur le site d'Auxerre. Ses membres ont examiné les registres de la loi et les dossiers des patients. Ils ont rencontré, à leur demande, trois patients.

Recommandation

Il est indispensable de mettre en place sans délai la commission départementale des soins psychiatriques afin qu'elle exerce réellement ses missions.

6.3 LA VISITE DES AUTORITES N'EST PAS FAITE

Les contrôleurs n'ont pas trouvé trace dans les registres de la loi de la visite des autorités judiciaires, administratives ou parlementaires.

Il leur a été dit que ni le président du TGI, ni le procureur de la République n'effectuaient la visite annuelle qui est pourtant prévue par la loi. Cependant le rapport d'activité leur est toujours adressé par l'établissement.

Recommandation

Il est nécessaire que les autorités visées aux articles L 3222-4 du code de la santé publique exercent leur mission de visite de l'établissement.

6.4 L'INTERVENTION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST PARFOIS TRES PRECOCE ET LA SALLE D'AUDIENCE, A AUXERRE, NE RESPECTE PAS LES CRITERES LEGAUX

6.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Compte-tenu de l'implantation des unités, deux juges des libertés et de la détention (JLD) interviennent, celui du tribunal de grande instance d'Auxerre pour les unités Noël, Larousse et Aymé, et celui de Sens pour l'unité Ey.

Depuis que l'audience est prévue douze jours après l'admission sous contrainte, la saisine du magistrat, qui légalement s'effectue dans un délai maximum de huit jours après l'admission, intervient parfois dans un délai plus bref, laissant peu de place à une amélioration tangible de l'état du patient.

Les échanges entre le bureau des entrées et le greffe judiciaire se font sous forme dématérialisée. Un formulaire comportant les renseignements d'identité est transmis au greffe accompagné de la décision d'admission, des certificats médicaux de 24 et 72 heures, de l'avis motivé et de l'avis de compatibilité de l'état de santé du patient avec sa présence à l'audience. Les coordonnées du tiers et éventuellement du tuteur sont toujours mentionnées.

Le patient n'est pas informé de la saisine du JLD avant de recevoir sa convocation adressée par le greffe judiciaire au bureau des entrées qui transmet à l'unité. La remise de la convocation, contre signature, n'est pas protocolisée ; elle est faite par le cadre de santé ou le soignant qui, s'ils connaissent globalement le rôle du JLD, n'attirent pas l'attention du patient sur les droits attachés à la convocation, à l'exception de l'intervention de l'avocat. Les soignants ont d'ailleurs paru être dans l'ignorance de l'étendue des droits du patient (notamment la possibilité de consulter le dossier judiciaire à l'hôpital) qui figurent bien dans la convocation. En pratique, aucun patient n'a jamais sollicité la consultation des pièces de son dossier.

Recommandation

Le patient doit être précisément informé de l'ensemble des droits qui découlent de sa convocation devant le juge des libertés et de la détention.

6.4.2 Le déroulement de l'audience

Les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 imposant la tenue des audiences dans une salle prévue à cet effet au lieu d'hospitalisation ont conduit à la signature d'une convention le 27 juillet 2014 entre le tribunal, l'ARS et le centre hospitalier spécialisé. Mais les termes de cette convention prévoient que les audiences continueront à se tenir dans les locaux des tribunaux d'Auxerre et de Sens compte-tenu de l'impossibilité pour le CHS de l'Yonne de mettre à disposition du ministère de la justice des locaux conformes à la réglementation.

Pourtant le magistrat exerçant les fonctions de JLD à Auxerre a choisi de se déplacer dans l'établissement pour y tenir son audience chaque mardi et vendredi. Le lieu n'est cependant pas sans poser question : il s'agit en effet d'un petit bureau mis à disposition dans le secteur fermé de l'unité Pierre Larousse ; par voie de conséquence, les débats ont lieu en chambre du conseil et la décision n'est pas rendue publiquement. En pratique, la procédure est fonction de la configuration des locaux et ne constitue pas une réponse à la demande du patient ou à la nécessité de préserver sa vie privée ou de garantir la sérénité de la justice.

Les contrôleurs ont assisté à une audience au cours de laquelle un seul dossier était enrôlé. Le patient, assisté de son avocat et en présence de sa curatrice, a cherché à convaincre le magistrat de son total accord pour accepter et suivre le traitement proposé. Le JLD, sans avoir énoncé le contenu des certificats médicaux ni évoqué d'autres éléments de nature médicale, a expliqué que la procédure était régulière et qu'ainsi le maintien de l'hospitalisation paraissait s'imposer. L'avocat n'a pas développé d'arguments à l'appui d'une demande de mainlevée des soins contraints. La curatrice n'a pas été invitée à s'exprimer. Les réquisitions écrites du parquet (qui n'assiste jamais aux audiences) s'en remettaient à la décision du juge.

Le maintien de l'hospitalisation a été prononcé, sans autre explication, et l'ordonnance notifiée l'après-midi après le retour du juge dans son bureau pour la rédiger, et avant de la transmettre au directeur de l'établissement.

Les contrôleurs qui n'ont pu assister à l'audience du JLD à Sens se sont toutefois entretenus avec la présidente du tribunal qui exerce cette fonction. Selon les termes de la convention, l'audience se déroule au TGI de Sens.

Dans son courrier en réponse du 22 janvier 2018, la présidente du tribunal a précisé que l'audience se tenait systématiquement en chambre du conseil, pour ne pas porter atteinte à la vie privée du patient, et, dans cette hypothèse, exclusivement quand il y a nécessité de protéger l'intimité du patient.

D'après les informations recueillies, il apparaît que le respect du contradictoire est réel et pratiqué avec empathie, le magistrat recherchant un large recueil d'informations pour lui permettre d'être en capacité de statuer.

Recommandation

La salle utilisée par le juge des libertés et de la détention au CHS d'Auxerre doit respecter les critères prévus par l'article L3211-12-2 du code de la santé publique.

6.4.3 L'activité du juge des libertés et de la détention

La plupart des patients comparaissent aux audiences ; seuls dix-sept d'entre eux ont bénéficié, en 2016, d'un avis médical d'incompatibilité.

Il résulte des statistiques communiquées aux contrôleurs :

- **qu'en 2015**, le JLD a rendu 249 décisions relevant de l'examen de la situation après douze jours d'hospitalisation et 15 après un séjour de six mois ; quatre décisions ont ordonné la mainlevée exécutoire après un délai de 24 h tandis qu'une seule, compte-tenu d'une irrégularité flagrante, a prononcé la mainlevée immédiate. Aucune de ces décisions ne concernait un patient admis en SDRE. Dix-sept désistements ont été la conséquence de la sortie du patient entre le moment de la saisine du JLD et de la date d'audience ;
- **qu'en 2016** le JLD a contrôlé 225 situations à douze jours et 16 à six mois. Il a levé sept mesures prenant effet après un délai de 24 h et quatre immédiatement exécutoires. Dix-huit saisines n'ont pas donné lieu à décision, le patient étant sorti avant la date d'audience.

La cour d'appel de Dijon a examiné cinq recours en 2015 dont deux ont infirmé la décision du premier juge en maintenant le malade hospitalisé ; trois arrêts de la cour d'appel en 2016 ont confirmé la décision de mainlevée.

7. LA PRISE EN CHARGE

7.1 LES SOINS SOMATIQUES, UNE PRISE EN CHARGE MINIMALISTE

7.1.1 Les soins généralistes

a) Personnel

Le médecin somaticien exerce pour mi-temps dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale et pour mi-temps à l'unité Louis David, notamment en tant qu'addictologue.

b) Mode de fonctionnement

Les examens somatiques de routine sont réalisés par les internes de psychiatrie.

Le secrétariat du dispositif de soins somatiques centralise les demandes d'intervention du médecin somaticien de la part des différentes unités d'hospitalisation de psychiatrie générale. Ces demandes étant quotidiennes, le médecin peut être amené à se rendre dans les unités en dehors des plages horaires prévues.

Le tableau hebdomadaire de service du médecin somaticien établi le 10 octobre 2015 et affiché dans les différentes unités d'hospitalisation de psychiatrie du CHS de l'Yonne, indique ses temps de passages prévus les jours ouvrés :

- unité Marcel Aymé : un après-midi ;
- unité Pierre Larousse : un demi-après-midi ;
- unité Marie Noël : une demi-matinée ;
- unité Germain Soufflot : une demi-matinée et deux demi-après-midi ;
- unité Sébastien Vauban : deux demi-matinées et un demi-après-midi ;
- unité Louis David : trois matinées et deux après-midi.

Les urgences en dehors des heures ouvrées sont traitées par les internes de garde au CHS de l'Yonne.

Ce mode de fonctionnement est *in fine* considéré comme « satisfaisant ».

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées relèvent de la gastro-entérologie, la cardiologie, la diabétologie, la néphrologie et l'oncologie.

7.1.2 Les soins de spécialité

Le CHS de l'Yonne a recours au centre hospitalier général d'Auxerre, avec qui il est lié par convention, pour diverses spécialités de « Médecine, Chirurgie, Obstétrique » (MCO) une fois par mois pour des consultations de rhumatologie. En dépit de « complications » observées à l'occasion de situations urgentes, les liens entre les deux hôpitaux sont considérés comme « satisfaisants ».

Du personnel infirmier du CHS de l'Yonne est détaché dans le service d'hospitalisation du centre hospitalier général d'Auxerre si un patient hospitalisé sans son consentement y est hospitalisé.

Recommandation

La prise en charge somatique des patients hospitalisés est insuffisante en volume tant en termes de bilan d'entrée que de suivi.

7.2 LES ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE LA PRISE EN CHARGE : LA CONFIDENTIALITE DES TRAITEMENTS N'EST PAS RESPECTEE ET LES ACTIVITES NE BENEFICIENT PAS A TOUS

7.2.1 L'arrivée et la période d'observation et de soins initiale

Selon les renseignements recueillis, les arrivées s'effectuent majoritairement en urgence et feraient souvent suite à une ivresse ou autre crise aiguë, le soir ou le week-end. De fait, le patient est très fréquemment admis sur le fondement de l'urgence ou du péril imminent. Bien qu'il n'y ait pas de systématisme, mais pour peu que le patient soit agité, il est placé en chambre d'isolement par le PH d'astreinte ou l'interne, au nom de la sécurité. L'entretien d'accueil est réalisé par un médecin et un soignant, la plupart du temps dans l'heure suivant l'arrivée. Le patient est invité à s'exprimer sur les circonstances qui l'ont conduit à l'hôpital. Dans la mesure où son état le permet, des informations lui sont données sur son statut et ses droits ; les règles de vie de l'unité et le livret d'accueil de l'établissement lui sont (théoriquement) remis ; un inventaire est pratiqué (Cf.7.3.4). La famille, si elle n'est pas présente, est prévenue dans les heures qui suivent ; sauf contre-indication médicale, elle est rapidement autorisée à voir le patient.

L'observation ne donne pas lieu à un protocole particulier ; les soignants se disent toutefois plus attentifs et le médecin se rend plus aisément disponible, quel que soit le statut du patient. Le patient est observé à la fois dans son comportement, son discours et les effets de son traitement. Il est reçu par le médecin au moins à l'occasion de la rédaction des certificats médicaux exigés par la loi, voire davantage. Lors de la visite du CGLPL, un patient arrivé de nuit a été vu par le médecin trois fois dans la journée.

7.2.2 Le suivi médical et infirmier

Les médecins rencontrés ont chacun une vision spécifique de leur rôle et les pratiques sont très individuelles, y compris en ce qui concerne le suivi médico-légal des patients admis sans consentement. Le suivi est adapté selon la pathologie du patient et l'évolution de son état, pouvant aboutir, pour un médecin à des entretiens hebdomadaires et, pour un autre, à des rencontres espacées de plusieurs mois. Le manque de médecins les conduit à s'appuyer de manière importante sur les psychologues. L'organisation diffère selon les secteurs : certains (P. Larousse et M. Noël) ont choisi la présence du psychologue à jour fixe au sein de l'unité ; les autres le font intervenir selon les besoins. Le cadre de santé joue également un rôle important dans la garantie d'un « projet médical » qui, dans plusieurs unités, est apparu relativement flou. Un soignant a pu dire : « il y a le projet et il y a la réalité ; on ne peut pas dire à un patient qui en a besoin qu'il verra son médecin le lendemain » et un autre : « tout ne peut pas reposer sur nous alors qu'on fait déjà le travail des tuteurs qu'on n'arrive jamais à joindre ».

En journée, les équipes sont composées de cinq à six soignants, en charge de l'ensemble de l'unité. La répartition « côté ouvert/côté fermé » varie ; certaines unités ont adopté le principe d'équipes distinctes et stables, d'autres décident au jour le jour du personnel qui se rendra dans la partie fermée, manifestement moins attractive (« ça se décide entre nous, en général ça tourne, bien que certains n'aiment pas y aller »). Deux soignants au moins, régulièrement trois, sont présents dans la partie fermée des unités.

Hors les soins *stricto sensu*, les infirmiers se situent, dans ces unités fermées, à mi-chemin entre l'accompagnement et la surveillance ; ils rassurent les patients et instaurent un dialogue ; ils effectuent des démarches en vue du bon déroulement du séjour et de la préparation de la sortie ; ils sont aussi conduits à intervenir pour régler les conflits et surveiller les pauses cigarettes.

Ponctuellement, ils ont avec un patient un entretien plus formel, consigné dans le dossier de soins.

7.2.3 Les traitements

Il est dit que la pathologie des patients accueillis, souvent lourde, nécessite un traitement médicamenteux qui est expliqué au patient dans ses effets bénéfiques et secondaires.

Les traitements sont distribués, à table, au moment des repas. Il en va de même de la prise des constantes ou autres mesures (diabète) et des éventuelles dispensations par injection. Les données sont répercutées à voix haute, depuis la salle, pour que l'infirmier positionné près du bureau puisse les enregistrer informatiquement.

Le patient qui refuse un traitement n'est pas contraint, sauf risque pour lui-même ou pour autrui. Le soignant explique, négocie, retarde jusqu'à ce que finalement, le patient accepte. Dans de rares cas, il faut s'en remettre au médecin qui, généralement, parvient à convaincre. Plusieurs patients se sont plaints aux contrôleurs des effets désagréables de leur traitement et ont estimé qu'en pratique, ils n'avaient pas vraiment le choix.

Recommandation

Les données médicales sont confidentielles et ne doivent pas être énoncées publiquement.

7.2.4 Les activités thérapeutiques

Il n'y a pas de pôle d'activités transversal. Les deux seuls espaces collectifs se situent dans le bâtiment administratif : une petite salle de sport avec quelques machines et une cuisine.

Une convention passée avec un stade d'athlétisme permet de proposer des activités sportives à toutes les unités le jeudi après-midi avec des moniteurs diplômés et des équipements adéquats.

De fait, les contrôleurs ont pu constater le déséquilibre dans l'accès aux activités selon l'unité et la modalité d'hospitalisation des patients. Dans les unités au long cours, qui sont également des lieux de vie, elles sont régulières. L'unité Soufflot a ainsi des activités hebdomadaires (piscine, badminton, approche des animaux) et des activités mensuelles (cuisine, marché, cinéma, restaurant, randonnée). Des séjours thérapeutiques sont organisés trois fois par an, en hiver à la montagne, en été à la mer, et à la rentrée dans un parc d'attractions.

Dans les unités d'admission, les activités sont beaucoup moins régulières car leur organisation repose principalement sur les soignants dont la disponibilité est réduite. L'étude du rapport d'activité de 2015 montre que les annulations sont nombreuses, notamment en raison d'admissions l'après-midi. Aucune activité thérapeutique n'a eu lieu entre juillet et décembre 2016 à l'unité Marie Noël, en raison de difficultés d'effectifs. L'unité Marcel Aymé a la particularité d'avoir une infirmière à mi-temps en charge d'une activité musculation, de badminton, d'athlétisme et de la relaxation, et d'avoir également une ergothérapeute. Elle propose davantage d'activités et organise deux séjours thérapeutiques par an (pour des patients en soins libres).

Qu'elles aient lieu à l'extérieur des unités (piscine, randonnée, cinéma, badminton, athlétisme) ou à l'intérieur, les activités thérapeutiques sont principalement voire exclusivement destinées aux patients admis en soins libres. Lors de la visite, la participation d'un patient sous contrainte à une randonnée était toutefois encourageante.

Ainsi, les patients hospitalisés dans la partie fermée des unités, pour certains depuis des années, dont la liberté d'aller et venir est particulièrement limitée, bénéficient de très peu d'activités

thérapeutiques : jardinage selon la saison (toutes les unités), atelier « terre » (Marie Noël), ergothérapie (Marcel Aymé), toucher-massage (M. Aymé). A l'unité Pierre Larousse, le manque d'activités a constitué le premier sujet de plainte des patients, sans être contredits par les soignants, conscients que l'inactivité pèse lourdement sur l'humeur des patients et sur l'ambiance.

A l'unité Marie Noël, plusieurs soignants ont participé en 2016 à une formation sur des activités et l'unité a pour projet de mettre en place un programme d'activités structuré, avec la volonté d'inclure les patients sous contrainte. Sa mise en œuvre restera néanmoins dépendante de la disponibilité des soignants.

Recommandation

L'organisation d'activités thérapeutiques ne doit pas être liée aux modalités d'hospitalisation, et ce au détriment des patients hospitalisés sous contrainte, mais être fonction des indications cliniques.

7.3 LA VIE QUOTIDIENNE : UNE SITUATION CONTRASTÉE

7.3.1 Sécurité

a) Le site d'Auxerre

Tout comme en 2009, l'hôpital n'est pas sécurisé par un mur d'enceinte. La délinquance est décrite comme peu importante dans la localité et il n'y a pas d'incidents à répertorier, à part quelques dégradations sur le parking. Il n'y a pas de trafic de stupéfiants connu aux abords de l'hôpital. Trente-huit caméras de vidéosurveillance sont reliées au hall d'accueil, dont quatre permettent une reconnaissance faciale, situées près des deux entrées avec barrière de l'hôpital. Un agent de sécurité avec un chien est présent à partir de 18h30. Il effectue des rondes autour de l'établissement.

Les considérations de sécurité liées au comportement des patients eux-mêmes sont une priorité de l'établissement. Ainsi, les sorties des patients dans les espaces extérieurs des unités fermées sont encadrées par deux soignants dont le rôle principal est de les surveiller pour éviter le risque de fugue.

Dans les unités, des rondes sont prévues régulièrement au fil de la journée afin de s'assurer de la présence des patients, celles effectuées deux fois par jour pour la transition entre les équipes de jour et de nuit étant considérées comme les plus importantes. Suite à la fugue d'un patient admis en SPDRE, chaque unité devra dorénavant envoyer deux fois par jour les noms des soignants ayant effectué les rondes de transition à la direction des soins. La nuit, les rondes doivent être menées toutes les deux heures.

La question sera à nouveau abordée plus loin, sous l'angle des restrictions à la liberté d'aller et venir (Cf. 8.1).

Recommandation

Le risque de fugue doit être intégré au fonctionnement des unités sans porter atteinte au rôle soignant du personnel.

Un système de traçabilité de l'utilisation des PTI (protection du travailleur isolé) est en train d'être mis en place, afin de comprendre comment fonctionnent les services.

b) Le site de Sens

Un système dit de « vidéoprotection » est installé au sein même de l'unité Henri Ey depuis son ouverture en 2005. Il « *s'inscrit dans une démarche de sécurisation du site qui vise à assurer la sécurité de l'ensemble des personnes... et à prévenir les atteintes aux biens* ». Le système enregistre en temps réel les endroits sensibles et vulnérables du site. Les images sont conservées durant deux semaines.

Vingt-trois caméras sont installées :

- quatorze caméras intérieures installées dans des locaux d'hospitalisation couvrant les circulations (cinq dans le service fermé et sept dans le service ouvert) et les salles à manger des deux services ;
- neuf caméras extérieures dont huit couvrant les abords extérieurs et une à l'intérieur du hall d'entrée.

L'écran de visionnage est placé dans le local « veille » situé dans le hall d'entrée à proximité de l'accès à la zone fermée.

L'opérateur en vidéosurveillance est un agent d'une société de gardiennage sous contrat avec le CHS et placé sous son autorité. Sa fiche de poste est affichée dans le local « veille » et indique que ses missions générales sont « *surveillance et interventions nécessaires à la sécurité des biens et des personnes* ». Il est en charge de la visualisation en temps réel de 22h à 6h, sept jours sur sept. A sa prise de poste, l'opérateur doit cocher sa « *prise en compte du matériel et des documents* » et renseigner le registre intitulé « *journal de sécurité* ».

Les feuillets consultés du *journal de sécurité* couvrent trois jours et notent des déclenchements des combinés individuels PTI par les infirmiers avec la localisation de la chambre et le mode de réponse apporté (deux en service ouvert, trois en service fermé dont deux en chambre d'isolement).

Ils indiquent, les heures des rondes des agents de la société de gardiennage et de celles qu'ils effectuent avec le personnel infirmier deux fois par nuit dans les services ouvert et fermé, ainsi que l'heure d'« *arrivée d'un patient en zone fermée* ».

Le rapport de présentation du système de vidéosurveillance, en date de novembre 2016, indique que les opérateurs ont un « *devoir de réserve quant aux images qu'ils voient* », leur divulgation à de tierces personnes étant strictement interdite. La fiche de poste de l'opérateur mentionne qu'il doit collaborer étroitement avec le personnel soignant, mais elle ne précise pas que le respect des droits des patients, plus particulièrement le droit au secret des informations les concernant, lui est applicable dans la variété de ses tâches et activités.

Les étiquettes indiquant la présence de caméras dans les locaux d'hospitalisation n'ont pas été retrouvées aux entrées de l'unité et des services ouvert et fermé.

Recommandation

La fiche de poste de l'agent de la société de gardiennage en poste à l'unité Henri Ey doit clairement indiquer que, s'agissant du secret professionnel, il est soumis dans l'ensemble de ses tâches et activités aux mêmes exigences que le personnel hospitalier.

Recommandation

La pratique de rondes de nuit conjointes de l'agent de la société de gardiennage et du personnel infirmier à l'intérieur des services d'hospitalisation de l'unité Henri Ey n'est pas acceptable

Recommandation

La présence de caméras de vidéosurveillance à l'intérieur des services d'hospitalisation de l'unité Henri Ey doit être clairement signalée.

Recommandation

La visualisation en temps réel des images des espaces intérieurs des services d'hospitalisation de l'unité Henri Ey et leur enregistrement ne devraient pas être effectués en continu mais mis en route seulement au moment du déclenchement d'un PTI par le personnel infirmier

7.3.2 Hygiène

Les locaux communs et les chambres, nettoyées quotidiennement, sont propres. En principe, les effets vestimentaires personnels sont lavés par les proches des patients. Quand ils n'en ont pas, leur linge peut être lavé dans des filets par la buanderie centrale de l'hôpital, mais des pertes se produisent et les délais sont importants. Une machine à laver et un sèche-linge situés dans le bâtiment administratif peuvent être utilisés en cas de besoin.

Chaque unité dispose d'une réserve de vêtements pour les patients, généralement donnés par des soignants ou des proches. Des pyjamas sont disponibles en trois tailles.

Tout comme en 2009, pour les nouveaux arrivants ou les personnes dépourvues de ressources, des « kits hygiène » sont à disposition.

Une coiffeuse est employée à plein temps dans l'hôpital. Elle reçoit les patients dans son salon, situé au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, et passe également dans toutes les unités chaque semaine. Elle utilise alors la salle de bains comme local.

Bonne pratique

La présence d'une coiffeuse favorise la dignité des patients.

7.3.3 Restauration

Comme en 2009, les repas sont cuisinés dans la cuisine centrale de l'hôpital général d'Auxerre et arrivent en barquettes dans les unités, où ils sont réchauffés par les aides-soignants. Ils sont décidés par une commission des menus, et validés par une diététicienne. A leur arrivée, les patients remplissent une fiche de « non goût » afin de prendre en compte les aversions alimentaires. Les repas sont adaptés en fonction des prescriptions médicales en termes de texture ou de régime médical mais aussi pour tenir compte des valeurs religieuses.

Depuis février 2017, a été mis en place un système de choix entre plusieurs plats, qui au moment de la visite n'était pas appliqué de manière uniforme dans les unités. Sur les indications de la diététicienne, seul un aliment peut être échangé afin de ne pas déséquilibrer les repas.

Bonne pratique

Outre la prise en compte des aversions alimentaires, le choix entre plusieurs plats est donné aux patients dans certaines unités.

A table, les patients se placent librement, et mangent sous le regard des soignants qui profitent du repas pour administrer les traitements (cf. § 7.2.3). L'ambiance est calme, peu de paroles sont échangées. Les patients utilisent des couverts métalliques. Ils ont généralement dit apprécier la nourriture qui leur était servie, tant en quantité qu'en qualité.

Pour les arrivées tardives, des repas tampons sont prévus.

Les patients ne sont pas autorisés à mettre la table, pour des questions d'hygiène.

7.3.4 Biens des patients

A l'**arrivée**, un inventaire des effets du patient est réalisé en sa présence, si son état le permet. L'inventaire est rangé dans le dossier du patient, il ne lui est pas remis de copie. Les objets jugés dangereux sont conservés dans des boîtes placées dans le bureau infirmier : objets coupants, sèche-cheveux, sprays, etc. Les objets de valeur sont conservés dans un coffre par la régie de l'hôpital.

Dans leur **chambre**, les patients disposent d'un placard qui ferme à l'aide d'un code et leur permet de disposer d'un espace sécurisé pour entreposer leurs affaires.

Les patients peuvent conserver de l'**argent** dans les unités, sans qu'il y ait de limitation du montant. Selon la durée de leur séjour, ils peuvent le placer à la banque des patients, qui leur est ouverte les mardi, jeudi et vendredi de 9h30 à 11h30. Pour des raisons de comptabilité publique, les personnes suivies par un service tutélaire privé ne peuvent y ouvrir de compte. Lorsqu'un patient ne peut s'y rendre, deux soignants le remplacent.

Pour les **achats**, l'hôpital a signé des conventions avec plusieurs magasins de la ville, ce qui permet aux patients d'utiliser des bons d'achat, les factures étant envoyées à l'hôpital par la suite. Certains patients peuvent disposer de cartes de retrait, avec ou sans code.

Pour les patients hospitalisés sous contrainte, les achats de première nécessité sont réalisés par les soignants (tabac, produits d'hygiène, vêtements etc.), même lorsqu'il s'agit des boissons de la cafétéria. Des autorisations de sortie peuvent être accordées dans certains cas, notamment pour acheter des vêtements, sur indication médicale.

7.3.5 Activités occupationnelles et accès aux lieux collectifs

La partie fermée des unités comporte une salle équipée d'un poste de télévision placé dans un meuble fermé ou non à clé. La télécommande est normalement librement accessible pour les patients mais elle n'est pas toujours promptement remplacée lorsqu'elle disparaît ou est cassée et les patients peuvent dépendre des soignants pour changer de chaîne pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Il n'y a pas de restriction de son utilisation, et les patients ont rapporté pouvoir regarder la fin d'un film qui aurait déjà commencé.

Dans l'unité Marie Noël, la télévision a été placée dans la salle la plus confortable, qui est également équipée d'un baby-foot et d'une table de ping-pong. Le baby-foot de l'unité Marcel

Aymé est cassé mais un vélo de sport est à disposition. L'unité Larousse dispose d'une salle de télévision et d'une salle susceptible de servir de salle d'activité, restée inutilisée pendant toute la durée de la visite.

A l'initiative de soignants ou de patients, des jeux de cartes ou de société peuvent être organisés dans la salle commune. On peut faire venir un patient de la partie ouverte de l'unité s'il manque un participant.

Des magazines sont apportés par les familles, tuteurs ou soignants. Chaque unité fermée comporte une petite bibliothèque librement accessible. Dans certaines unités, le nombre de livres est très réduit.

Tout comme en 2009, un espace qualifié de « cafétéria » se situe à l'entrée de l'hôpital : plusieurs tables et chaises à proximité de deux distributeurs de boissons constitue le lieu de sociabilité principal de l'établissement. Les patients hospitalisés dans les unités fermées ne peuvent pas s'y rendre, quelle que soit leur modalité d'hospitalisation. Les soignants vont chercher les boissons pour eux.

La plupart des patients rencontrés ont dit trouver le temps très long.

7.3.6 Accès au tabac

Dans la partie ouverte des unités, les patients gèrent leur tabac et accèdent librement à l'espace extérieur quand ils souhaitent fumer. Selon leur état clinique, il peut toutefois y avoir des restrictions figurant dans le contrat de soins.

Dans les unités fermées, Il y a par principe une restriction de l'accès au tabac : « *on en profite pour limiter leur consommation* », a-t-il été indiqué par un médecin. Cette dernière s'élève à neuf cigarettes maximum par jour. Un patient qui aurait manqué une pause cigarettes en raison d'un examen médical devra attendre la suivante.

Les pauses cigarettes rythment la journée, et nécessitent la présence de deux soignants, dont l'un est posté près du grillage, selon une règle imposée par la direction de l'hôpital afin de limiter les risques de fugue. Les soignants allument eux-mêmes les cigarettes des patients et la pause ne dure que le temps de la cigarette, ce qui, ajouté au dispositif de surveillance, donne un caractère très peu chaleureux à ce moment.

Recommandation

Dans la partie fermée des unités, l'accès au tabac doit être organisé de manière plus souple en fonction de la situation des patients. La conception sécuritaire des pauses cigarette doit être revue, afin que les soignants retrouvent la place qui est la leur.

Des substituts nicotiques (patchs) sont prévus pour ceux qui le souhaiteraient.

Pour les personnes placées en chambre d'isolement, des pauses cigarettes peuvent être opportunément organisées dans le sas en fonction de la disponibilité des soignants et de l'état clinique des patients.

7.4 LA PREPARATION A LA SORTIE S'ENVISAGE DES L'ADMISSION

7.4.1 Les sorties de courte durée

Le contrat de soins envisage, dès que l'état du patient le permet, et quelle que soit la nature juridique de l'admission, de ponctuer le séjour de sorties thérapeutiques de courte durée avec

pour objectif la réinsertion des malades, en leur facilitant l'accomplissement des démarches extérieures.

Pour les patients admis à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement ne refuse jamais la demande de sortie proposée par le médecin de l'unité hébergeant le patient.

Quant aux patients en SDRE, la préfecture n'oppose que d'exceptionnels refus : en 2016, 136 demandes de sortie ont été demandées dont une seule s'est vue opposer un refus.

7.4.2 Le passage en programme de soins

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

Le passage en programme de soins est donc largement développé et correspond à une réelle sortie du patient, assorti d'un suivi et d'un contrôle qui peut être strict. Le but est la reprise de la vie en société avec un état de santé psychique stabilisé.

Au 8 mars 2017, sur quarante et un patients en SDRE, vingt-huit bénéficiaient d'un programme de soins dont trois l'avaient obtenu dans les trois mois de leur admission et un avant le douzième jour.

Concernant les trente-trois patients admis sur décision du directeur (SDDE) seize bénéficiaient d'un programme de soins.

Les échanges avec les JLD d'Auxerre et Sens ont confirmé que le programme de soins ne semblait pas décidé pour éviter le contrôle juridictionnel.

7.4.3 La levée de la mesure

Outre les quelques cas de levée prononcées par le JLD, il a été constaté que 9 % des mesures en hospitalisation complète étaient levées par le directeur avant la date de la première audience du JLD.

S'agissant des patients admis sur décision du représentant de l'Etat, il a été indiqué que la loi du 27 septembre 2013 qui a modifié la procédure applicable ne posait pas de difficultés : le préfet prend un arrêté de mainlevée après réception du certificat médical attestant, avec précision, de l'inutilité à poursuivre la mesure. En 2016, sur soixante-seize demandes présentées, vingt-cinq concernaient des patients détenus ; l'avis d'un deuxième psychiatre, conformément à l'article L 3213-9-1 du CSP, a été sollicité pour vingt patients ; un deuxième certificat préconisant la levée a été produit pour dix-huit d'entre eux. Seules deux demandes de mainlevée se sont donc heurtées à un refus.

8. L'EXERCICE DES DROITS ET LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

8.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST TRES LIMITEE ET NE TIENT PAS COMPTE DU STATUT JURIDIQUE DU PATIENT

Dans la partie ouverte de l'unité Marie Noël, vingt et un patients étaient hébergés en soins libres. Dans la partie fermée, douze patients étaient hospitalisés dont : un en SPDRE ; un en SPPI ; six en SPDTU ; un en SPDT ; un en SL

Les trois patients en soins libres étaient passés par la partie ouverte de l'unité avant d'être basculés du côté fermé, généralement en raison de troubles du comportement, ou pour avoir montré des velléités de partir de l'unité.

8.1.1 Le cadre général

Comme constaté en 2009, les unités sectorielles sont toutes conçues sur le même modèle et disposent d'une partie dite « ouverte » que les patients peuvent quitter librement durant la journée, de 8h à 20h30 environ, et d'une partie dite « fermée », dont la porte d'entrée est verrouillée de jour comme de nuit.

Les patients quittant la partie ouverte n'ont pas accès à un parc arboré mais peuvent cheminer entre les bâtiments de l'hôpital, voire sortir de l'enceinte de l'hôpital, cette dernière n'étant pas fermée.

Les unités intersectorielles sont toutes deux fermées, accessibles avec une clef ou en appelant par interphone.

Les unités disposent toutes d'une cour de promenade ou d'un jardin qui leur est dédié, fermé par une clôture. Ces extérieurs sont librement accessibles dans les parties ouvertes des unités mais d'accès très restreint dans les parties fermées.

En effet, pour des raisons de sécurité liées aux risques allégués de fugue, il est imposé au personnel soignant de n'autoriser la sortie des patients des unités fermées dans les espaces extérieurs qu'à la condition que deux soignants en assurent la surveillance, l'un d'entre eux devant se positionner au fond du jardin ou de la cour pendant toute la durée de la sortie.

Ces contraintes rendent l'ouverture des espaces extérieurs peu fréquente, l'accès n'étant en principe possible qu'à heures fixes et sous réserve de la disponibilité des soignants. La durée de ces sorties est dès lors limitée le plus souvent à quelques minutes pour permettre aux patients de fumer.

Ces restrictions sont mal vécues par les patients. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à l'unité Soufflot notamment, où les patients sont présents durant de longues voire très longues durées, le besoin d'accéder à l'air libre était tel que lorsque les chambres sont nettoyées et aérées le matin, certains patients collent leur visage dans l'entrebâillement de la fenêtre pendant de longues minutes pour sentir l'air extérieur. Dans les parties fermées des unités recevant des patients admis sans consentement, le manque d'air était patent et les patients s'en sont plaints abondamment.

Recommandation

L'accès à l'air libre des patients hospitalisés en unité fermée, dans les espaces extérieurs dédiés, doit être permis à tout moment de la journée, en dehors des temps dédiés aux repas, aux soins ou aux activités.

Comme constaté en 2009, le statut juridique des patients n'apparaît pas en adéquation avec les restrictions à la liberté d'aller et venir qui leur sont appliquées.

Les patients hospitalisés dans les parties ouvertes des unités sont, pour l'essentiel d'entre eux, en soins libres, bien que des patients admis sous contrainte puissent être accueillis dans la partie ouverte des unités, soit dans la perspective d'une levée, soit parce que l'état du patient apparaît compatible avec ce régime.

Au contraire, il arrive très régulièrement – et les contrôleurs l'ont eux-mêmes constaté lors de la visite – que des patients en soins libres soient accueillis dans les parties fermées des unités de secteur. Ce passage correspond généralement à une crise avec auto ou hétéro agressivité. Il peut durer plusieurs jours. Il a aussi été rapporté aux contrôleurs qu'il arrivait ponctuellement qu'une personne admise en soins libres dans la partie ouverte de l'unité soit placée dans la partie fermée pour une durée limitée (une journée), afin de lui « *rappeler le cadre* » parce qu'elle n'avait pas respecté les engagements de son contrat de soins.

Les contrôleurs notaient dans leur rapport de visite de 2009 que : « *de nombreux patients en hospitalisation libre sont admis dans les unités fermées de tous les secteurs [...] Même si l'admission dans ces unités se fait en principe avec l'accord signé des patients, l'hôpital doit s'efforcer de limiter ces pratiques et de mettre en conformité la situation administrative avec les modalités d'hospitalisation, à partir du moment où un désaccord est exprimé.* »

En réponse, le ministre de la santé précisait le 23 avril 2010 que : « *l'admission, dans une unité fermée, d'un patient en hospitalisation libre, se fait en principe avec son accord signé, un formulaire spécifique ayant été élaboré à cet effet. Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles a été initié sur ce point* ».

Les contrôleurs ont constaté que si un formulaire de recueil de consentement a bien été élaboré, son utilisation pratique ne permet pas au patient de donner son accord à une hospitalisation en secteur fermé ni d'en comprendre les implications.

Ainsi, ce formulaire de recueil de consentement n'est pas présenté au moment où le médecin envisage le placement en secteur fermé mais à l'arrivée du patient, lors de l'entretien infirmier de recueil d'informations. Il est alors demandé au patient de signer à côté d'un certain nombre d'items parmi lesquels se trouve l'accord pour être placé en secteur fermé. Aucune explication particulière n'est donnée au patient sur les conséquences pratiques de son consentement, les règles de vie du secteur fermé ne lui sont notamment pas présentées.

De plus, les contrôleurs ont constaté que ce recueil de consentement n'était pas systématique. Certains patients en soins libres se trouvaient au jour de la visite en secteur fermé sans avoir apposé leur signature sur le formulaire, d'autres verbalisaient oralement et clairement leur désaccord pour ce placement.

Les soignants ont été interrogés sur le maintien en soins libres de patients dans la partie fermée de l'unité. Plusieurs ayant été adressés par des structures d'accueil, il a été indiqué qu'il était compliqué de trouver un tiers lorsqu'une personne passait de la partie ouverte à la partie fermée, ou d'amener le patient aux urgences afin d'établir un certificat médical. Aucune tentative de cet ordre n'avait toutefois été faite. D'autres arguments ont été avancés : changer une modalité d'hospitalisation est une procédure lourde dans un contexte où la durée de séjour dans la partie fermée peut être ponctuelle, et cela peut retarder la possibilité de faire rebasculer les patients côté ouvert ; le consentement est une notion fluctuante, et certains patients tout en ne consentant pas aux soins, ne manifestent aucun refus actif. Des patients ayant d'importantes idées suicidaires peuvent être hospitalisés côté fermé, en signant un document appelé « *fiche de consentement* ».

Recommandation

La limitation de la liberté d'aller et venir ne doit pas être utilisée à des fins disciplinaires. Il n'est pas acceptable que des patients admis sous le régime des soins libres soient hospitalisés durablement en secteur fermé, particulièrement lorsqu'ils n'ont pas expressément consenti à ce régime d'hospitalisation, ou lorsqu'ils manifestent leur désaccord. Le centre hospitalier doit mettre fin d'urgence à ces pratiques déjà signalées en 2009.

8.2 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT REALISES DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES SANS TRAÇABILITE ET SANS REFLEXION SUR LES PRATIQUES

8.2.1 Les chambres d'isolement et le dispositif de contention

Deux chambres d'isolement sont situées dans la partie fermée de chaque unité de secteur ainsi qu'au sein de l'unité de pédopsychiatrie, portant le nombre total de ces chambres à dix.

Ces chambres sont toutes aménagées de la même manière : accessibles depuis un sas ouvrant sur le couloir, elles sont meublées d'un lit constitué d'un matelas et d'un sommier en mousse plastifiée, disposent d'une fenêtre dont la vitre a été occultée et parfois barreaudée, ainsi que de deux portes dont l'une au moins est surmontée d'un hublot.



Chambre d'isolement

Certains lits sont pourvus d'un oreiller en tissu ou d'un traversin, d'autres ne propose aucun confort de ce type au patient.

Un bouton d'appel, sans interphonie, est installé sur un mur de la pièce, actionnant un signal lumineux dans le couloir au-dessus de la porte du sas ainsi qu'un signal sonore dans la salle de transmission et sur les PTI du personnel soignant. Ce bouton d'appel, qui n'est pas installé à proximité du lit, n'est en tout état de cause pas accessible aux patients placés sous contention qui n'ont donc aucun moyen d'appel.

Recommandation

Les patients placés sous contention doivent pouvoir accéder à un dispositif d'appel installé dans la chambre d'isolement.

Il pourrait être envisagé, comme observé par les contrôleurs dans d'autres hôpitaux, d'installer pour ces patients des appareils d'écoute à distance.

Une pendule est installée dans le sas, son type variant selon les unités (certaines analogiques, d'autres à aiguilles, quelques-unes donnant la date), à l'exception des chambres d'isolement de l'unité Henri Ey à Sens dont la pendule arrachée par un patient la semaine précédente n'avait pas été remplacée. Ces pendules présentent toutes la particularité de n'être pas visibles pour le patient placé sous contention. En effet, pour pouvoir lire l'heure, il faut se trouver debout à proximité du hublot de la porte.

Recommandation

Les pendules installées dans le sas d'accès aux chambres d'isolement doivent être visibles pour les patients placés sous contention.

Le sas d'accès aux chambres d'isolement est meublé de deux fauteuils en mousse et de tables de chevet en mousse qui tiennent lieu de table lorsque le patient prend son repas dans le sas ou lorsqu'il y fume. Dans ce dernier cas la fenêtre du sas est entrebâillée.



Sas d'accès aux chambres d'isolement

A l'unité Henri Ey à Sens, le sas donne accès à un jardin extérieur dédié permettant aux patients de prendre l'air et de fumer à l'extérieur. Aucune distraction n'est autorisée dans la chambre. Certaines unités acceptent cependant que le patient puisse écouter de la musique. Un lecteur de musique est dans ce cas installé dans le sas.

Les chambres d'isolement ne bénéficient pas d'un accès direct aux sanitaires. Un local sanitaire est aménagé pour chaque chambre, mais accessible depuis le sas, avec des toilettes, un lavabo en inox ainsi qu'une douche à l'italienne.



Local sanitaire et son accès depuis le sas

Faute d'accès direct depuis la chambre, les patients souhaitant se rendre aux toilettes se trouvent contraints de solliciter le personnel soignant, pas toujours disponible. Un urinal pour les hommes et un bassin de lit pour les femmes sont systématiquement remis au patient. Ces dispositifs sont cependant très difficiles voire impossibles à utiliser pour les patients contentionnés. La situation est aggravée par le fait que ces derniers n'ont pas accès à un bouton d'appel pour signaler leur besoin de se rendre aux toilettes et doivent attendre le passage des soignants.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont pu constater qu'une forte odeur d'urine régnait dans les chambres d'isolement occupées. Il leur a été indiqué qu'il était fréquent que les patients, particulièrement ceux placés sous contention, urinent dans leur lit. Les matelas et sommiers des lits en mousse n'étant pas manœuvrables ni déplaçables, le nettoyage devient dans ce cas compliqué et l'odeur d'urine finit par imprégner le plastique.

Recommandation

Il est indigne que les patients placés en chambre d'isolement n'aient pas d'accès direct aux sanitaires et soient contraints d'attendre le passage des soignants ou de recourir au pistolet et bassin remis pour se soulager, souvent en se souillant.

Le matériel de contention est conservé en kit dans des caisses entreposées dans l'un des deux placards du sas des chambres d'isolement.

Chaque kit comprend une ceinture ventrale et des contentions pour poignets et chevilles. Le matériel peut être en tissu ou en cuir, le cuir étant réservé aux patients les plus agités en raison de sa résistance plus importante.

Chaque unité dispose de trois à six kits de contention.

Les unités intersectorielles, en raison du profil des patients accueillis, se sont dotées de matériel de contention particulier et mobile tels que des mouffles ou casques de protection.

a) La pratique de l'isolement et de la contention

Les contrôleurs ont pu constater que le placement à l'isolement était régulièrement pratiqué dans l'établissement.

Selon les données recueillies dans le registre d'isolement et de contention, entre le 1^{er} janvier et le 28 février 2017, cinquante-trois mesures de placement à l'isolement ont été mises en œuvre dans les chambres d'isolement des quatre unités sectorielles (Henri Ey, Marcel Aymé, Pierre Larousse et Marie Noël) concernant trente-quatre patients.

Durant la même période il y a eu trois mesures à l'unité Paul Racamier concernant deux adolescents.

Faute de date et heure de fin de la mesure renseignées dans le registre, les durées de placement sont approximatives. Celles-ci ont varié approximativement entre moins d'une heure et soixante jours. Si la plupart d'entre elles n'excèdent pas les 24 heures, onze placements ont duré au moins quarante-huit heures dont sept plus de cinq jours.

Les placements à l'isolement sont décidés par le médecin et réalisés par le personnel soignant.

Les contrôleurs ont néanmoins pu constater l'existence d'une pratique singulière à l'unité Henri Ey. Il a été indiqué qu'en cas de besoin, le personnel soignant pouvait faire appel aux forces de l'ordre pour aider au placement à l'isolement, ceux-ci, par leur présence et leur tenue, « *aidant à calmer le patient* ». Les contrôleurs ont pu constater l'effectivité de cet usage dans certains dossiers portant la mention « *en présence de la police* ». Il a été précisé que l'intervention des

forces de l'ordre dans ce cadre ne faisait pas l'objet d'un protocole mais résultait des bons rapports entretenus entre le commissariat de police de Sens et l'hôpital.

Recommandation

Il n'est pas acceptable que les forces de police interviennent, sans réelle justification, dans des espaces de soin. Leur présence porte une atteinte grave au secret médical et crée un doute sur le caractère disciplinaire du placement.

Les contrôleurs ont pu constater dans toutes les unités que le placement en chambre d'isolement s'accompagnait systématiquement d'une mise en pyjama. Il peut s'agir selon les situations et selon les unités soit du pyjama classique de l'hôpital, soit d'un pyjama anti-suicide déchirable. Il peut parfois s'agir, mais rarement, d'un pyjama appartenant au patient.

Selon les propos recueillis cette mise en pyjama est souvent vécue comme très humiliante, tant par les patients que par le personnel soignant, certains considérant cette pratique comme violente. Elle oblige en effet le patient à se déshabiller complètement devant le personnel soignant, voire à être dévêtu de force lorsqu'il se trouve en état d'agitation. Selon la situation et selon les unités, le patient peut être autorisé à conserver ses sous-vêtements ou non. Les femmes ne sont en principe jamais autorisées à conserver leur soutien-gorge. Dans la plupart des cas, la mise en pyjama impose aux patients de se mettre à nu devant le personnel, certains conservant bien après être sorti de l'isolement un souvenir très vif de cet épisode et des soignants qui y ont assisté.

La mise en pyjama lors des placements à l'isolement a été décrite comme étant une mesure de sécurité, un patient ayant dissimulé un briquet dans ses vêtements quelques années auparavant.

Recommandation

Les patients ne doivent pas être systématiquement mis en pyjama lors du placement en chambre d'isolement. Cette pratique qui peut être violente et humiliante pour les patients doit être utilisée de manière proportionnée, dans les situations où elle s'avère absolument nécessaire.

Les contrôleurs ont pu constater que des patients admis en soins libres pouvaient être placés en chambre d'isolement, parfois pour des durées longues (plus de deux mois), sans changement de leur statut juridique.

Au moment de la visite notamment, une chambre d'isolement de l'unité Marie Noël était occupée par un patient hospitalisé en soins libres, atteint de démence, avec pour consigne : « *Cl ouverte le jour, Cl fermée la nuit* ». La surveillance devait être effectuée toutes les deux heures, ce qui correspondait aux rondes du personnel soignant de nuit. Aveugle, ce patient avait été placé du côté fermé de l'unité parce qu'il avait connu un état d'agitation, mais également parce qu'il avait cherché à quitter la partie ouverte de l'unité. Les soignants ont indiqué que s'il pouvait avoir des moments d'agressivité, il n'était pas nécessaire de l'enfermer durant la journée. Une fois sa période d'agitation initiale passée, il n'a pas été jugé utile de l'installer en chambre ordinaire « *pour ne pas perturber ses repères* », mais également en raison du danger que représentait la présence de meubles. La possibilité de les retirer afin d'aménager un espace adéquat n'a pas été envisagée. Ce patient est retourné dans l'établissement d'hébergement pour

personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui l'avait adressé suite à un comportement inapproprié, après sept jours d'hospitalisation côté ouvert et douze jours côté fermé.

Recommandation

Les patients en soins libres ne doivent pas être placés en chambre d'isolement au-delà de 12 heures, le temps nécessaire à la résolution de la crise, ou à la transformation du régime de soins.

L'examen du registre d'isolement et de contention a également permis de mettre en évidence des divergences de pratiques entre les unités. Ainsi, sur la période étudiée (deux premiers mois de l'année 2017), dix-huit placements à l'isolement de nuit (placement à l'isolement après 20h et levée de l'isolement avant 6h) ont été pratiqués à l'unité Marcel Aymé, concernant sept patients différents, tandis que sur la même période aucun isolement de nuit n'était pratiqué dans les unités Henri Ey et Marie Noël, et deux dans l'unité Pierre Larousse. Il n'a pas été donné d'explications aux contrôleurs susceptibles d'expliquer cette différence, les profils de patients accueillis étant *a priori* similaires dans ces quatre unités.

Lors de la visite de 2009, les contrôleurs regrettaient que les chambres d'isolement soient parfois utilisées comme chambre d'hospitalisation ordinaire avec porte ouverte, lorsqu'il n'y avait plus de lit disponible. Il était noté dans leur rapport : « *En l'absence de lit disponible, trois chambres d'isolement étaient temporairement utilisées comme chambres ordinaires. Cette pratique, bien que de nature à éviter certains transferts, contraint les malades concernés à subir des conditions d'hospitalisations inadaptées à leur état* ».

Le constat est le même en 2017 : au jour de la visite, sur les dix chambres d'isolement de l'établissement trois étaient occupées par des patients qui n'étaient pas placés à l'isolement. Ces derniers ont pu verbaliser auprès des contrôleurs leur incompréhension voire leur mécontentement de se voir imposer une hospitalisation en chambre d'isolement, même porte ouverte.

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent être réservées aux patients placés à l'isolement. La pratique consistant à y affecter, porte ouverte, des patients en attente d'un lit disponible, déjà remarquée lors de la visite de 2009, ne doit pas perdurer.

Aux placements en chambre d'isolement s'ajoutent les placements en **chambre d'apaisement** dans les unités intersectorielles Vauban et Soufflot.

Ces deux unités disposent chacune de deux chambres d'apaisement reliées par un sas commun, dont la configuration et l'aménagement sont en tous points identiques aux chambres d'isolement des autres unités, à l'exception du mobilier : le lit est en métal scellé au sol et la chambre dotée d'un tabouret également scellé au sol et d'une tablette.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la distinction avec les chambres d'isolement provenait du régime appliqué lors du placement d'un patient : la porte de la chambre est en principe laissée ouverte, permettant au patient de sortir dès qu'il le souhaite.

Les contrôleurs ont pu constater que tel était bien le cas dans l'unité Vauban, où les patients se rendent en chambre d'apaisement, parfois volontairement, pour des durées courtes, de l'ordre de quelques minutes, puis quittent la chambre dès qu'ils se sentent plus calmes.

A l'unité Soufflot au contraire, la pratique de la mise en chambre d'apaisement s'apparente au placement à l'isolement, la porte de la chambre étant en réalité fermée. Selon les propos recueillis, le placement dans la chambre peut être décidé par le personnel soignant, une décision médicale intervenant seulement lorsque le placement excède deux heures.

Après avoir consulté des fiches de placement en chambre d'apaisement et des dossiers des patients, les contrôleurs ne sont pas parvenus à acquérir la certitude qu'une décision médicale intervenait systématiquement dans le délai indiqué, notamment la nuit où ces placements sont les plus longs.

Les contrôleurs ont consulté au hasard les fiches de placement en chambre d'apaisement de trois patients. Sur une période de cinq mois, un des patients a été placé à huit reprises, l'autre à dix reprises et le dernier à dix-huit reprises. Si les placements en journée ont rarement excédé deux heures sauf à une reprise (six heures), tel n'est pas le cas des placements de nuit, au nombre de dix, dont la durée moyenne a été de sept heures.

Par ailleurs le motif de certains placements en chambre d'apaisement a pu apparaître davantage disciplinaire que médical. Ainsi concernant les placements réalisés en janvier et février 2017, les contrôleurs ont pu noter les motifs suivants : « *a volé un gâteau* », « *a uriné volontairement sur les fauteuils dans le hall* », « *a jeté les lunettes d'un patient au sol* ».

Recommandation

Les placements en chambre d'apaisement réalisés à l'unité Soufflot s'effectuant porte fermée, ils doivent être traités comme des placements à l'isolement au sens de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, et donc faire systématiquement l'objet d'une décision médicale et n'être décidés que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Les placements sous contention ont lieu essentiellement en chambre d'isolement, sauf dans les unités Vauban et Soufflot qui pratiquent la contention mobile en raison du profil des patients accueillis, gravement déficitaires.

La mise sous contention fait systématiquement l'objet d'une décision médicale.

Les contrôleurs ont pu constater qu'il était très régulièrement fait usage, en matière de placement à l'isolement comme de mise sous contention, de décisions « si besoin », permettant au personnel soignant d'appliquer ces mesures sans nouvel examen du patient par le médecin prescripteur.

De telles prescriptions ne répondent pas aux exigences de la loi.

Recommandation

Il doit être mis fin sans délai aux pratiques de prescription « si besoin » pour le recours à l'isolement et à la contention, de telles prescriptions étant par nature incompatibles avec la condition de dernier recours imposée par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique pour ces mesures.

b) Le registre de l'isolement et de la contention

Les contrôleurs regrettaient en 2009 qu'aucun outil d'analyse des placements à l'isolement et sous contention ne soit mis en place à l'établissement.

En application des dispositions de la loi du 26 janvier 2016, un registre d'isolement et de contention a été ouvert courant 2016 sous forme dématérialisée, constitué par une extraction des données du logiciel *Crystal Link* utilisé par l'hôpital sur lequel sont renseignées les prescriptions de ces mesures.

Au jour de la visite, le registre était encore en phase d'expérimentation, une réunion étant programmée avec l'ARS au mois d'avril pour dresser un bilan du dispositif et procéder à son amélioration.

Si ce registre présente le mérite d'exister, les contrôleurs ont pu constater qu'il se trouvait au jour de la visite difficilement exploitable en raison de l'imprécision des données qui y sont portées.

Ainsi, l'ensemble des mesures d'isolement n'y sont pas référencées. Ne figurent pas dans le registre les isolements en chambre ordinaire ainsi que l'ensemble des placements en chambre d'apaisement porte fermée, seuls étant *a priori* renseignés systématiquement les placements à l'isolement en chambre d'isolement.

Concernant la mise sous contention, les contrôleurs ont pu constater que celle-ci était parfois renseignée indépendamment du placement à l'isolement dans le cadre duquel elle a été appliquée, parfois mentionnée en observation dans le placement à l'isolement et confondue avec celui-ci. Le registre n'est parfois pas renseigné, et notamment lorsqu'il s'agit d'un placement sous contention réalisé en vertu d'une prescription « si besoin », ne nécessitant pas le renseignement d'une nouvelle décision par le médecin.

De plus, certaines autres mentions utiles font défaut. C'est le cas notamment du statut juridique des patients qui n'est pas renseigné ainsi que des date et heure de fin des mesures, ce qui rend impossible toute évaluation précise de leur durée.

Enfin, la surveillance des mesures n'est pas suffisamment renseignée. Parfois, seule la décision du médecin figure sans que le nom des soignants en ayant assuré la surveillance et les heures de passage ne soient précisées. Parfois les heures de passage sont précisées mais semblent davantage correspondre à la programmation de la surveillance qu'à l'effectivité de celle-ci car les heures mentionnées sont fixes, sans variation des minutes (8h, 9h, 10h etc.). Parfois les heures de surveillance ne sont renseignées que pour la journée et non la nuit.

En revanche, les contrôleurs ont pu constater que l'identité des patients n'était pas précisée, ceux-ci se voyant attribuer un numéro permettant de les distinguer tout en préservant le secret médical des informations.

Recommandation

Il convient de s'assurer que le registre en cours de construction permette d'assurer une analyse et un contrôle effectif des mesures d'isolement et de contention en incluant toutes celles qui sont pratiquées à l'établissement et en précisant leurs date et heure de fin ainsi que les passages réels de l'équipe soignante pour en assurer la surveillance.

8.3 LA VIE PRIVEE ET FAMILIALE : DES AMELIORATIONS S'IMPOSENT

Dans la partie ouverte des unités, les patients ont en principe leur **téléphone portable**. Des restrictions peuvent être apportées dans le cadre des contrats de soins.

Quand un patient est admis dans une unité fermée, son téléphone lui est retiré au moment de l'inventaire, et ce jusqu'à ce qu'il rencontre le psychiatre. Ensuite, les pratiques diffèrent d'une unité à une autre, voire d'un médecin à un autre (Pierre Larousse). Des praticiens autorisent le

téléphone de manière libre à certains patients (Marie Noël), d'autres n'y donnent accès qu'à horaires fixes (Marcel Aymé). Les cordons des chargeurs ne sont pas laissés aux patients, qui doivent confier leur téléphone aux soignants le temps de la recharge.

Recommandation

L'accès au téléphone doit être en principe libre, et ne peut être restreint que de manière individualisée, en fonction de l'état clinique des patients. La diversité des pratiques entre des unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différences de pathologies doit faire l'objet d'une réflexion et d'un travail d'harmonisation.

Il n'y a plus de « *point-phones* » payants comme cela était le cas en 2009. Les patients ont accès au **téléphone portable** de l'unité, qui peut être utilisé en chambre et permet de garantir la confidentialité des communications. Ils dépendent néanmoins des soignants qui peuvent différer l'accès au téléphone selon leurs disponibilités. Des restrictions particulières peuvent également être décidées par le médecin en fonction de l'état de santé du patient.

D'après le livret d'accueil, les **visites** sont autorisées du lundi au vendredi de 15h à 18h30, et le week-end et les jours fériés de 13h30 à 18h30. Certaines unités appliquent également ces horaires plus larges en semaine. Il n'y a pas d'espace d'accueil pour les visites, qui ont lieu soit dans une salle d'attente à l'entrée des unités, dans une salle d'activité ou dans la chambre du patient. Elles peuvent être médiatisées avec la présence d'un soignant dans un bureau de consultation. Les enfants ne sont pas autorisés à l'intérieur des unités.

Pour leur **courrier**, les patients se voient fournir le matériel nécessaire. En principe, ils payent les timbres de leur correspondance privée mais il est fait preuve de souplesse en fonction de leurs moyens. Les courriers adressés aux autorités sont pris en charge par l'hôpital. Le courrier entrant est distribué quotidiennement par le vagemestre.

Les patients peuvent avoir un **ordinateur** sur autorisation médicale. Au moment de la visite, une patiente était autorisée à se connecter au wifi de l'hôpital. Les patients peuvent être accompagnés dans des démarches sur Internet par une assistante sociale.

8.4 LE DROIT DE VOTE N'EST PAS EFFECTIF

Le livret d'accueil ne contient pas d'information relative au droit de vote, et il n'y a pas d'affichage dans les unités.

A l'occasion des élections, un courrier électronique est adressé deux à trois semaines avant aux cadres de chaque unité afin qu'ils recensent parmi les patients ceux qui souhaitent exercer leur droit de vote. En fonction des situations, une permission de sortie est accordée le jour de l'élection, ou une demande de procuration est effectuée. Les gendarmes se rendent alors dans l'établissement pour recevoir les patients et établir les procurations dans un bureau de chaque unité.

8.5 LES ACTIVITES PHILOSOPHIQUES ET RELIGIEUSES SONT PEU PROPOSEES DONC PEU DEMANDEES

La possibilité de rencontrer le représentant d'un culte n'est pas abordée dans le livret d'accueil et ne fait pas l'objet d'affichage dans les unités. Aucun aumônier ne se rend de manière régulière à l'hôpital.

D'après les propos recueillis, il y a très peu de demande de la part des patients. Quand cela est le cas, la demande est transmise au secrétariat de direction de l'hôpital qui prend contact avec le représentant du culte concerné.

Une chapelle est située à proximité l'hôpital tout près des anciens locaux. Elle est librement accessible et la messe y est célébrée chaque dimanche. Les patients en soins libres peuvent y assister, de même que, exceptionnellement, certains patients en soins contraints quand leur état le permet.

Un patient très religieux sous tutelle de l'hôpital a été assisté par la direction des soins, la mandataire judiciaire et les soignants de son unité pour organiser un séjour qui lui tenait à cœur à Lisieux (Calvados).

8.6 LA SEXUALITE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

L'approche de la sexualité des patients au CHS de l'Yonne n'est pas homogène. Elle est considérée selon les unités d'hospitalisation comme ou étant un « *gros problème* » ou comme n'en étant pas un. L'unité Louis David dispose d'une chambre à deux lits, prévue au départ pour permettre l'éventuelle hospitalisation conjointe d'un couple. Lorsque qu'elle existe, cette approche est le plus souvent « *non formalisée* », avec pour toile de fond le consentement et la crainte d'abus. L'accès aux divers moyens de contraception est inégal selon les unités d'hospitalisation.

Un travail est conduit depuis une douzaine d'années sur la vie affective et sexuelle des personnes handicapées à la résidence Girard de Roussillon implantée sur la commune de Vézelay.

La Résidence Girard de Roussillon est une structure médico-sociale d'hébergement pour adultes handicapés valides **autorisée par le conseil départemental de l'Yonne** et rattachée au CHS de l'Yonne. Elle est agréée pour l'accueil de cent personnes adultes handicapées souffrant de troubles psychiques chroniques (**quarante en foyer d'accueil médicalisé et soixante en foyer d'accueil occupationnel**).

Un programme de développement professionnel continu (DPC) destiné à deux groupes de quinze professionnels de santé de la résidence Girard de Roussillon ayant pour thématique « *Vie affective et sexualité en institution* » a été mis en place avec deux séquences de formation professionnelle de deux jours chacune en février et octobre 2014. Cette thématique est identifiée comme un besoin réel par l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne.

La mise en œuvre d'un programme de formation se situe dans la continuité de ce programme de DPC. Un groupe-projet a été constitué en janvier 2016 et s'est réuni une fois tous les quinze jours, de février à juin, puis à partir de septembre. Des échanges entre les groupes-projet de différentes structures se sont tenus à deux reprises en 2016.

Constatant que les résidents n'avaient jamais reçu d'information concernant la sexualité et la vie affective au sein de la structure et que le sujet restait abordé de façon individuelle en réponse à une demande spécifique, le groupe-projet a identifié le besoin d'informer tous les résidents sur leur corps, les émotions, la pudeur et l'intimité, la santé sexuelle et la législation.

Un programme d'éducation à la santé sur la vie affective et sexuelle de sept séances d'information est proposé à tous les résidents et s'effectue sur une durée de trente-cinq semaines prévue de janvier à décembre 2017 ; ses objectifs se déclinent ainsi :

- objectif principal :
 - l'acquisition de connaissances et de savoirs permettant aux résidents de mieux vivre leur vie affective et sexuelle et de réduire les risques qui y sont associés ;
- objectifs « spécifiques » :

- aider les résidents à comprendre ce qu'est une émotion et pouvoir mettre des mots sur ce qu'ils ressentent ;
- aider les résidents à prendre conscience et comprendre leur schéma corporel ;
- mettre à disposition des résidents des informations sur la santé, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et la contraception, afin de leurs permettent de devenir acteurs de leur prise en charge ;
- donner des informations sur les actes reconnus comme inadéquats (socialement et légalement) ;
- encourager les comportements respectueux des résidents envers eux-mêmes et les autres dans leurs relations amoureuses ;
- favoriser les comportements assertifs ;
- mettre les « *bons mots* » sur les « *bonnes choses* » ;
- développer les aptitudes individuelles et sociales.

Il est prévu d'évaluer l'impact de cette action d'information sur les résidents, notamment au travers de l'observation quotidienne.

Recommandation

Le droit à une vie affective et sexuelle et l'accès aux divers moyens de contraception doivent faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. L'approche de la sexualité des patients hospitalisés au CHS de l'Yonne peut s'appuyer sur le travail entrepris à la résidence Girard de Roussillon, portant sur la vie affective et sexuelle des personnes handicapées.

8.7 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES SONT IRRESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PATIENTS

Depuis 2005, au sein de l'unité Pierre Larousse, un espace est réservé **aux personnes détenues** provenant du centre de détention de Joux-la-Ville ou de la maison d'arrêt d'Auxerre lorsque leur état ne permet pas d'attendre une disponibilité à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'Orléans (Loiret).

Après que le médecin de l'établissement pénitentiaire a rédigé le certificat médical nécessaire à la prise de l'arrêté préfectoral décidant de l'admission en soins sous contrainte, la personne détenue, sanglée sur un brancard voire parfois menottée, est transportée dans une ambulance privée qui est escortée par un véhicule pénitentiaire dans lequel prennent place deux agents.

L'arrivée à l'unité, même s'il a été précisé aux contrôleurs qu'une attention était portée à ce qu'elle soit discrète, ne se fait pas en empruntant un circuit réservé, mais est susceptible d'exposer le patient à la vue du public notamment d'autres malades.

Dès les grilles du « *quartier de carceralité* » franchies, la personne détenue est invitée par deux (voire trois) infirmiers à revêtir un pyjama jetable avant d'entrer dans la chambre configurée à l'identique de celles d'isolement et meublée exclusivement d'un lit scellé au sol.

L'ensemble de cet espace de 80 m² se compose de deux chambres d'isolement, chacune disposant de sanitaires et d'un hall avec une petite table rectangulaire et une chaise scellées ainsi qu'un meuble destiné à stocker les draps, les serviettes de toilette et les pyjamas, outre les quelques affaires personnelles apportées par la personne détenue.

Cette pièce centrale bénéficie de la lumière du jour grâce à une fenêtre dont l'ouverture est bloquée.

La personne détenue reçoit les soins médicaux nécessaires à l'amélioration de son état après avoir été vue, dans un temps très court suivant son arrivée mais, les règles organisant sa vie quotidienne sont essentiellement à visée sécuritaire et beaucoup moins respectueuses d'un certain nombre de droits fondamentaux admis dans les établissements pénitentiaires.

Ainsi et sans que cela résulte du contrat de soins, le patient détenu est privé de télévision et de téléphone. Les visites ne sont pas autorisées et le courrier transite par l'établissement d'origine.

Ce lieu ne dispose d'aucun accès à une cour de promenade et l'air extérieur ne peut être respiré par la personne détenue qu'en se « collant » à l'entrebâillement de la fenêtre du hall, aux heures où, sortie de sa chambre encadrée d'au minimum deux soignants, elle passe quelques minutes dans le hall pour fumer (trois à cinq fois par jour) et prendre ses repas à table.

A sa demande, depuis sa chambre, elle peut écouter la radio positionnée à l'extérieur et manipulée par les soignants qui choisissent la station. Il ne lui est proposé aucun livre ni magazine.

Le rapport de 2009 avait fait observer le caractère anormal de ces conditions d'hospitalisation au regard des droits des personnes détenues ; le ministre de la santé n'avait fait qu'évoquer, dans sa réponse, l'ouverture imminente des UHSA.

Depuis, les conditions de vie « à la carceralité » (substantif employé par tous les intervenants pour nommer ce quartier) sont restées exactement les mêmes.

Les contrôleurs ont pu constater qu'une femme détenue a réclamé, en vain, la possibilité de sortir de sa chambre, l'heure ne correspondant pas à celle prévue pour la « pause cigarettes ».

La mission a partagé, avec l'équipe médicale et la direction, ses interrogations sur le sens de cette conception sécuritaire qui oublie les droits fondamentaux des personnes détenues vis-à-vis

desquelles les soins apparaissent « noyés » dans des interdits et à qui on offre, à l'hôpital, des conditions de vie plus défavorables que dans un quartier disciplinaire pénitentiaire.

En 2016, trente personnes ont ainsi séjourné dans ces « *chambres de carceralité* » dont huit ont rejoint l'UHSA d'Orléans après un séjour moyen de dix jours, la durée d'hospitalisation des autres ayant été beaucoup plus courte (entre 24 h et cinq jours).

Recommandation

Les conditions de vie des personnes détenues hospitalisées dans l'espace dit « de carceralité » sont indignes et ne sauraient perdurer. Le principe légal selon lequel les personnes détenues ont accès aux soins dans les mêmes conditions que les autres patients doit être respecté, ce qui signifie que le soin doit primer sur l'aspect sécuritaire au sein de l'hôpital.

9. L'HOSPITALISATION DES MINEURS

L'unité Racamier, qui peut accueillir dix mineurs âgés de 14 à 17 ans en hospitalisation complète, a ouvert en 2011. Elle reçoit sans restriction les adolescents souffrant de troubles multiples dans leurs manifestations dès lors qu'ils traduisent une souffrance psychologique importante (tentative de suicide, scarification, déscolarisation, fugue, addictions etc.). L'entrée dans la psychose, pour autant qu'elle puisse être certaine, apparaît très minoritaire.

Elle a accueilli cinquante-six adolescents en 2015 et soixante-dix en 2016. Aucun mineur n'a été admis sur décision du représentant de l'Etat depuis l'ouverture et aucun n'a été confié directement par un juge des enfants depuis 2014. Les contrôleurs ne se sont donc pas attardés dans cette unité.

Le pavillon est situé en bordure de propriété, à l'écart des pavillons pour adultes.

Le bâtiment abrite également les consultations et l'hôpital de jour. Le hall d'entrée commun, décoré de verdure et orné de tableaux, est particulièrement spacieux et lumineux. En haut d'un large escalier, le palier donne, d'un côté sur l'hôpital de jour et, de l'autre, sur l'unité Racamier.

9.1 DES LOCAUX NEUFS ET BIEN AMENAGES

L'unité est **fermée**. Les chambres sont réparties en deux espaces géographiques, l'un pour les filles et l'autre pour les garçons ; la circulation est libre mais il est interdit d'entrer dans la chambre d'un autre patient. Toutes les chambres sont individuelles, spacieuses et claires. Les fenêtres, dont l'ouverture est bridée, sont opacifiées. Le mobilier se compose d'un lit, une table de nuit, un placard avec digicode, un bureau. La literie est colorée. Les adolescents sont autorisés à personnaliser l'espace. Chaque chambre dispose d'une salle d'eau particulière. Les chambres peuvent être fermées de l'intérieur et disposent d'un bouton d'appel.

Les quatre salles collectives sont conviviales et en très bon état.

L'unité dispose d'une cour, accessible sous surveillance.

9.2 DES PROFESSIONNELS ATTENTIFS MAIS UNE PRESENCE MEDICALE INSUFFISANTE COMPTE TENU DE L'ETENDUE DU POLE

L'unité est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier (PH), pédopsychiatre, présent une demi-journée par semaine. Un autre PH est présent quatre demi-journées par semaine. L'unité bénéficie de la présence d'un interne qui, de fait, assure une présence « médicale » continue. Les médecins en effet sont sollicités par l'ensemble des structures extra hospitalières du département.

Le cadre de santé est présent quatre jours par semaine (0,80 %) ; le reste de son temps est consacré à la maison des adolescents.

L'équipe soignante se compose de 17 IDE (16,80 %) et 2 AS. Elle est complétée par deux éducateurs spécialisés et deux psychologues (0,40 % ETP). Au moment de la visite, deux infirmières étaient en congés maladie, non remplacées (un congé maternité devait suivre).

L'effectif minimum est de deux soignants ; de fait, entre 9h et 21h, les soignants sont au moins trois, voire quatre.

Une assistante sociale intervient pour l'ensemble du dispositif pour adolescents.

Des temps de transmission d'informations sont institutionnalisés, deux fois par jour, outre une réunion hebdomadaire rassemblant toute l'équipe. Une supervision a été mise en place en 2015. Tous les agents ont pu bénéficier de formations en lien avec le public accueilli. On note que le

cadre de santé a écrit un mémoire sur les adolescents difficiles dans le cadre d'un diplôme universitaire présenté en 2015.

La majorité des soignants est présente depuis plus de trois ans. Le cadre qualifie son équipe de « *volontaire, engagée, professionnelle* ». Les patients rencontrés ont fait état d'écoute et de disponibilité de la part « *de presque tous les soignants* » ; plusieurs se sont plaints de ne pas rencontrer leur médecin aussi souvent qu'ils le souhaiteraient.

Les synthèses associent les services extérieurs.

Une réunion annuelle est organisée avec les services extérieurs et notamment les juges des enfants, afin d'éviter que les services sociaux et médico-sociaux ne succombent à la tentation de « *psychiatriser* » les adolescents difficiles. A l'hôpital, il est indiqué que la vigilance doit être constante pour s'assurer de la collaboration.

9.3 DES MODALITES D'ADMISSION QUI DEVRAIENT ETRE ASSORTIES D'UNE INFORMATION PLUS PRECISE DES REPRESENTANTS LEGAUX

Le délai pour obtenir un rendez-vous en CASA ou en CMP est de trois à six mois néanmoins l'hospitalisation programmée est privilégiée. La programmation est dite plus difficile pour les enfants relevant de la protection de l'enfance qui représentent un tiers des admissions. Il a été observé que celles-ci avaient plus souvent lieu en urgence et conduisaient plus souvent à une nouvelle hospitalisation.

L'admission. Lorsque l'admission est préparée, le jeune est reçu avec ses parents par le médecin et un soignant. Des explications sont données sur les modalités de prise en charge et la vie dans l'unité ; il est possible de la visiter. L'accueil en urgence ou l'accueil d'un enfant placé n'empêche pas la délivrance de ces informations aux représentants légaux, dans les jours qui suivent l'arrivée.

Le formulaire d'admission soumis à la signature des représentants légaux est assorti d'une autorisation « *à faire donner les soins et faire pratiquer les interventions chirurgicales qui s'avèreraient nécessaires en cas d'urgence dans le cadre de l'hospitalisation ou d'activités extérieures* ». L'accord des parents est également sollicité pour les transports, la participation à des activités extérieures (dont la nature est précisée), la prise de photographie (sans mention de l'usage et de l'éventuelle diffusion), l'exposition, au sein de l'unité, des œuvres produites par le patient. Les représentants légaux sont invités à renseigner un formulaire indiquant notamment l'intervention d'un service social. Ils sont invités à produire le livret de famille. Le cadre de santé précise qu'en cas de placement, l'ordonnance est demandée, afin de s'assurer des droits accordés aux parents.

La plaquette de l'unité est remise aux parents. Elle comporte notamment :

- les noms et coordonnées téléphoniques et de messagerie informatique des médecins, cadre supérieur et cadre de santé et les coordonnées du secrétariat et du bureau infirmier ;
- la liste des professionnels intervenant dans l'unité ;
- une description des locaux ;
- une liste des activités proposées (sans mention d'objectifs et de contenus) ;
- une liste générale des partenaires (conseil départemental, justice, éducation nationale etc.) sans précision sur les conditions et la nature de leurs interventions.

Le règlement intérieur de l'unité est porté à la connaissance du mineur et de ses parents ; il ne semble pas qu'une copie soit systématiquement remise.

Ce règlement comporte l'emploi du temps, les règles relatives aux visites et au téléphone, sans toutefois évoquer la période de rupture (Cf. *infra*), le principe de l'activité thérapeutique obligatoire (sans objectifs ni contenus) et une série de règles de vie essentiellement fondées sur des interdits parfois formulés de manière infantilissante (« *on frappe avant d'entrer, on attend qu'on dise d'entrer, on ne se sert pas dans son casier...* »).

9.4 UNE PRISE EN CHARGE INTENSIVE MAIS QUI N'EMPECHE PAS LE RECOURS A L'ISOLEMENT

La prise en charge est fondée sur un emploi du temps rythmé, des temps collectifs obligatoires (fermeture des chambres matin et après-midi), des entretiens médicaux, une présence soignante permanente et des activités thérapeutiques.

Le suivi médical n'est pas nécessairement effectué par le médecin qui suivait le patient à l'extérieur, ce qui rompt avec la logique de secteur et contrarie manifestement quelques patients. Deux patients hospitalisés depuis cinq semaines ont indiqué avoir vu le médecin deux fois dont une seule en entretien individuel ; un autre, présent depuis deux mois, dit avoir rencontré le médecin trois fois. Le traitement leur a été expliqué (intérêt, inconvénients) ; une patiente présente au moment de la visite l'a refusé et n'a pas été contrainte. Comme dans tout l'établissement, le traitement est donné à table.

Deux soignants sont référents pour chaque mineur, garantissant la continuité du soin et de la relation avec le jeune et ses parents.

Les activités thérapeutiques sont obligatoires ; elles ont lieu sur prescription et se déroulent l'après-midi, dans et hors de l'unité. Elles sont le support d'un travail sur le corps (l'unité dispose d'une salle de gymnastique et utilise les locaux de l'hôpital de jour ; des conventions ont été passées permettant de pratiquer la piscine, le badminton et, plus rarement, l'équitation), l'imaginaire (salle d'arts créatifs, jeux de rôle) et la socialisation (sorties à buts divers : marché, musée etc.).

Si la liste de la plaquette d'information fait état d'activités multiples, le tableau d'activité des trois derniers jours de la semaine de visite était modeste (mercredi : une heure de cours pour trois patients ; jeudi : une heure de cours pour deux patients et une randonnée pour deux ; vendredi : cours pour un patient, point de croix pour deux et gymnastique pour deux). Les patients rencontrés ont évoqué des activités plus souvent vécues comme occupationnelles (jeux de société et « points de croix » avaient été organisés le lundi et badminton le mardi). Les patients ont fait part de leur ennui, notamment le week-end. Néanmoins, la salle d'arts plastique témoigne de réalisations multiples.

Chaque semaine, un temps est consacré à un groupe de parole qui permet aux patients d'exprimer leurs doléances et propositions relatives au fonctionnement de l'unité. Les contrôleurs ont pu constater que les soignants s'efforçaient de faire circuler la parole afin qu'elle ne soit pas monopolisée par les adolescents « leaders » (qui n'ont pas manqué d'exprimer devant les contrôleurs des doléances justifiées : « *je croyais qu'on pouvait choisir son médecin ?* »). Les contrôleurs ont également observé que les soignants s'efforçaient d'apporter des réponses aux questions posées (la justification est apparue comme le premier réflexe – « *le médecin qui te suivait à l'extérieur n'intervient pas ici* » – mais il est dit que certaines questions sont reprises ultérieurement en équipe).

La place des parents. La prise en charge prévoit une rupture d'une semaine avec l'environnement familial ; la démarche est justifiée par la nécessité, pour le patient, d'être extrait de son milieu habituel pour investir le lieu de soins et, pour les soignants, de pouvoir l'observer hors influence. Les visites sont ensuite possibles, selon prescription. Elles se déroulent dans un salon situé juste

avant l'entrée de l'unité ; des week-ends sont ensuite mis en place, selon l'état du patient et la capacité des parents à recevoir leur enfant. Au moment du contrôle, aucun des patients admis depuis plus d'une semaine n'avait de restriction du droit de visite ou d'hébergement.

L'usage du téléphone est régulé par le médecin ; il est limité à un appel de quinze minutes par jour, au plus, en fin d'après-midi ; l'appel est passé dans le bureau infirmier, le haut-parleur est mis, ce que les patients rencontrés vivent mal (« *pendant les visites, on a un temps pour nous, pourquoi pas au téléphone ?* » et aussi « *on n'ose pas tout dire, c'est gênant* »).

La place des parents est affirmée, dans un souci d'alliance thérapeutique ; ils sont informés régulièrement de l'évolution de la prise en charge, plus souvent par téléphone ou à l'occasion d'un retour de week-end que par un entretien formel (le manque de temps médical est invoqué). Toutefois, le mineur peut demander que certaines informations soient gardées secrètes et il est fait droit à sa demande dès lors qu'elle paraît conforme à son intérêt (sérologie par exemple).

Vie quotidienne et droits des patients

La qualité des repas a été soulignée par les patients (« *on peut choisir, c'est bon et diversifié* » ; « *ils améliorent, on a toujours du "rab"* »). L'accès à la télévision est opportunément limité (de 15h30 au repas du soir puis une heure ou deux après le repas).

Le règlement intérieur interdit le tabac...sauf autorisation médicale et accord des parents. La consommation est limitée à cinq cigarettes par jour. L'équipe réfléchissait à la manière d'accompagner les mineurs vers un arrêt ou une diminution ; il a été indiqué que la minorité des patients interdisait de recourir aux substituts nicotiques (en réalité ce recours est possible, à partir de 15 ans).

La scolarité n'est pas négligée. Un enseignant de l'éducation nationale est détaché à 20 % ; l'objectif est de soutenir les plus volontaires dans les disciplines principales et de redonner le goût de l'école aux plus phobiques. La faiblesse du temps de détachement ne permet pas de donner plus d'un à deux cours par semaine. L'enseignant maintient le lien avec l'établissement d'origine et ceux qui le peuvent y retournent dès que possible, avec un emploi du temps adapté. Tel était le cas d'un adolescent au moment de la visite.

L'isolement

L'unité dispose de deux chambres d'isolement de conception classique (Cf.8.2).

On note qu'un registre a été mis en place dès avant la loi du 26 janvier 2016. On y trouve le nom du patient, celui du médecin à l'origine de la décision ainsi que les motifs et la définition de la surveillance à mettre en place. En revanche, le nom des professionnels ayant surveillé la mesure ne figure pas.

Au moment du contrôle – 7 mars 2017 – un patient était en chambre d'isolement. Le registre faisait état de deux autres patients isolés au mois de janvier et deux au mois de février. Le dernier trimestre de l'année précédente, cinq patients avaient été isolés chaque mois. Cette différence n'a pu être expliquée. Vingt-cinq mineurs ont connu une ou plusieurs périodes d'isolement en 2016.

Le registre montre que la plupart des isollements sont motivés par de l'agitation avec agressivité voire violence et par des idées suicidaires mais on trouve aussi de simples « *retour de fugue* » et parfois « *risque de passage à l'acte* » dont on ne sait exactement ce que cela recouvre. Les horaires de mise à l'isolement et de levée ne figurent pas toujours clairement ; enfin l'isolement est généralement décidé « *pour 24 heures* ».

Aucun patient n'a fait l'objet d'une mesure de contention en 2017 ; douze ont été contenus en 2016. Le registre indique brièvement le motif (« *crise clastique et idées suicidaires* », « *état*

d'agitation ») ; les documents communiqués montrent que contention et injection répondent à des situations de crise aiguë. La contention suit généralement un appel aux renforts. L'injection est dite « *exceptionnelle* », évaluée à « *trois ou quatre fois par an* ».

Le registre fait l'objet d'une exploitation statistique plus qu'analytique. Celle-ci montre qu'un peu plus d'un quart des patients (27 %) ont été placés à l'isolement en 2016 ; une forte proportion (62 %) de placement intervient en soirée.

Au moment de la visite (un matin), un jeune était placé à l'isolement depuis la veille à 16h ; il a été rencontré par les contrôleurs. Bien que peu décidé à coopérer au soin, il était calme et son discours est apparu cohérent, de sorte que les contrôleurs se sont interrogés sur la légitimité de son maintien. Des renseignements recueillis, il est apparu qu'il s'agissait d'un jeune très carencé au plan éducatif, consommateur de produits stupéfiants et transgressif. Le motif de l'isolement porté au registre évoque une agressivité importante mais il est permis de s'interroger d'une part, sur l'aspect « sanction » qu'a pu revêtir la décision et, d'autre part, sur la capacité de l'équipe à repérer et dériver l'agressivité.

9.5 L'HOSPITALISATION EN SERVICE POUR ADULTES, REALISEE DU FAIT DE MANQUE DE LITS SE FAIT DANS DES CONDITIONS ILLEGALES

Selon le rapport d'activité pour l'année 2015 (seul disponible au moment de la visite), l'hébergement de mineurs en service pour adultes a diminué de près de moitié depuis l'ouverture de l'unité. Dix adolescents ont été accueillis chaque année chez les adultes en 2014 et 2015, et quinze en 2016 et le plus jeune avait 14 ans.

L'admission en service pour adultes fait suite à un manque de places à l'unité Racamier. Le mineur est systématiquement placé en chambre d'isolement donc en secteur fermé ; les motifs invoqués tiennent à sa protection. Le patient mineur est rencontré par un pédopsychiatre ; si son état le permet, il participe aux activités de jour avec les jeunes de l'unité Racamier. Selon le cadre supérieur de santé, le séjour en unité pour adultes se situe entre un et quatre jours ; l'une des unités a cependant évoqué un séjour de dix-sept jours.

Recommandation

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés dans un secteur accueillant des adultes de plus de 25 ans, qui plus est souffrant de pathologies sévères. Le placement en chambre d'isolement des mineurs, dans le seul but d'éviter la cohabitation avec les patients adultes, ne répond pas aux exigences légales.

10. L'HOSPITALISATION DES PERSONNES PORTEUSES D'UN HANDICAP PSYCHIQUE OU CHRONIQUE QUESTIONNE QUANT A LEUR STATUT JURIDIQUE MAIS RASSURE SUR LES CONDITIONS DE VIE DONT ELLES BENEFICIENT

L'unité Vauban héberge des hommes et des femmes adultes polyhandicapés et très déficitaires, beaucoup ayant un quotient intellectuel égal ou inférieur à 50. Tous sont sous protection juridique et ont été accueillis en soins « libres » sans que l'on puisse savoir exactement de quelle manière le tuteur ou le curateur sont intervenus dans l'admission. L'unité Soufflot accueille, en soins libres également, des patients dont la pathologie est chronique et dont la sortie vers une structure adaptée nécessite une préparation de plusieurs mois.

Les deux unités bénéficient d'effectifs soignants renforcés ; le volontariat est privilégié mais une rotation obligée est organisée au sein du personnel, pour permettre à ceux qui le souhaitent de quitter ces unités où le travail est difficile. Bien que n'étant pas tous volontaires, les soignants sont apparus très impliqués. A Soufflot, un binôme (IDE/AS) est référent et chargé d'organiser un projet de soins individualisé. Le cadre de santé, dans ces unités, tient une place prépondérante. La présence médicale est moins importante en effet que dans les unités de psychiatrie générale mais un interne est toujours joignable et les médecins avisés d'une difficulté se rendent disponibles.

Les locaux des deux unités sont vastes, lumineux et en excellent état de maintenance. Les chambres sont toutes individuelles à Soufflot alors que Vauban dispose de quelques chambres doubles. Elles sont décorées et personnalisées. A Soufflot, un espace a été aménagé pour une patiente qui sort très peu de sa chambre : une ouverture a été percée entre deux chambres pour constituer un espace de détente avec des coussins et un appareil de luminothérapie ; un plafond étoilé a été installé au-dessus du lit de la patiente.

A Vauban, l'espace a été adapté pour faciliter le bien-être des personnes totalement dépendantes ; ainsi le chauffage provient du sol compte tenu du nombre de pensionnaires qui se déplacent en rampant ou ne s'assoient que par terre. Des salles de bains extérieures aux chambres facilitent les changes réguliers des nombreux patients portant des protections intimes. Les contrôleurs ont constaté la compétence, la disponibilité et l'attitude bienveillante du personnel à l'égard de chacun, en sachant gérer les manifestations d'angoisse ou d'excitation comme celles provoquées par la venue des contrôleurs.

Malgré la lourdeur des handicaps, l'équipe est soucieuse d'organiser des activités extérieures telles des repas dans des restaurants, des pique-niques, des sorties nature ou cinéma, étant précisé que l'accompagnement est d'un soignant par participant et que le coût est financé par prélèvement sur les allocations adulte handicapé après accord du tuteur.

Le maintien des liens familiaux est souhaité mais se raréfie au fur à mesure de la durée du placement, notamment après le décès des parents. Des goûters sont prévus à l'occasion d'anniversaires ou de fêtes telles Halloween, Noël, Mardi gras et les familles y sont conviées.

Une telle prise en charge, sociale et médicale, exige vigilance et dévouement des soignants.

A Vauban il convient de noter l'implication de la cadre de santé, soutenue elle-même par la direction, qui est soucieuse de la cohésion et de la sérénité de son équipe, et qui anticipe les difficultés et les risques de dysfonctionnements.

11. CONCLUSION GENERALE

La plupart des recommandations issues du précédent rapport sont toujours d'actualité : il arrive que tous les lits d'une unité, y compris ceux des chambres d'isolement, soient occupés et il est alors à craindre qu'un séjour en chambre d'isolement se prolonge sans réel motif. Des patients admis en soins libres sont régulièrement accueillis dans l'espace fermé des unités au-delà du temps nécessaire à juguler une crise ou modifier leur statut et sans que les dispositions aient été prises pour recueillir leur réel consentement ou sans qu'il soit possible de le recueillir. Les modalités de notification des décisions de placement ou de maintien en soins contraints et l'information des patients quant à leurs droits demeurent insatisfaisantes. La vie quotidienne dans les espaces fermés des unités reste marquée par l'ennui ; l'atmosphère y est d'autant plus pesante que l'accès à l'air libre est très restreint et particulièrement contrôlé, au sens strict de ce terme.

Globalement, il est apparu que les questions de sécurité prenaient souvent le pas sur l'aspect relationnel et soignant, conduisant à des pratiques inacceptables (vidéosurveillance permanente au sein même d'une unité, présence d'agents de sécurité sans précautions suffisantes, intervention des services de police en dehors de toute justification). Le fonctionnement de l'unité dite « *de carceralité* » illustre cette dérive jusqu'à la caricature.

Le manque de médecins pèse fortement sur les conditions de travail de tous, limitant la prise de recul et l'interrogation des pratiques. Cette situation est d'autant plus regrettable que le personnel soignant est stable, formé et soucieux de l'intérêt du patient.