



---

**Rapport de visite :**  
**Centre**  
**psychothérapique de**  
**Nancy**

*(Meurthe-et-Moselle)*

Du 6 au 16 juin 2017 - 1<sup>e</sup> visite

## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre psychothérapique (CPN) de Nancy Nice du 6 au 16 juin 2017.

Un rapport de constat a été adressé le 20 décembre 2017 au directeur de l'établissement, au délégué territorial de l'agence régionale de santé de Meurthe-et-Moselle, au préfet de Meurthe-et-Moselle, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Nancy et au président du tribunal de grande instance de Nancy. Le directeur du centre psychothérapique de Nancy a fait valoir ses observations par un courrier en date du 30 janvier 2018 et le préfet de Meurthe-et-Moselle ses observations par un courrier du 1<sup>er</sup> février 2018 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre psychothérapique est implanté depuis 400 ans sur un domaine de 30 ha, situé à la périphérie Nord-Ouest de Nancy. Les territoires rattachés à l'établissement concernent le département de la Meurthe-et-Moselle Sud. Une politique de regroupement des bâtiments d'hospitalisation et des pôles périphériques a été engagée depuis quelques années sur le site du CPN.

La capacité d'accueil du CPN est de 334 lits d'hospitalisation dont 28 lits en pédopsychiatrie.

**Le principal objectif qui se dégage du projet d'établissement 2013/2017 est le redéploiement des moyens en ambulatoire avec pour corollaire, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation pour aboutir à l'inversion de la proportion de 60 % de patients hospitalisés et 40 % en ambulatoire.**

L'organisation et le fonctionnement de l'établissement sont cloisonnés, étant axés principalement autour du pôle, voire par unité, avec pour conséquence une absence d'homogénéité des pratiques, notamment en ce qui concerne des unités ouvertes dont certaines fonctionnent comme des unités fermées.

Pour autant, les conditions de vie sont globalement respectueuses pour les patients hospitalisés en soins sans consentement dans les unités fermées (conservation du téléphone portable, visites des familles autorisées dans les chambres etc.). Les équipes soignantes, dans leur majorité, adoptent une approche souple et individualisée à l'égard des patients. Bien que les activités thérapeutiques soient nombreuses et diversifiées au sein des pôles ou des unités, les activités intersectorielles sont insuffisamment développées sur le site ; aucun lieu convivial n'existe pour les patients et les proches.

Si le recours à la contention est rare, les chambres d'isolement sont fréquemment utilisées. Néanmoins, toutes les unités ne disposant pas d'une chambre d'isolement, les transferts de patients en provenance d'autres unités sont réguliers, de nature à altérer la continuité du parcours de soins. Une réflexion est à engager sur des alternatives à la chambre d'isolement comme la chambre d'apaisement, la pratique consistant à passer d'un isolement strict à un isolement séquentiel. Au sein de deux unités de réhabilitation, une chambre d'apaisement est utilisée comme chambre d'isolement sans aucune traçabilité ; les placements sont réalisés sans prescription médicale dans une unité, et dans l'autre, avec une prescription « si besoin ».

## OBSERVATIONS

### LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

#### 1. BONNE PRATIQUE ..... 20

Au moment de la notification des soins sans consentement, la remise au patient d'une notice qui liste les droits résultants de la loi mériterait d'être étendue à l'ensemble des établissements.

#### 2. BONNE PRATIQUE ..... 39

Les chambres sont dotées d'un dispositif de prévention des intrusions qui améliore la sécurité des patients.

#### 3. BONNE PRATIQUE ..... 41

La remise d'une somme d'argent, prélevée sur le fonds de solidarité, à un patient dépourvu de moyens financiers permet des achats de biens de première nécessité.

#### 4. BONNE PRATIQUE ..... 48

L'annonce du diagnostic au patient en présence de la personne de confiance est une bonne pratique qui devrait être appliquée dans toutes les unités. Il en est de même pour l'éducation thérapeutique sur l'observance du traitement.

### LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

#### 1. RECOMMANDATION ..... 16

Même s'il est apparu aux contrôleurs que le personnel médical et non médical est attentif aux patients, la formation sur les droits des patients en soins sans consentement est à intégrer dans le plan de formation dès la prise de fonction au CPN.

#### 2. RECOMMANDATION ..... 19

Des exemplaires du livret d'accueil, qui doivent mentionner la possibilité de saisir le CGLPL, doivent être à disposition au service des urgences du CHU autant qu'au bureau des admissions.

#### 3. RECOMMANDATION ..... 21

La mise en place d'une procédure de suivi des réponses aux réclamations est nécessaire.

#### 4. RECOMMANDATION ..... 21

Le livret d'accueil doit être complété par des informations légales concernant la désignation de la personne de confiance. Par ailleurs, il est nécessaire d'engager une réflexion sur le rôle de cette personne, conduisant à une harmonisation des pratiques.

#### 5. RECOMMANDATION ..... 23

Il convient de localiser l'aumônerie sur les plans du CPN et de recueillir, lors des formalités d'admission auprès de chaque patient, son éventuelle demande de rencontrer un aumônier ; pour les patients mineurs, l'accord de la personne exerçant l'autorité parentale est nécessaire.

**6. RECOMMANDATION ..... 24**

L'utilisation d'un logiciel performant destiné au suivi des mesures sous contrainte apparaît nécessaire pour réduire les délais de suivi des mesures et améliorer la tenue du registre de la loi.

**7. RECOMMANDATION ..... 25**

Il est urgent que les conditions de fonctionnement de la CDSP, après avoir été objectivement évaluées, soient mises en œuvre pour qu'elles lui permettent d'assurer l'ensemble de sa mission prévue par la loi.

**8. RECOMMANDATION ..... 27**

Il convient de protocoliser les modalités de remise des convocations à l'audience du JLD, afin de s'assurer que le patient ait une exacte compréhension et un accès complet aux droits inhérents à l'audience.

**9. RECOMMANDATION ..... 29**

Le règlement intérieur du CPN doit être mis à jour des modifications réglementaires et législatives intervenues depuis sa rédaction en 2007.

**10. RECOMMANDATION ..... 30**

Il convient d'homogénéiser les informations contenues dans les chartes de fonctionnement des unités relatives aux libertés individuelles et à leurs restrictions. La prise en compte des bonnes pratiques de certaines unités permettraient d'enrichir les chartes d'autres unités.

**11. RECOMMANDATION ..... 34**

Il convient d'harmoniser les modalités d'accès à l'espace fumeurs pour les patients des unités du CPN en vue d'en laisser le libre accès sauf interdiction médicale contraire.

**12. RECOMMANDATION ..... 34**

Toute restriction à un droit doit être personnalisée et limitée dans le temps.

**13. RECOMMANDATION ..... 37**

La mise en place et l'animation d'espaces informatiques dans toutes les unités doit se généraliser pour permettre aux patients d'accéder aux moyens de communication actuels.

**14. RECOMMANDATION ..... 38**

Les chambres de Bonvol et d'Archambault doivent être dotées de certains mobiliers : table de chevet, porte serviette, patère.

**15. RECOMMANDATION ..... 40**

Toutes les unités ouvertes doivent être équipées de sanitaires complets.

**16. RECOMMANDATION ..... 43**

Il est indispensable de remplacer dans les meilleurs délais tout matériel dégradé.

**17. RECOMMANDATION ..... 44**

Il convient d'installer une cafétéria sur le site du CPN, afin de proposer aux patients un véritable lieu d'échanges.

**18. RECOMMANDATION ..... 45**

Le centre de documentation mérite d'être davantage ouvert aux patients et de proposer, comme cela apparaît dans ses projets de développement, des livres et des documents audiovisuels qui leur soient adaptés (éducation thérapeutique et loisirs).

**19. RECOMMANDATION ..... 46**

Il convient d'engager une réflexion sur la sexualité des patients hospitalisés à temps complet dans les unités du CPN.

**20. RECOMMANDATION ..... 52**

La présence permanente d'un soignant du CHS, lors de l'admission d'un patient en soins sans consentement dans un service du CHU de Nancy, limite le nombre de soignants disponibles pour les soins.

**21. RECOMMANDATION ..... 55**

Dans l'attente de la mise en place d'un registre centralisé, il est impératif que les mesures d'isolement soient tracées de façon identique. De même, les mesures de contention doivent systématiquement apparaître dans le fichier informatisé ainsi que leurs modalités d'application.

**22. RECOMMANDATION ..... 56**

Dans les chambres d'isolement, la tête de lit devrait pouvoir être relevée et il conviendrait de fournir aux patients des plateaux repas ergonomiques. La chambre d'isolement de l'unité 2 devrait être équipée d'un bouton d'appel. Enfin, les horloges devraient être installées de telle sorte que le patient puisse aisément lire l'heure.

**23. RECOMMANDATION ..... 57**

Conformément à la circulaire du 29 mars 2017, il doit être mis fin à la décision de mise en isolement par anticipation.

**24. RECOMMANDATION ..... 58**

La fréquence de l'isolement dans certaines unités, la durée des placements et le taux élevé d'occupation de ces chambres rendent particulièrement nécessaire la politique de réduction de ces pratiques, prévue par le code de la santé publique.

**25. RECOMMANDATION ..... 60**

Bien qu'elle soit peu utilisée au sein du CHS, la pratique de la contention doit faire l'objet d'un protocole et doit être tracée dans un registre.

**26. RECOMMANDATION ..... 61**

La pratique de l'isolement à l'UNITED et à Bonvol doit faire l'objet d'une mise en conformité immédiate sous le contrôle de la direction de l'établissement et de l'ARS.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>9</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>9</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>11</b>
2.1 LE REDEPLOIEMENT ET LA RATIONALISATION DES MOYENS EN AMBULATOIRE CONSTITUENT LES OBJECTIFS PRINCIPAUX DU CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY .....	11
2.2 L'ETABLISSEMENT S'EST ORIENTE VERS UNE POLITIQUE DE REGROUPEMENT DES BATIMENTS D'HOSPITALISATION ET DES POLES PERIPHERIQUES .....	11
2.2.1 La politique intra/extra hospitalière .....	11
2.2.2 La répartition des unités d'hospitalisation .....	12
2.2.3 La traduction dans le budget des choix de prise en charge intra/extra .....	13
2.3 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT EST INEGALEMENT REPARTIE .....	13
2.4 LES RESSOURCES HUMAINES SONT GERES DANS LE SENS DU BIEN-ETRE DU PATIENT, MEME SI QUELQUES POINTS SONT A AMELIORER .....	13
2.4.1 Le personnel médical .....	13
2.4.2 Le personnel non médical .....	14
2.4.3 La gestion des ressources humaines .....	14
2.4.4 La formation .....	15
2.5 L'ACTIVITE DU POLE GRAND NANCY EST EN LEGERE REDUCTION .....	17
<b>3. L'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR     CONSENTEMENT</b> .....	<b>18</b>
3.1 LES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT BENEFICIENT DE CONDITIONS D'ADMISSION BIEN ORGANISEES .....	18
3.1.1 L'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) .....	18
3.1.2 Les modalités d'admission .....	19
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS NON CONSENTANTS A L'HOSPITALISATION EST DISPENSEE D'UN MANIERE QUI NE PERMET PAS DE S'ASSURER QU'ELLE EST COMPRISE .....	19
3.2.1 Le livret d'accueil .....	19
3.2.2 Les informations sur les droits prévus par la loi .....	20
3.2.3 La notification de la décision et les voies de recours .....	20
3.3 LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS N'EST PAS SUFFISAMMENT SUIVI .....	20
3.3.1 Le traitement des plaintes et des réclamations .....	20
3.3.2 Les événements indésirables .....	21
3.4 LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST GENERALEMENT PROPOSEE ET SOUVENT ACCEPTEE .....	21
3.5 LA PROCEDURE DU DROIT DE VOTE EST INSUFFISAMMENT ORGANISEE .....	22
3.6 LA PRATIQUE DU CULTTE EST FACILITEE PAR LES SOIGNANTS MAIS DES POINTS SONT A AMELIORER .....	22
3.7 LA PROTECTION JUDICIAIRE DES PATIENTS N'APPELLE PAS D'OBSERVATION .....	23
<b>4. LA MISE EN OEUVRE ET LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>24</b>
4.1 LA TENUE DES REGISTRES DE LA LOI SOUFFRE D'UN RETARD CHRONIQUE .....	24
4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EST PEU ACTIVE .....	25
4.3 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION (JLD) EXERCE SA FONCTION EN CONCERTATION AVEC TOUS LES ACTEURS ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS .....	26
4.3.1 Les modalités d'organisation .....	26

4.3.2	Le déroulement de l'audience.....	27
4.3.3	Les décisions rendues.....	27
4.4	LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE FONCTIONNE DE MANIERE SATISFAISANTE.	28
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>29</b>
5.1	LE CENTRE HOSPITALIER DISPOSE D'UN REGLEMENT INTERIEUR OBSOLETE.....	29
5.2	LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DES UNITES SONT RECENTES MAIS PARFOIS INCOMPLETES.....	29
5.3	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST ASSURE .....	30
5.4	LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'UNITE ET A L'EXTERIEUR DE L'UNITE DIFFERE EN FONCTION DES UNITES .....	30
5.4.1	L'organisation architecturale de l'établissement .....	30
5.4.2	La liberté de circuler à l'intérieur des unités.....	31
5.4.3	La liberté de circuler à l'extérieur .....	31
5.5	LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS SONT ADAPTEES A LEUR ETAT CLINIQUE, HORMIS CELLES LIEES AU TABAC .....	33
5.5.1	L'accès au tabac .....	33
5.5.2	Le port du pyjama .....	35
5.5.3	L'accès aux chambres dans la journée .....	35
5.6	LES MOYENS DE COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LES PROCHES SONT GERES DIVERSEMENT SELON LES UNITES .....	35
5.6.1	Le courrier .....	35
5.6.2	Le téléphone .....	35
5.6.3	Les visites .....	36
5.6.4	L'informatique et l'accès à l'internet .....	36
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT ...</b>	<b>38</b>
6.1	LA PLUPART DES PATIENTS SONT HEBERGES DANS DES CHAMBRES INDIVIDUELLES ET CONFORTABLES MEME SI DES AMELIORATIONS SONT SOUHAITABLES .....	38
6.2	LE CONFORT SANITAIRE DES UNITES OUVERTES EST NETTEMENT INSUFFISANT .....	39
6.3	LES BIENS ET VALEURS DES PATIENTS SONT GERES AVEC RIGUEUR MAIS NE PEUVENT PAS ETRE RETIRES POUR LES SORTIES PENDANT LES WEEK-ENDS ET LES JOURS FERIES .....	40
6.4	LES REPAS SONT APPRECIES DES PATIENTS ET LES SALLES A MANGER SONT CONVIVIALES.....	41
6.5	LA LOGISTIQUE N'APPELLE PAS DE REMARQUE PARTICULIERE.....	42
6.5.1	Les moyens de transport.....	42
6.5.2	L'entretien des locaux .....	42
6.5.3	La blanchisserie .....	42
6.6	LES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES, ORGANISEES PAR POLE ET AU SEIN DES UNITES, SONT NOMBREUSES ET DIVERSIFIEES, MAIS PEU DEVELOPPEES AU NIVEAU INTERSECTORIEL .....	42
6.7	LES RELATIONS SEXUELLES NE FONT PAS L'OBJET D'UNE INTERDICTION MAIS LES EQUIPES N'HARMONISENT PAS LEUR REFLEXION SUR CE THEME .....	45
<b>7.</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES .....</b>	<b>47</b>
7.1	CERTAINES PRISES EN CHARGE, EN MATIERE DE SOINS PSYCHIATRIQUES, VARIENT EN FONCTION DES UNITES .....	47
7.1.1	L'accueil, la période de soins et d'observation .....	47
7.1.2	La prise en charge au cours de l'hospitalisation.....	47
7.1.3	La réhabilitation sociale .....	48
7.1.4	La place des usagers dans la commission des usagers (CDU).....	50
7.1.5	La commission des usagers .....	50
7.1.6	Les questionnaires de satisfaction .....	51
7.2	LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST BIEN ORGANISEE PAR L'UMPS, L'ACCES AUX CONSULTATIONS EXTERNES ET AUX UNITES D'HOSPITALISATION DU CHU EST PLUS PROBLEMATIQUE .....	51
7.2.1	L'accès au médecin généraliste.....	51
7.2.2	Les consultations spécialisées .....	52

7.2.3	La pharmacie.....	52
7.2.4	Le laboratoire.....	53
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>54</b>
8.1	LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'ONT PAS FAIT L'OBJET D'UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET AUCUN PROTOCOLE ENCADRANT LA CONTENTION N'A ETE MIS EN PLACE.....	54
8.2	DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DE REGISTRES PREVUS PAR L'ARTICLE 3222-5-1 DU CODE LA SANTE PUBLIQUE LA CELLULE QUALITE DU CHS A ELABORE UN FICHER EXCEL RENSEIGNE PAR LES UNITES.....	54
8.3	L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT EST INCOMPLET.....	55
8.4	LE RECOURS A L'ISOLEMENT, FREQUENT DANS CERTAINES UNITES, APPELE A UNE VIGILANCE.....	56
8.4.1	Le recours à l'isolement dans les unités d'hospitalisation pour adultes.....	57
8.4.2	Le recours à l'isolement en pédopsychiatrie.....	58
8.5	LE RECOURS A LA CONTENTION EST PEU FREQUENT.....	59
8.6	LES PRATIQUES RELATIVES A L'ISOLEMENT DANS LES UNITES BONVOL ET UNITED INTERROGENT D'AUTANT PLUS QU'ELLES NE FONT L'OBJET D'AUCUNE TRAÇABILITE.....	60
8.7	LE COMITE D'ETHIQUE EST ENGAGE DANS UNE REFLEXION DYNAMIQUE.....	61
<b>9.</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE.....</b>	<b>62</b>
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>



---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Muriel Lechat, cheffe de mission ;
- Marie-Agnès Credoz ;
- Gérard Kauffmann ;
- Vianney Sevaistre ;
- Christian Soclet ;
- Bonnie Tickridge.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs<sup>1</sup> ont effectué une visite du centre psychothérapique de Laxou (Meurthe-et-Moselle) du 6 au 16 juin 2017 ; les contrôleurs n'étaient toutefois pas présents le 7 juin sur le site du CPN.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 juin 2017 à 15h. Ils l'ont quitté le 16 juin à 11h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du centre psychothérapique de Laxou. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une cinquantaine d'auditeurs dont le directeur du centre psychothérapique de Laxou, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur des soins, qualité et gestion des risques, la présidente du conseil de surveillance, la directrice du développement, de l'offre de soins, santé mentale, partenariat et communication, la directrice des affaires générales, juridiques et admissions, les médecins responsables des unités, les cadres de santé, les représentants des usagers, un aumônier.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur de cabinet du préfet de Meurthe-et-Moselle, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et la déléguée territoriale de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré le juge des libertés et de la détention et des représentants de l'ARS. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

---

<sup>1</sup> Cinq contrôleurs étaient présents du 6 au 9 juin et du 14 au 16 juin 2017.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle équipée d'un téléphone. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

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

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

Une organisation professionnelle représentative du personnel a été reçue, à sa demande, par les contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le 16 juin à 10h30 en présence du directeur des soins infirmiers, des chefs de pôle, médecins et cadres de santé.

Un rapport de constat a été adressé le 20 décembre 2017 au directeur de l'établissement, au délégué territorial de l'agence régionale de santé de Meurthe-et-Moselle, au préfet de Meurthe-et-Moselle, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Nancy et au président du tribunal de grande instance de Nancy. Le directeur du centre psychothérapique de Nancy a fait valoir ses observations par un courrier en date du 30 janvier 2018 et le préfet de Meurthe-et-Moselle ses observations par un courrier du 1<sup>er</sup> février 2018 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

## 2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE REDEPLOIEMENT ET LA RATIONALISATION DES MOYENS EN AMBULATOIRE CONSTITUENT LES OBJECTIFS PRINCIPAUX DU CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY

L'offre de soins étant fondée sur la proximité géographique, le centre psychothérapeutique de Nancy cherche à développer des alternatives à l'hospitalisation au plus près du domicile des patients. Le principal objectif qui se dégage du projet d'établissement 2013/2017 est le redéploiement des moyens en ambulatoire et des équipes de liaison avec pour corollaire, la réduction des lits d'hospitalisation, pour aboutir à l'inversion de la courbe de 60 % de patients hospitalisés et 40 % de patients en ambulatoire. Cet objectif suscite toutefois des inquiétudes chez le personnel soignant de certaines unités d'hospitalisation.

Une politique de rationalisation des moyens en ambulatoire a consisté en parallèle à regrouper des secteurs. Il en est ainsi du projet de restructuration du pôle du Grand Nancy (PGN) et du regroupement de centres médico-psychologiques (CMP) associant les enfants et les adultes. Au moment de la visite, un projet consistant à supprimer l'unité fermée E du PGN (quinze lits) et à transformer l'unité F actuellement ouverte de vingt et un lits en unité fermée, a fait l'objet d'un comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) extraordinaire ; il a été suspendu suite à la demande d'une expertise par les organisations représentatives professionnelles.

### 2.2 L'ETABLISSEMENT S'EST ORIENTE VERS UNE POLITIQUE DE REGROUPEMENT DES BATIMENTS D'HOSPITALISATION ET DES POLES PERIPHERIQUES

#### 2.2.1 La politique intra/extra hospitalière

Le centre psychothérapeutique est implanté depuis 400 ans sur un domaine de 30 ha, situé à la périphérie Nord-Ouest de Nancy. Les territoires rattachés à l'établissement concernent la Meurthe-et-Moselle-Sud<sup>2</sup>. Le site comporte notamment, outre les bâtiments accueillant les unités d'hospitalisation de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), un institut de formation en soins infirmiers, une crèche, un centre de ressources autisme, un centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), trois logements, un centre de documentation, une maison d'accueil spécialisée (MAS), des installations sportives (un gymnase et un terrain de sport). Quelques bâtiments hébergeant des unités de soins au Nord du domaine à la lisière d'une zone boisée ont été désaffectés afin d'opérer un regroupement des bâtiments d'hospitalisation.

Le CPN s'appuie pour l'ambulatoire sur des dispositifs de proximité par pôle et un réseau partenarial développé : des centres médico-psychologiques (CMP), des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), un accueil familial thérapeutique s'appuyant sur quarante-six familles, des appartements associatifs, un centre de postcure au centre-ville de Nancy ; des hôpitaux de jour<sup>3</sup>, des équipes mobiles (équipe mobile et de liaison de psychiatrie de la personne âgée, équipe mobile pour adolescents, pour patients souffrant d'autisme et de troubles envahissant du développement etc.). Par ailleurs, l'établissement développe des liens forts avec les associations d'usagers (UNAFAM<sup>4</sup>, ESPOIR 54, Ensemble etc.).

---

<sup>2</sup> L'agglomération nancéienne compte 476 000 habitants (chiffres de 2016).

<sup>3</sup> Pour l'année 2016, le nombre de places en hôpital de jour était de 173 dont 81 pour les enfants/adolescents.

<sup>4</sup> UNAFAM : union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques

### 2.2.2 La répartition des unités d'hospitalisation

Le CPN disposait initialement de cinq pôles d'hospitalisation à temps complet (quatre pôles de psychiatrie générale et un pôle infanto-juvénile), la capacité d'accueil étant de 334 lits dont 28 lits pour les enfants et les adolescents. Les pôles adultes périphériques ont fait l'objet d'une restructuration.

La psychiatrie adulte :

**Le pôle du Grand Nancy (PGN)**, qui regroupe trois secteurs (G01, G04 et G05), avec une population d'environ 223 933 habitants répartis sur vingt-six communes, comporte sept unités contribuant aux admissions principalement sur des critères de situations cliniques : l'unité A fermée (vingt et un lits) avec trois chambres d'isolement, l'unité B fermée (vingt-deux lits) avec deux chambres d'isolement, l'unité C (vingt-deux lits), l'unité D (vingt et un lits), l'unité E fermée (quinze lits) avec une chambre d'isolement, l'unité F (vingt et un lits)<sup>5</sup> et l'unité Archambault accueillant des personnes âgées (quinze lits).

Le PGN comprend également trois unités d'hébergement des patients en soins post aigus (réhabilitation) et en soins prolongés (l'unité intersectorielle Bonvol (vingt-deux lits) avec une chambre d'apaisement), l'UNITED « Prisme » (onze lits) pour la prise en charge de patients psychotiques déficitaires avec une chambre d'apaisement.

**Les pôles de Toul et de Pont-à-Mousson**, représentant deux secteurs (G02 et G06), ont fusionné depuis décembre 2016. L'unité 6 (douze lits et une chambre d'isolement), auparavant implantée au CHU de Toul, se trouve sur le site, rejoignant l'unité 2 de Pont-à-Mousson (quatorze lits et une chambre d'isolement).

Le pôle comprend également à l'extérieur une unité de psychiatrie à Pont-à-Mousson (UPPAM) de soins libres (dix-neuf lits) au centre hospitalier de Pont-à-Mousson.

**Le pôle de Lunéville et le pôle de Saint-Nicolas-du-Port** regroupent les secteurs de chacun de ces pôles, G03 et G07 dans une unité commune pour les patients hospitalisés sans consentement, l'unité Philia (quinze lits et une chambre d'isolement) ouverte depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Une unité de psychologie médicale (UPM) de soins libres (dix-huit lits) est implantée à l'extérieur au centre hospitalier général de Lunéville.

**Le pôle infanto-juvénile** regroupe trois intersecteurs du territoire (secteurs 54101, 54102 et 54104) ; il est organisé en filières de prise en charge pour la petite enfance, l'enfance et l'adolescence.

Il comprend une unité fermée Horizon pour dix adolescents sur le site et l'unité fermée Brabois pour dix adolescents au profil anorexique au CHU de Nancy.

Une unité ouverte Glacis est en outre implantée à l'extérieur du CPN dans la ville de Nancy avec dix jeunes scolarisés.

**Le pôle transversal médico-technique et clinique** comprend le département d'information médicale (DIM), la pharmacie, l'unité d'accueil des urgences psychiatriques et l'unité de médecine polyvalente et des spécificités (UMPS).

---

<sup>5</sup> Au moment de la visite, l'unité F était fermée suite à un incendie volontaire par un patient en janvier 2017, la réouverture étant prévue le 19 juin.

### 2.2.3 La traduction dans le budget des choix de prise en charge intra/extra

Le CPN n'a pas pu mettre à la disposition des contrôleurs des chiffres détaillés concernant le pôle du Grand Nancy.

*Le directeur de l'établissement précise que des tableaux de bord trimestriels ont été présentés ainsi que les coûts par pôle. Il y a donc bien eu transmission d'éléments financiers propres au PGN. Seule la dotation annuelle de financement ne peut faire l'objet d'une ventilation par pôle.*

L'établissement présente une situation financière bénéficiaire.

En 2016, les recettes ont atteint 105 113 k€ et les dépenses 104 713k€ ce qui a permis de dégager un excédent supérieur à 400 000 k€. Cette situation résulte notamment d'éléments financièrement favorables comme la vacance de postes médicaux.

La situation du CPN s'est inscrite sur plusieurs années de façon positive au point que sur l'ensemble de la région Grand Est, l'établissement est considéré comme sur doté. Les nombreux regroupements de secteurs dont il a bénéficié ont déjà dégagé, selon le rapport annuel 2016 en préparation, plusieurs millions d'euros de gains. Ils ont cependant entraîné au moins à court terme des dépenses exceptionnelles, ainsi, en 2016, pour la location de locaux (13 M€) et pour le transport (en forte croissance sur un an).

Au total, malgré les changements importants sur le périmètre d'activité, la situation financière de l'établissement reste saine ; elle autorise la poursuite des projets et n'obère donc pas pour l'essentiel le fonctionnement des services et les conditions de vie des patients.

## 2.3 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT EST INEGALEMENT REPARTIE

Le CPN couvre la partie Sud du département de la Meurthe-et-Moselle. L'activité ambulatoire connaît une évolution. Ainsi, un hôpital de jour de quinze places, ouvert il y a quelques mois, fonctionne sept jours sur sept sur le pôle du Grand Nancy et un autre de douze places à Saint-Nicolas-du-Port.

Il est en outre prévu de regrouper les quatre CMP du PGN en deux CMP, permettant ainsi l'extension des horaires de fermeture à 18h30 et l'ouverture le samedi matin.

L'offre libérale est inégalement répartie dans le Sud du département puisqu'elle est développée dans l'agglomération urbaine du Grand Nancy avec une soixantaine de psychiatres libéraux et quasi inexistante dans les secteurs de Toul, Pont-à-Mousson et Lunéville. Les délais d'attente y sont de trois mois en moyenne.

Selon les informations recueillies, l'ouverture d'une clinique privée de quatre-vingt-cinq lits à Toul est prévue dans dix-huit mois.

## 2.4 LES RESSOURCES HUMAINES SONT GERÉES DANS LE SENS DU BIEN-ETRE DU PATIENT, MEME SI QUELQUES POINTS SONT A AMELIORER

### 2.4.1 Le personnel médical

L'effectif du personnel médical a augmenté entre 2015 et 2016, passant de 69,15<sup>6</sup> ETPR<sup>7</sup> (43,04 hommes et 26,11 femmes) hors étudiants et internes, à 72,61 (48,33 hommes et 24,28 femmes)

---

<sup>6</sup> Source : Bilan social 2016

<sup>7</sup> ETPR : équivalent temps plein rémunéré.

à périmètre non constant, le CPN ayant intégré deux pôles au cours de l'année 2016 et les restructurations se poursuivant en 2017.

Le taux de *turn over* est faible, en 2014, 2015 et 2016 chez les hommes de 1,4 %, 4,5 %, 4,22 %, et chez les femmes de 3,27 %, 7,77 % et 1,83 %.

Les difficultés de recrutement sont ressenties pour trouver des médecins travaillant sur les structures extérieures à l'agglomération nancéenne, ainsi que pour les structures pénitentiaires ou de détention, dont l'UHSA. En ce qui concerne les unités visitées par les contrôleurs, aucune difficulté de recrutement n'a été constatée.

La permanence médicale est assurée de la façon suivante en dehors des consultations et des visites réalisées en semaine :

- un interne assure chaque jour la garde psychiatrique et somatique à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) au CHU de Nancy et un autre interne la garde psychiatrique et somatique pour l'ensemble du site du CPN à Nancy ; un même interne peut assurer ces deux types de garde successivement ; il est fait appel en cas de nécessité au CHU pour des besoins somatiques ;
- un psychiatre de garde est désigné par pôle le matin de 8h30 à 12h30, le samedi matin étant considéré comme un jour normal ; pour les après-midi du samedi, des dimanches et des jours fériés de 12h à 18h30 ainsi que pour toutes les nuits de 18h30 à 8h30, un psychiatre d'astreinte se déplace à la demande de l'interne.

#### 2.4.2 Le personnel non médical

L'effectif du personnel non médical a augmenté entre 2015 et 2016, passant de 1 383,43 ETPR<sup>8</sup> à 1 464,71 à périmètre non constant comme indiqué *supra*.

Dans les années 1970, le personnel soignant comptait essentiellement des infirmiers hommes de secteur psychiatrique. Progressivement, à l'occasion des départs en retraite, les infirmiers de secteur psychiatrique ont été remplacés par des infirmiers de soins généraux. Les équipes ont été renforcées par des psychologues, des ergothérapeutes, du personnel socio-éducatif, des assistantes sociales.

Le CPN n'a aucune difficulté pour recruter du personnel non médical<sup>9</sup>. Le taux de fidélisation des soignants recrutés ces trois dernières années est de 80 %.

Le temps de travail des soignants au sein des unités est organisé comme suit : les journées sont de 7h36 pour les équipes de jour et 10h pour les équipes de nuit composées *a minima* de deux infirmiers diplômés d'état (IDE) ou d'un IDE et d'un aide-soignant (AS). Les équipes soignantes travaillent alternativement jour et nuit. Le bilan social de 2016 fait apparaître qu'au sein du CPN, 119 personnes « *effectuent des horaires dérogatoires en 12 heures* ». Parmi elles, 86 appartiennent à des équipes de soins : 29 à l'UAUP et 57 à l'UHSA, mais aucune aux unités visitées par les contrôleurs.

#### 2.4.3 La gestion des ressources humaines

La mobilité interne du personnel non médical n'est pas considérée comme un facteur déterminant. Ainsi, les mobilités internes sont proposées au personnel mais ne font pas l'objet d'obligation ou de recommandation. Cependant, une « *cellule interne d'appui à la mobilité* » est

---

<sup>8</sup> ETPR : équivalent temps plein rémunéré.

<sup>9</sup> Un institut de formation en soins infirmiers implanté sur le site est source de recrutement.

en place en permanence pour permettre au personnel qui souhaite changer de fonction d'exprimer sa demande ; cette cellule s'intéresse également au personnel dont la baisse de productivité devient préoccupante.

Lorsqu'un personnel soignant est indisponible, différentes solutions ont été mises en place :

- un remplaçant est d'abord recherché dans l'unité concernée puis étendu à une autre unité du pôle ;
- sinon, il est fait appel à l'équipe de suppléance, composée de dix-neuf infirmiers et de onze aides soignants ;
- en cas d'impossibilité, un troisième recours existe, le système de diffusion appelé WHOOG qui permet de faire appel au personnel ayant donné son accord de principe pour revenir travailler sur son temps de repos, rémunéré en heures supplémentaires, dans la limite de 15h par mois ;
- en dernier recours, il est recruté un personnel sous contrat à durée déterminée (CDD).

Selon les informations recueillies, le WHOOG aurait permis de diminuer le recours à des CDD et donnerait satisfaction à la fois à la direction et à l'équipe concernée.

Le rapport d'activité de la médecine du travail fait apparaître que le psychologue du travail relève de la direction des ressources humaines et non du médecin du travail. Depuis le départ de la psychologue, les soignants qui seraient en difficulté n'ont plus la possibilité d'exprimer leur mal-être auprès d'un professionnel.

#### 2.4.4 La formation

Le bilan annuel 2016 sur la formation fait apparaître une augmentation sensible des heures de formation et du nombre de formations par agent (trois par agent) et en particulier soixante-quatre soignants ont suivi des formations sur la contention. La formation OMEGA sur la prévention et la gestion de la violence a concerné chaque année 135 personnes entre 2013 et 2015 et 166 personnes en 2016. Des recyclages sont organisés mais ne sont pas toujours réalisés. Le principe de conduire les recyclages dans les unités fait l'objet d'une réflexion à laquelle le CGLPL adhère<sup>10</sup>.

En 2014, 160 personnes ont suivi une formation sur les droits généraux des patients et, en 2016, 111 personnes sur les droits des mineurs. Le plan de formation pour l'année 2017 ne prévoit pas d'actions de formation sur les droits des patients en général ou les droits des patients en soins sans consentement.

Les contrôleurs ont constaté que l'ensemble du personnel ne ressentait pas le besoin de se former sur les droits des patients. Un psychiatre a ainsi expliqué à un contrôleur que « *le code de la santé publique prévoit le placement à l'isolement pendant deux heures sans information du médecin ni traçabilité et que le "si besoin" est normal* », que « *le changement de médecin n'est pas proposé à un patient car on ne saurait à quel médecin l'adresser* ».

Lors de l'arrivée d'un personnel non médical, un tutorat informel par l'équipe des soignants permet d'assurer l'intégration de façon progressive.

---

<sup>10</sup> Le rapport du CGLPL de juin 2017 *Le personnel des lieux de privation de liberté* (éditions Dalloz) préconise que les formations se déroulent *in situ*.

**Recommandation**

*Même s'il est apparu aux contrôleurs que le personnel médical et non médical est attentif aux patients, la formation sur les droits des patients en soins sans consentement est à intégrer dans le plan de formation dès la prise de fonction au CPN.*



## 2.5 L'ACTIVITE DU POLE GRAND NANCY EST EN LEGERE REDUCTION

Le centre psychothérapique de Nancy qui assure, par an, plus de 110 000 journées d'hospitalisation (113 339 en 2016) est un établissement qui regroupe un ensemble complexe d'unités de soins.

Localisée dans la région proche de Nancy, plusieurs unités sont regroupées au sein du pôle du Grand Nancy (PGN), avec notamment six unités de soins (A, B, C, D, E, F), une unité pour personnes âgées (Archambault), deux unités de réhabilitation (Bonvol et UNITED), une UHSA ainsi que divers autres unités dont des CMP. Le PGN constitue la structure la plus importante.

Le PGN, en cours de réorganisation, a vocation à fédérer les moyens et promouvoir l'activité. Il connaît une sensible réduction de son activité due pour l'essentiel à une politique active de réduction des durées de séjour. Il accueille une proportion croissante de patients hors secteur. De façon plus précise, au cours de l'année 2016, le PGN a connu une file active pour les hospitalisés à temps plein de 1 252 patients, représentant environ 10 % de la file active de l'ensemble des patients en hospitalisation à temps plein ou en suivi ambulatoire (11 703). Ce chiffre est en légère réduction (-2 %) par rapport à 2015.

Le nombre de séjours au PGN en 2016 (1 540) comme le nombre de journées d'hospitalisation (64 724) a sensiblement diminué (-6 %). La durée moyenne d'hospitalisation ayant elle-même diminué de 4 %, pour passer de 53 à 51 jours de 2015 à 2016, et le nombre de lits ayant diminué de 2 % (de 219 à 214), le taux d'occupation a diminué de 2 % (de 86,8 % à 84,2 %). Cette légère diminution d'activité, notamment en termes de journées d'hospitalisation, concerne surtout les unités de soins et l'UHSA. Les unités en charge des personnes âgées (Archambault + 6 %) ou de la réhabilitation psychosociale (Bonvol et UNITED) connaissent une évolution plus contrastée.

Au cours de l'année 2016, les unités du PGN présentaient une capacité de 255 lits, mais seulement 210 ont été installés. Elles ont accueilli 1 252 patients en hospitalisation complète dont 698 en soins libres et 554 sous contrainte (192 SDRE<sup>11</sup> et 362 SDT).

Sur quatre ans, on constate une stabilité des entrées des SDRE mais une forte croissance des entrées à la demande d'un tiers (+30 %). Seuls 63 % des patients admis sous contrainte provenaient des secteurs relevant du PGN qui apparaît ainsi comme une structure régionale d'accueil pour ce type de patients.

L'évolution des structures du pôle, en particulier le changement complet d'organisation entre 2013 et 2015 ne permet pas de dégager des évolutions sur plusieurs années. On peut toutefois relever que de 2011 à 2016, pour un nombre en légère diminution de journées d'hospitalisation 48 211/46 064, et si on met à part l'unité Archambault en charge des personnes âgées, les durées moyennes de séjour se sont accrues de 2011 à 2014 pour décroître de façon régulière de 2014 à 2016.

Pour l'année 2016, dans les unités de soins pour adultes, la durée moyenne d'hospitalisation varie selon les unités de 29 (unité F) à 44 jours (unité E)<sup>12</sup>. La durée moyenne de séjour varie de 23 (unité F) à 63 jours (unité E)<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat ; SDT : soins sur demande d'un tiers.

<sup>12</sup> La durée moyenne d'hospitalisation est de 31 jours (unité B), 34 jours (unité D), 35 jours (unité A) et 37 jours (unité C).

<sup>13</sup> La durée moyenne de séjour est de 33 jours pour les unités C et D, de 40 jours pour l'unité A et de 43 pour l'unité B.

### 3. L'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT

#### 3.1 LES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT BENEFICIENT DE CONDITIONS D'ADMISSION BIEN ORGANISEES

Pendant le temps du contrôle et précisément le 7 juin 2017, quatre-vingt-cinq personnes étaient hospitalisées sans leur consentement, leur statut juridique se répartissant ainsi :

- dix-neuf d'entre elles avaient fait l'objet d'un arrêté préfectoral (SDRE) ;
- trois étaient hospitalisées à la suite d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale (SDJ) ;
- trente-six avaient bénéficié d'une décision du directeur d'établissement sur demande d'un tiers (SDT) ;
- onze avaient été hospitalisées en urgence après demande d'un tiers (SDTU) ;
- seize étaient hospitalisées après une décision de l'établissement compte-tenu du péril imminent que présentait leur état de santé (SPI).

Ces chiffres démontrent que les soins sans consentement constituent une part importante de l'activité d'hospitalisation complète de l'établissement.

En effet, et toutes unités confondues sur le site du CPN (à l'exception du secteur d'hospitalisation psychiatrique infanto-juvénile), sur une capacité de 240 lits, plus d'un tiers était occupé par des patients non consentants aux soins.

L'explication tient, pour partie, à la politique institutionnelle de l'établissement qui s'est donné pour mission (ou projet) de constituer un réseau autour du parcours du patient pour mettre en place des alternatives à l'hospitalisation complète (cf. § 2.3).

##### 3.1.1 L'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP)

Cette structure, dépendant du CPN, est délocalisée pour être située dans l'enceinte du CHU de Nancy.

Elle n'est pas destinée à recevoir en urgence des patients pour lesquels une demande de soins sans consentement est en cours mais elle accueille 24h sur 24 des personnes qui se présentent volontairement ou sont envoyées par leur famille ou des médecins. En grande souffrance psychique, celles-ci présentent souvent des vellétés suicidaires. Elles bénéficient alors soit d'une hospitalisation au sein d'une des huit chambres de l'unité pour un court temps (en moyenne 35h), soit d'une prise en charge ambulatoire.

Les patients en voie d'admission sans consentement sont eux quasiment (exception faite pour ce qui concerne les SDRE) admis aux urgences du CHU.

Alors que l'examen somatique est pratiqué par le médecin urgentiste, l'état psychique du patient est immédiatement évalué par le psychiatre de service, non pas du CHU, mais de l'UAUP, assisté d'un infirmier de cette même unité. Ce dernier, après avoir pratiqué un entretien de recueil d'informations, a la charge de gérer les formalités administratives inhérentes à l'hospitalisation sous contrainte et d'organiser le transfert au CPN, qui s'effectue en ambulance.

Les personnes dont l'hospitalisation sera consécutive à un arrêté du maire ou du préfet transitent rarement (sauf si leur état somatique nécessite un examen) par ce service des urgences mais sont recherchées, sur les lieux de la constatation de leur état psychique pathologique explicité dans un certificat médical (très souvent rédigé par SOS médecins), par trois infirmiers du CPN.

Selon les renseignements recueillis, à ce stade de la procédure d'hospitalisation, les patients ne sont nullement informés de leurs droits. Les notifications ne s'effectueront qu'après leur arrivée au CPN.

### 3.1.2 Les modalités d'admission

Elles sont organisées de telle façon que le patient n'ait pas à se présenter personnellement au service des admissions.

Prévenu en amont par l'UAUP (ou par les services de l'état pour les SDRE), le bureau des permanences de l'encadrement et des soins (BPEAS) localisé dans le bâtiment administratif des admissions est destinataire des certificats médicaux obligatoires pour procéder à l'hospitalisation quel qu'en soit le statut juridique.

Après vérification de la conformité des certificats médicaux, le cadre de santé de permanence procède à l'affectation du patient dans l'une des unités fermées du pôle correspondant au secteur géographique de son lieu d'habitation. Les patients ne sont qu'exceptionnellement placés en chambre d'isolement et dans la seule hypothèse où leur état psychique le justifie.

Concernant le pôle du Grand Nancy, la répartition au sein des trois unités fermées est fonction des places disponibles, après avis éventuel du médecin chef d'unité, étant précisé que les personnes hospitalisées sur arrêté du maire ou du préfet sont prioritairement dirigées vers les unités A et E.

Le bureau des soins sans consentement constitue ensuite le dossier administratif du patient et édite les documents d'admission tels le bulletin d'entrée, l'arrêté du maire puis du préfet, la décision du directeur avant que ne soient envoyées dans l'unité adéquate les notifications à effectuer auprès du patient.

## 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS NON CONSENTANTS A L'HOSPITALISATION EST DISPENSEE D'UN MANIERE QUI NE PERMET PAS DE S'ASSURER QU'ELLE EST COMPRISE

### 3.2.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est délivré à tout patient lors de l'arrivée dans son unité (sauf parfois à un patient habituel qui connaît déjà le CHS).

Ce livret, d'une lecture facilement compréhensible, outre qu'il contient des informations sur l'organisation de toute hospitalisation, explique très exactement les différents modes de soins sans consentement avec les droits et les devoirs y afférents.

Il est à préciser que les informations sont parfaitement à jour des évolutions législatives.

Toutefois, la possibilité de saisir le CGLPL n'est pas indiquée.

Les contrôleurs ont constaté qu'un tel document, utile aux familles, n'est disponible ni au service des urgences, ni au bureau des admissions.

#### **Recommandation**

*Des exemplaires du livret d'accueil, qui doivent mentionner la possibilité de saisir le CGLPL, doivent être à disposition au service des urgences du CHU autant qu'au bureau des admissions.*

### 3.2.2 Les informations sur les droits prévus par la loi

Au moment de la notification de la décision d'admission, il est remis au patient une notice qui détaille les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique en déclinant l'ensemble des droits inhérents à toutes personnes hospitalisées sous contrainte.

Ce document est laissé à l'intéressé après signature d'une attestation de réception qui sera versée au dossier administratif.

Il n'apparaît pas que le patient soit informé de la possibilité de faire valoir ses observations.

#### **Bonne pratique**

*Au moment de la notification des soins sans consentement, la remise au patient d'une notice qui liste les droits résultants de la loi mériterait d'être étendue à l'ensemble des établissements.*

### 3.2.3 La notification de la décision et les voies de recours

Le bureau des admissions transmet dans l'immédiateté et par l'intermédiaire du vagemestre le document notifiant la décision d'admission avec indication des voies de recours. Les informations données aux contrôleurs ayant varié quant aux modalités de notification, il ressort toutefois que, généralement, une telle notification est faite (dès que l'état du patient le permet,) par l'infirmière de service, plus rarement par le cadre de santé et de façon exceptionnelle par le médecin. Les aides-soignants ne sont pas en charge de cette tâche.

Il est apparu que le souci principal est plus d'obtenir la preuve de la notification, pour la retourner dans les meilleurs délais au bureau des admissions, que de donner des explications orales à visée pédagogique tant sur le sens de l'hospitalisation que sur les droits dont la personne peut demander la mise en œuvre.

Certes, s'il a été constaté le souci de bienveillance du personnel, les échanges avec les soignants ont démontré leur manque de formation juridique quant aux exigences de la loi sur les soins sans consentement (cf. § 2.4.4 : aucune formation en 2015-2016-2017 sur ce thème) ; il en découle logiquement des pratiques, qui, si elles sont respectueuses du formalisme légal, font montre, dans la plupart des cas de peu de conviction pour expliquer aux patients l'utilité de la mise en œuvre des voies de recours et l'intérêt des droits qui leur sont reconnus.

## 3.3 LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS N'EST PAS SUFFISAMMENT SUIVI

### 3.3.1 Le traitement des plaintes et des réclamations

Au cours de l'année 2016, 254 réclamations écrites ont été adressées au centre hospitalier. Par ailleurs, chaque jour, le service qualité en charge de ces réclamations peut recevoir plusieurs demandes orales qui font, soit l'objet d'une réponse immédiate, si la question est de nature purement factuelle (horaires, adresses etc.), soit sont transformées par leurs auteurs en réclamations écrites.

En revanche, les autres demandes font l'objet d'un accusé de réception dans un délai très bref, mais ne sont pas suivies de façon exhaustive par la cellule chargée de la qualité et de la gestion des risques (direction de l'organisation des soins, sécurité, usagers et qualité).

En principe, au-delà de trois mois sans réponse de la part des responsables des services, le service génère une alerte, mais ne dispose pas toujours d'une vue sur les réponses apportées par les différents interlocuteurs. La procédure mériterait d'être confortée sur ce point.

Parmi les réclamations, celles concernant les relations avec le personnel médical et le personnel soignant sont peu nombreuses.

### **Recommandation**

*La mise en place d'une procédure de suivi des réponses aux réclamations est nécessaire.*

### 3.3.2 Les événements indésirables

Les « déclarations d'événements indésirables » ont connu ces dernières années une très forte croissance : de 525 en 2014 à 1 235 en 2016 et de 148 à 874 pour les seules violences des patients à l'encontre des soignants. Cette évolution est manifestement due à un changement de méthode et de politique, en particulier à une incitation faite au personnel de mieux enregistrer les événements pouvant être considérés comme indésirables. L'évolution devra cependant être évaluée et appréciée dans la durée.

Les unités qui constatent le plus d'événements indésirables sont durant les années 2015 et 2016 : Prisme, Bonvol, unité A et UNITED. 45 % des événements concernent les risques liés à la prise en charge du patient, ce qui est loin d'être négligeable.

### 3.4 LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST GENERALEMENT PROPOSEE ET SOUVENT ACCEPTEE

Le livret d'accueil est exempt de tout renseignement indiquant au patient son droit à désigner une personne de confiance qui devra cosigner sa désignation (article L1111-6 du code de la santé publique).

Pourtant et selon les renseignements donnés aux contrôleurs, l'établissement est régulièrement audité, à la demande de la haute autorité de santé (HAS), pour contrôler le respect de l'obligation à inviter le patient, en soins libres comme en soins sous contrainte, à renseigner le formulaire de désignation de la personne de confiance.

Ainsi quatre-vingts dossiers sont, au hasard, vérifiés annuellement, étant précisé que le nom de la personne de confiance est tracé par le biais du logiciel CIMAISE, dans le dossier médical.

Les cadres de santé comme les soignants sont sensibilisés à l'importance et au rôle de la personne de confiance, un rappel pouvant leur être adressé suivant les résultats de cette procédure de vérification.

Au jour de la mission, dans les trois unités fermées du Grand Nancy, trente patients avaient fait le choix d'une personne de confiance, tandis qu'aux unités Bonvol et Archambault, onze patients dont cinq en soins sous contrainte en bénéficiaient.

Dans les deux pôles périurbains, on a relevé la désignation de dix-neuf personnes de confiance, qui toutes ont donné leur accord.

### **Recommandation**

*Le livret d'accueil doit être complété par des informations légales concernant la désignation de la personne de confiance. Par ailleurs, il est nécessaire d'engager une réflexion sur le rôle de cette personne, conduisant à une harmonisation des pratiques.*

### 3.5 LA PROCEDURE DU DROIT DE VOTE EST INSUFFISAMMENT ORGANISEE

La participation des patients aux élections présidentielles (23 avril et 7 mai 2017) et législatives (11 et 18 juin 2017) a fait l'objet d'une préparation pour l'établissement des procurations pour les patients en soins sans consentement. Deux notes d'information de la direction générale du 10 avril et du 18 mai ont demandé aux cadres de santé d'établir pour le 14 avril et le 29 mai les listes nominatives des patients intéressés afin qu'un officier de police judiciaire (OPJ) puisse passer rencontrer les patients à des dates qui n'étaient pas fixées. La note précisait que le mandataire et le mandant devaient être inscrits sur les listes électorales de la même commune et le mandataire ne pouvaient recevoir qu'un seul mandat. Les informations ont fait l'objet d'un affichage dans les unités.

Ainsi, pour les élections présidentielles, sept patients ont souhaité voter par procuration (deux patients à l'unité E ; deux à l'unité A ; un patient à Philia ; deux patients à l'unité 6) et trois ont voté par procuration (deux à l'unité 6 et un à l'unité A). Pour les quatre patients qui n'ont pas voté par procuration, les motifs étaient les suivants : deux patients de l'unité E n'ont pas désigné de mandataire, un patient de l'unité A n'était pas inscrit sur les listes électorales, un patient de l'unité Philia était en consultation au CHU pour des soins somatiques au moment du passage de l'OPJ. Pour les élections législatives, un patient de l'unité A a souhaité voter par procuration mais n'a pas désigné de mandataire.

D'autres patients en soins sans consentement (SSC) ont bénéficié de permissions de sortie pour voter.

Cette procédure peut être améliorée pour les patients placés sous tutelle, en vérifiant que les patients n'ont pas d'interdiction de voter.

### 3.6 LA PRATIQUE DU CULTE EST FACILITEE PAR LES SOIGNANTS MAIS DES POINTS SONT A AMELIORER

Le CPN, comme cela apparaît dans le livret d'accueil, dispose d'une aumônerie catholique et de personnes habilitées pour quatre cultes (catholique, israélite, musulman et protestant). L'aumônerie catholique exploite les appels téléphoniques qui arrivent sur le répondeur et relaie les informations vers les autres cultes.

Le livret d'accueil indique les coordonnées téléphoniques des représentants de ces cultes et précise que des offices sont célébrées à la chapelle du CPN ; les heures d'ouverture de la chapelle sont indiquées et sa localisation est mentionnée en quatrième de couverture. La localisation de l'aumônerie n'est pas indiquée sur les plans du CPN destinés au public, affichés sur des panneaux en différents endroits du site. Il n'existe pas de local disponible, ouvert aux différents cultes, l'aumônerie catholique mettant à disposition ses locaux sur demande.

Une boîte à lettres est installée à l'entrée de l'aumônerie et relevée par l'aumônier pour l'ensemble des cultes représentés.

Dans les unités, certaines ont mis en place un affichage mentionnant le contenu du livret d'accueil. Le plus souvent, l'aumônier prend contact avec les patients à leur demande et à l'occasion de ses passages. L'aumônier ne se rend pas dans les unités pédopsychiatriques, sauf sur décision médicale.

**Recommandation**

*Il convient de localiser l'aumônerie sur les plans du CPN et de recueillir, lors des formalités d'admission auprès de chaque patient, son éventuelle demande de rencontrer un aumônier ; pour les patients mineurs, l'accord de la personne exerçant l'autorité parentale est nécessaire.*

**3.7 LA PROTECTION JUDICIAIRE DES PATIENTS N'APPELLE PAS D'OBSERVATION**

La détection des besoins en sauvegarde de justice est assurée au cours des réunions cliniques hebdomadaires des unités auxquelles participent les assistantes sociales. Ces dernières prennent contact avec le mandataire judiciaire dès lors qu'un besoin est ressenti ou sur demande du patient.

Le CPN dispose d'un service mandataire de justice, agréé pour 130 mesures intervenant dans trois établissements dont le CPN. Le service concerne trois types de public : les patients hospitalisés en psychiatrie ou suivis en ambulatoire, les personnes âgées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les personnes handicapées en établissement médico-social. Il est composé de deux mandataires, une assistante et le directeur de la maison d'accueil spécialisée implantée dans le site et également directeur de la crèche du personnel du site.

Pour l'année 2016, sur 983 patients hospitalisés (dont 356 en SSC), 113 (dont 49 en SSC) faisaient ou ont fait l'objet d'une protection judiciaire, soit une proportion de 11,5 % (et 13,8 % en soins sous contrainte).

Lors de la visite des contrôleurs, le service suivait 116 patients protégés. Le flux annuel d'entrées et de sorties de dossiers est d'une dizaine. Le nombre de patients protégés, hospitalisés au CPN et gérés par le service, est également en permanence de l'ordre d'une dizaine.

Les deux mandataires rencontrent les personnes dont ils assurent la protection deux à trois fois dans l'année, qu'elles soient à domicile, en famille d'accueil, à la MAS – qui en accueille près de quarante, en EHPAD ou en Belgique dans des maisons spécialisées. Les mandataires sont associés aux projets de sortie préparés par les assistantes sociales dans les unités. Ils ne sont pas convoqués par les greffes judiciaires pour l'audience du JLD, dans la mesure où ils sont au courant, par l'établissement, de la date d'audience à laquelle ils assistent rarement.

## 4. LA MISE EN OEUVRE ET LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA TENUE DES REGISTRES DE LA LOI SOUFFRE D'UN RETARD CHRONIQUE

Les registres de la loi sont conservés au bureau des soins sans consentement où sont affectés trois agents qui travaillent sous l'autorité d'une chef de service, attachée d'administration.

Ces agents qui n'ont pas reçu de formation spécifique au moment de la mise en œuvre de la loi de 2011 et de ses modifications ultérieures, bénéficient toutefois de documents constitués de fiches pratiques qui, en fonction de la nature juridique de l'hospitalisation sans consentement, déclinent les exigences de la loi quant aux documents à produire et à l'échéance à respecter.

En sus, un « tableau Excel » a été mis au point pour faciliter le suivi de la date des échéances et ainsi sécuriser la production des documents exigés par la loi.

Si ces outils facilitent leur travail, ils sont apparus insuffisants au regard du gain de temps offert par un logiciel beaucoup plus performant et utilisé dans d'autres CHS.

En effet, les contrôleurs ont pu constater que le personnel compétent et consciencieux, se trouvait fréquemment en difficulté pour être à jour dans la tenue des registres. Ainsi, au jour de la visite, des pièces datant de plus d'une semaine étaient en attente de classement.

D'un module standard, les registres dits « vivants » étaient au nombre de vingt, rangés par ordre chronologique depuis leur date d'ouverture, étant précisé qu'ils sont distincts suivant qu'il s'agit de l'enregistrement des mesures prises après arrêté du préfet (SDRE) ou sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Ainsi, sept registres concernaient les SDRE (dix à seize) et treize les SDDE (120 à 132). Les registres précédents, dont toutes les mesures inscrites sont levées, sont gardés aux archives de l'hôpital avant d'être versés aux archives départementales. Chaque registre est paraphé à l'ouverture et à la fermeture par le maire de la commune.

Les pièces concernant les patients sont photocopiées puis réduites avant d'être collées sur le folio correspondant à l'identité du patient.

Les contrôleurs ont examiné par sondage tous les registres et ont plus particulièrement consulté le dernier registre dédié aux soins sur décision du directeur de l'établissement ouvert le 27 mai 2017 et utilisé jusqu'au folio 28, ainsi que le registre en cours pour les SDRE ouvert le 30 mai 2017 et rempli jusqu'au feuillet n°8. Ils ont constaté que les mentions visées par l'article L 3212-11 du code de la santé publique (CSP) étaient généralement retranscrites à l'exception des trois suivantes : aucune notification des droits prévus à l'article L 3211-3 du code de la santé publique n'est inscrite pas plus que les éventuelles décisions de mise sous protection judiciaire.

La levée des mesures pour les personnes admises en SDRE n'est pas toujours indiquée (sauf en cas de décès du patient) mais nécessite notamment de se reporter à l'arrêté préfectoral.

Il est en outre à signaler que les arrêtés préfectoraux mentionnent les voies de recours mais ne donnent ni les coordonnées du CGLPL ni celles de la commission des usagers.

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

#### **Recommandation**

*L'utilisation d'un logiciel performant destiné au suivi des mesures sous contrainte apparaît nécessaire pour réduire les délais de suivi des mesures et améliorer la tenue du registre de la loi.*



## 4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EST PEU ACTIVE

Au 31 décembre 2016, la CDSP, dont le siège est situé à l'agence régionale de santé à Nancy, était composée comme suit :

- un magistrat du TGI de Nancy nommé par le premier président de la cour d'appel de Nancy ;
- un médecin psychiatre libéral nommé par le procureur général de la cour d'appel de Nancy, président ;
- un médecin psychiatre, praticien hospitalier désigné par le préfet ;
- un médecin généraliste ;
- un représentant d'association agréée de familles de personnes malades (UNAFAM).

Le représentant d'association agréée des usagers en psychiatrie était démissionnaire depuis le 16 décembre 2016.

Le président de la commission, accompagné du médecin membre honoraire de cette commission et de la représentante de l'UNAFAM, a accepté de se déplacer au CPN pour rencontrer les contrôleurs. L'ARS, prévenue de cette rencontre, y a délégué la personne responsable de la gestion des soins sans consentement. De ces échanges, il est apparu des difficultés de fonctionnement dues à une communication conjoncturelle difficile entre la cellule gestionnaire de l'ARS et les membres de la commission.

Il a été expliqué aux contrôleurs que l'assistance, en termes de secrétariat, par l'ARS, s'était beaucoup réduite au cours des deux dernières années, conduisant ainsi la commission à diminuer ses visites dans les établissements. Le dialogue qui s'est instauré entre les protagonistes a permis une clarification du rôle de l'ARS autant qu'il a mis en évidence le souhait de la commission d'exercer pleinement les fonctions attribuées par la loi.

Seuls quatre établissements psychiatriques ont été visités par le CDSP en 2016 et 2017, dont quelques unités du CPN. Lors de ses deux dernières réunions au siège, la commission n'a examiné aucun des dossiers des patients admis en soins psychiatriques sans consentement depuis plus d'un an.

Concernant le suivi des admissions sous contrainte, en 2016, soixante-deux ont fait l'objet d'un contrôle dont dix-huit SDRE et quarante-quatre SDDE.

Selon les renseignements fournis, aucune plainte formulée par des patients hospitalisés sous contrainte n'aurait été adressée à la CDSP en 2015 et 2016, pas plus que des visites n'ont été organisées à la suite de demandes particulières des patients.

Il est donc apparu que si, certes les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 sont observées quant à l'envoi systématique à la CDSP des certificats médicaux de 24 h, 72 h et de l'avis motivé, celle-ci se considère dans l'impossibilité matérielle d'exercer sa mission conformément aux exigences légales.

Aucun rapport d'activité n'a d'ailleurs pu être remis aux contrôleurs sinon un cadre statistique pour l'année 2016 (fourni par l'ARS) mentionnant les chiffres ci-dessus mentionnés.

### **Recommandation**

*Il est urgent que les conditions de fonctionnement de la CDSP, après avoir été objectivement évaluées, soient mises en œuvre pour qu'elles lui permettent d'assurer l'ensemble de sa mission prévue par la loi.*

*Dans sa réponse au courrier du CGLPL, le préfet souligne qu'il était attentif aux observations formulées par les contrôleurs notamment au sujet des notifications des décisions, du fonctionnement de la CDSP, des précisions devant être apportées aux certificats administratifs afin d'éviter les décisions de mainlevées pour vice de forme par le juge des libertés et de la détention, sur le suivi des sorties de courte durée et sur le recours au second avis médical dans le cadre des demandes de levées de mesures de soins sous contrainte. Il précise que des améliorations ont déjà pu être apportées à la suite de deux réunions organisées en octobre 2016 et en juillet 2017 entre le directeur de cabinet et la délégation territoriale de l'ARS et les services du CPN et que ces instances devraient être à nouveau réunies au vu des conclusions définitives du rapport.*

### **4.3 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION (JLD) EXERCE SA FONCTION EN CONCERTATION AVEC TOUS LES ACTEURS ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS**

Avant la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, une concertation s'était instaurée entre la présidente du TGI de Nancy avec le magistrat référent JLD, la direction du CPN, la direction de l'ARS et le bâtonnier de l'ordre des avocats de Nancy afin que le contrôle du JLD s'exerce dans des conditions de dignité et de respect de la liberté individuelle du patient, les audiences se tenant alors au tribunal, dans les locaux où sont amenées à circuler des personnes détenues. Une attention particulière avait alors été apportée pour que le temps d'attente du patient soit réduit et se passe dans une salle dédiée.

Depuis la loi du 27 septembre 2013, l'audience du JLD doit être tenue, sauf exception motivée, au sein de l'établissement de santé (L 3211-12-2 du CSP). C'est ainsi qu'à la suite d'une convention, signée le 1<sup>er</sup> septembre 2014 notamment par le président du TGI, la direction de l'ARS, le bâtonnier de l'ordre des avocats et le directeur du CPN, cette audience se tient au rez-de-chaussée de la maison des droits des usagers localisée dans l'enceinte du CPN. Les locaux mis à disposition gratuitement par le CPN se composent d'une belle salle d'audience (38 m<sup>2</sup>), d'une pièce réservée aux entretiens avec les avocats garantissant la confidentialité, d'une salle d'attente meublée de sièges confortables et de sanitaires en parfait état de propreté.

L'organisation de l'audience a fait l'objet d'un document très complet régulièrement mis à jour suivant les évolutions législatives et qui est diffusé aux médecins des unités, aux cadres supérieurs de santé et au bureau des soins sans consentement en charge des modalités d'organisation de l'audience.

#### **4.3.1 Les modalités d'organisation**

Les échanges entre les services hospitaliers en charge de la préparation de l'audience et le greffe judiciaire se font sous la forme dématérialisée.

La requête, rédigée selon un formulaire standard renseignant l'identité du patient, est transmise au greffe au plus tard huit jours après la décision d'admission et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs. Cette saisine est obligatoirement accompagnée des certificats médicaux de 24 h et 72 h et de l'avis médical motivé sur lequel l'attention des médecins a été attirée pour qu'il décrive avec précision les troubles mentaux et les causes qui justifient la poursuite de l'hospitalisation complète ; le médecin établit en sus un certificat attestant de la possibilité ou non pour le patient d'assister à l'audience et précise le nombre d'accompagnants.

Les coordonnées du tiers autant que l'existence d'une mesure de protection judiciaire sont toujours mentionnées, permettant ainsi au juge de les aviser de la date d'audience. Dès la réception de ces documents, le greffe judiciaire saisit le bâtonnier pour désignation d'un avocat. La convocation du patient à l'audience est ensuite adressée au bureau des soins sans consentement qui la transmet au secrétariat de l'unité de soins adéquate. Le patient signe l'accusé de réception attestant de la remise et, s'il refuse de comparaître, il remplit alors un formulaire de refus par lequel il est informé que sa représentation à l'audience sera obligatoirement assurée par un avocat. Ces documents sont retournés au bureau des soins sans consentement et joints au dossier d'audience.

A l'instar des conditions de notification des droits et des décisions d'admission, il a été difficile aux contrôleurs de vérifier quelles explications étaient données par l'agent notificateur qui permettent aux patients de comprendre le sens de l'audience et d'exercer les droits attachés à la convocation, notamment la possibilité de consulter le dossier judiciaire. Les soignants entendus ont tous paru être dans l'ignorance de cette disposition, la mise en œuvre n'ayant jamais été sollicitée.

#### **Recommandation**

*Il convient de protocoliser les modalités de remise des convocations à l'audience du JLD, afin de s'assurer que le patient ait une exacte compréhension et un accès complet aux droits inhérents à l'audience.*

#### 4.3.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté le jeudi 8 juin à l'une des deux audiences hebdomadaires présidée par l'un des deux JLD en charge du contentieux des soins sans consentement.

Il leur avait été dit que les patients étaient désireux de comparaître, ce qui fut confirmé par la présence de sept des huit personnes convoquées. Les patients se sont présentés, accompagnés d'un ou deux soignants selon leur état, selon un horaire individualisé évitant ainsi des temps d'attente susceptibles de générer angoisse ou stress. Certains soignants ont assisté à l'audience assis derrière le patient, tandis que d'autres sont restés dans le hall attendant à la salle, le magistrat ayant précisé leur laisser le choix.

Bien que convoqués, aucun tuteur n'était présent. Il est apparu que les délais de convocation particulièrement courts laissent peu de possibilités au tuteur pour organiser son déplacement.

Particulièrement soucieux du respect du contradictoire et attentif à ce que l'échange soit pédagogique, le JLD, outre sa connaissance exhaustive des éléments du dossier, a cherché à connaître l'avis du patient et à recueillir les informations indispensables pour mener à bien son processus décisionnel.

Les patients étaient tous en capacité de s'exprimer et leurs moyens de défense juridique ont été développés par leur avocat, dont deux ont soulevé avec pertinence la nullité de la décision d'admission ; la capacité d'attention et d'écoute du juge est apparue réelle.

Le temps consacré à l'examen de chaque affaire a varié entre vingt et trente minutes, dans des conditions de confort respectant la dignité et favorisant la sérénité.

#### 4.3.3 Les décisions rendues

Invités à patienter en salle d'attente, le patient, son avocat et les soignants ont été appelés pour que le juge, ayant délibéré et rédigé la décision (dictée au greffier), la lui notifie en des termes

clairs, simples, sans omettre de donner connaissance des possibilités de voies de recours. La greffière, après avoir fait signer l'attestation de remise de la décision, en donna une copie tantôt au patient, tantôt à l'accompagnant.

A l'issue de cette audience, six décisions de maintien ont été prononcées tandis que deux mainlevées exécutoires dans un délai de 24h ont résulté, pour l'une du certificat médical de 24h non conforme (date antérieure à celle de l'admission) et pour l'autre des conditions d'évolution de l'état du malade permettant d'envisager un passage en programme de soins.

En 2016, le JLD a rendu 733 décisions dont dix l'ont été suite à une saisine directe du patient, tandis que 543 font suite à une saisine de l'établissement pour contrôler les SDDE et 190 résultent de la saisine de l'ARS pour des admissions consécutives à des arrêtés préfectoraux.

Treize mainlevées ont été ordonnées dont cinq exécutoires dans un délai de 24h.

Au premier trimestre 2017, l'activité du JLD est en augmentation puisque 180 décisions ont été rendues, 130 après contrôle des SDDE et 50 des SDRE.

Le juge a maintenu 168 patients en soins sans consentement et a ordonné la levée de la mesure pour sept d'entre eux dont cinq exécutoires après un délai de 24 h.

L'analyse des décisions de mainlevées communiquée aux contrôleurs fait apparaître que les motifs conduisant à de telles décisions découlent principalement des certificats médicaux insuffisamment circonstanciés ou à des erreurs manifestes de date.

Une rencontre est programmée avec un représentant de l'ARS et un des médecins chef d'unité pour réfléchir à améliorer la pertinence des certificats médicaux nécessaires à toute admission en soins psychiatriques sans consentement.

#### **4.4 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE FONCTIONNE DE MANIERE SATISFAISANTE**

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient en soins sous contrainte, d'un autre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation du patient, le collège se réunit, à la demande, chaque fois que de besoin.

Le directeur convoque alors le collège en mentionnant le nom de ses trois membres et la date avant laquelle le collège doit émettre son avis.

En effet, le collège a l'obligation de se prononcer sur une mesure de soins prise sur décision du directeur de l'établissement, que l'hospitalisation soit complète ou sous forme de programme de soins, lorsque sa durée excède un an.

A cette fin, il s'est réuni quarante fois en 2016 et vingt-neuf fois au premier trimestre 2017.

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

- au JLD quand il est saisi par l'intéressé d'une demande de mainlevée ou quand il exerce son droit de contrôle obligatoire tous les six mois. Ainsi le collège s'est réuni cinq fois en 2016 ;
- au préfet lorsqu'il envisage une prise en charge autre que l'hospitalisation complète ou quand il souhaite lever la mesure. Ces deux hypothèses ne se sont pas produites.

Généralement, le collège examine la situation au vu des éléments du dossier sans estimer nécessaire d'entendre le patient.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LE CENTRE HOSPITALIER DISPOSE D'UN REGLEMENT INTERIEUR OBSOLETE

La version initiale du règlement intérieur (RI) du 25 mai 2007, remise aux contrôleurs, est composée de fiches ; si ce document est obsolète concernant les dernières dispositions législatives relatives aux soins sans consentement, les contrôleurs ont cependant constaté que les livrets d'accueil et les documents remis aux patients en soins sans consentement étaient actualisés.

Par ailleurs, les contrôleurs ont pris connaissance du *guide de bonnes pratiques sur la prise en charge de la personne âgée au CPN*, datant de mars 2012 et modifié en avril 2015, qui inclut la *charte de la personne âgée en situation de handicap ou dépendante*. Les contrôleurs ont relevé que cette dernière n'est pas portée à la connaissance des patients.

Le RI est peu connu des soignants qui n'en ont pas d'édition papier. Les patients n'ont pas connaissance de son existence.

#### **Recommandation**

*Le règlement intérieur du CPN doit être mis à jour des modifications réglementaires et législatives intervenues depuis sa rédaction en 2007.*

### 5.2 LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DES UNITES SONT RECENTES MAIS PARFOIS INCOMPLETES

Le livret d'accueil et le livret d'informations inséré à la fin du livret d'accueil sont à jour en ce qui concerne les dernières modifications du code de la santé publique. Cependant, ces informations générales ne permettent pas de comprendre l'organisation de l'établissement, celle d'un pôle, ni la mission de chaque unité.

Le livret d'accueil, qui contient des renseignements sur les droits des patients et le livret d'information sont à lire en parallèle avec les règles de fonctionnement de chaque unité appelées « *chartes de fonctionnement d'unité d'hospitalisation* ».

Les contrôleurs ont constaté que les chartes de fonctionnement des unités d'hospitalisation sont datées et ont été validées par la commission des usagers entre le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et le 28 juin 2016. Cependant, certaines chartes méritent d'être mises à jour ; les unités 3 et Prisme ont ainsi laissé la place aux unités Philia et UNITED, sans mise à jour de leur charte.

Le RI ne donne aucune information, pas plus que le livret d'accueil sur la définition d'une unité ouverte ou d'une unité fermée. En outre, il n'est pas indiqué que des unités B, Archambault, Bonvol, Prisme et l'unité de soins protégés de l'unité 6 (USP 6) sont fermées.

Les chartes de fonctionnement qui s'adressent aux patients, à leur famille et à leurs visiteurs sont claires. Cependant, les contrôleurs ont constaté l'absence d'homogénéité concernant les informations relatives aux libertés individuelles et aux restrictions :

- les modalités de sortie de l'unité sont rarement précisées ;
- seule l'unité A donne l'indication de la date de la réunion hebdomadaire clinique tandis que seule l'unité 2 ouvre la possibilité aux familles de prendre rendez-vous avec un médecin du service ;
- l'inventaire des objets personnels ou des biens et valeurs est rarement mentionné même s'il est parfois fait état de l'existence du bureau des admissions et du centre des finances publiques de Laxou ;

- l'unité 2 est la seule à mentionner la possibilité de détenir un appareil de radio avec écouteurs ; l'unité E offre la possibilité de détenir un poste de télévision personnel dans sa chambre ;
- concernant le tabac, certaines unités mentionnent des horaires pour fumer, dans d'autres l'accès au tabac est libre ; cependant, l'unité 6 en soins libres fait état de la possibilité de recourir à des substituts nicotiniques ; l'approvisionnement en tabac des patients en unité fermée n'est pas expliqué.

Les contrôleurs ont également constaté que les pratiques sur la diffusion de ces documents variaient d'une unité à une autre.

### **Recommandation**

*Il convient d'homogénéiser les informations contenues dans les chartes de fonctionnement des unités relatives aux libertés individuelles et à leurs restrictions. La prise en compte des bonnes pratiques de certaines unités permettraient d'enrichir les chartes d'autres unités.*

## **5.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST ASSURE**

Le livret d'accueil précise les règles de communication des dossiers médicaux. Le bilan annuel de la commission des usagers fait état des délais pour les trois dernières années.

Concernant les demandes d'accès aux dossiers médicaux, leur nombre est en croissance sensible : 77 en 2014, 97 en 2015, 134 en 2016. 60 % de ces demandes sont considérées comme fondées. Pour les dossiers de moins de cinq ans, la moitié des demandes, font l'objet d'une réponse en moins de 8 jours ; le délai de 30 jours est respecté pour 89 % de ces demandes. Pour les dossiers plus anciens, 100 % des demandes sont satisfaites dans les délais impartis. La procédure d'accès au dossier est satisfaisante au regard du droit des patient.

Ainsi, pour l'année 2016, les durées d'accès au dossier médical sont respectées pour les dossiers de plus de cinq ans ; pour ceux de moins de cinq ans la moyenne est de 12,5 jours – la durée réglementaire étant de huit jours – et le délai maximal étant de 63 jours.

## **5.4 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'UNITE ET A L'EXTERIEUR DE L'UNITE DIFFERE EN FONCTION DES UNITES**

### **5.4.1 L'organisation architecturale de l'établissement**

Le site, en forme de V, comprend un ensemble de bâtiments répartis dans un parc arboré, qui s'étend sur une longueur proche d'un kilomètre et dans sa plus grande largeur d'environ 600 mètres. Un terrain de football est situé sur le haut du parc et une UHSA a été installée en 2015. Un mur d'enceinte clôt le site sur sa partie culminante et un grillage d'une hauteur supérieure à 2 m le prolonge sur sa partie basse.



Terrain de football



Mur d'enceinte

Historiquement, le CPN était prévu pour assurer la prise en charge d'une population bien plus importante que celle d'aujourd'hui. Le site paraît aujourd'hui surdimensionné ; plusieurs bâtiments sont désaffectés comme Hardeval ou détournés de leur fonction initiale comme le bâtiment Pinel qui abrite le gymnase de l'espace thérapeutique d'activités physiques et d'éducation (ETAPE).

Les véhicules du personnel disposent d'un badge les autorisant à circuler et à stationner dans l'enceinte de l'établissement. L'accès des autres véhicules est réglementé par le pôle sécurité installé dans un pavillon à l'entrée principale du site.

Le site est équipé d'un dispositif de vidéosurveillance. Les images d'une centaine de caméras sont déportées sur les moniteurs du PC sécurité. Les contrôleurs ont constaté que certaines images étaient également visualisées sur des moniteurs installés dans les bureaux infirmiers, notamment ceux des unités A, B, C. Par ailleurs, des véhicules de l'équipe de sécurité circulent également en permanence sur le site. Le site est apparu peu fréquenté par les patients en soins libres autorisés à sortir sans accompagnement.

Le siège du pôle du Grand Nancy et les unités fermées A, B et C sont installés dans un bâtiment neuf et, les autres unités fermées dans des bâtiments réhabilités. En revanche, les patients des unités ouvertes Bonvol et UNITED sont hébergés dans des bâtiments vétustes.

#### 5.4.2 La liberté de circuler à l'intérieur des unités

Les contrôleurs n'ont constaté aucune restriction à la liberté de circuler à l'intérieur des unités (couloirs, salles de séjour, salles à manger). Les salles d'activités notamment d'ergothérapie restent fermées hors les temps d'animation par des intervenants soignants ou thérapeutes.

En revanche, l'accès aux cours, patios, terrasses ou jardins diffère en fonction des unités (cf. §. 5.5).

#### 5.4.3 La liberté de circuler à l'extérieur

La liberté de circuler hors des unités fermées pour participer à des activités est subordonnée à une autorisation médicale (cf. § 7.1.3).

Quant aux unités qui s'affichent ouvertes, cette liberté de sortir est toute relative ; selon les informations recueillies, cette restriction est justifiée par la nécessité de protéger le patient des risques de chutes ou égarements que constituerait une sortie non accompagnée. En effet, A l'UNITED, les patients ne peuvent pas sortir librement. Lors de la visite des contrôleurs, sur dix patients hospitalisés, dont huit en soins libres (SL) et deux en soins sans consentement, aucun

n'est autorisé ni en capacité de sortir non accompagné. De même, à Bonvol, lors de la visite des contrôleurs, sur vingt patients hospitalisés, dont dix-huit en SL et deux en SSC, cinq sur les dix-huit étaient autorisés à sortir pour des durées inférieures à deux heures entre les repas. Les autres patients, étaient en difficulté pour sortir non accompagnés, soit par manque de repères, soit en raison de capacités physiques insuffisantes. Enfin, à l'unité Archambault, le principe régissant le comportement des soignants est défini dans le *guide de bonnes pratiques sur le prise en charge de la personne âgée au CPN* datant de mars 2012 et revu en avril 2015 : « *La personne hospitalisée garde ses droits civiques et l'équipe soignante se doit de promouvoir l'exercice des libertés individuelles : liberté d'aller et venir, doit de vote* ». En réalité, lors de la visite des contrôleurs, sur quatorze patients hospitalisés, un seul des dix patients en soins libres était autorisé à sortir seul et, huit sous réserve d'être accompagnés par un soignant ou un membre de la famille. Un patient en soin sans consentement bénéficiait de sortie de moins de 12h et trois autres ne bénéficiaient pas d'autorisation de sortie.



## 5.5 LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS SONT ADAPTEES A LEUR ETAT CLINIQUE, HORMIS CELLES LIEES AU TABAC

### 5.5.1 L'accès au tabac

Dans les unités fermées, l'accès au tabac varie selon la configuration des locaux des unités, disposant de fumoirs, de terrasse ou de jardin.

Les patients des unités A, B et C ont accès aux terrasses et patios de 6h à minuit pour fumer. La terrasse de l'unité Archambault est ouverte en journée, les fumeurs peuvent s'y rendre librement.

En revanche, les patients de l'unité E ne peuvent accéder au jardin que trois fois un quart d'heure par jour en présence de soignants qui leur remettent leurs cigarettes et un briquet.

Les unités 2 et 6 disposent d'un espace fumeurs entouré par un grillage ; cet espace est équipé de sièges. La porte de l'espace fumeurs de l'unité 6 donnant sur le jardin reste ouverte. En revanche, à l'unité 2, cette porte est fermée en permanence. Selon le règlement intérieur de cette unité, l'espace fumeurs est fermé de 8h30 à 9h15, de 12h à 12h30 et de 19h à 20h ; cependant, cet espace n'est ouvert que six fois par jour, le temps de fumer deux cigarettes en présence d'un soignant. Les contrôleurs ont constaté qu'une forte odeur imprégnait la salle à manger, cette pièce permettant d'accéder à l'espace fumeurs.



*Le fumoir de l'unité 2*

L'unité Philia dispose d'un fumoir également accessible depuis la salle à manger dont la porte reste ouverte en permanence sauf pendant les repas. Un auvent dans le jardin permet aux patients de s'abriter. Cependant, l'accès au jardin nécessite la présence obligatoire de deux soignants.

A l'UNITED, les patients sont accompagnés dans un jardin arboré de belles dimensions. Ils ont aussi la possibilité de se rendre sur une terrasse de plain-pied. Ces deux espaces sont ouverts à la demande en journée. Le jour du contrôle, l'unique patient en SDRE était accompagné dans le jardin par les soignants pour anticiper une montée en crise. L'accès à la terrasse de Bonvol est libre en journée jusqu'à 22h. A l'unité Archambault, les patients ont la possibilité de se rendre sur la terrasse qui est de plain-pied.

Les unités fermées du pôle de Toul et Pont-à-Mousson disposent d'un espace extérieur entouré par un grillage de 1,80 m de haut, agrémenté d'une végétation dense. Les patients ne peuvent y accéder qu'accompagnés.



*Fumoir unité Philia et allume-cigarettes du fumoir*

#### **Recommandation**

*Il convient d'harmoniser les modalités d'accès à l'espace fumeurs pour les patients des unités du CPN en vue d'en laisser le libre accès sauf interdiction médicale contraire.*

Concernant la gestion du tabac, les modalités de distribution diffèrent selon les unités. Les cigarettes et les briquets peuvent être conservés par les soignants pour prévenir des risques d'incendie et respecter la réglementation interdisant de fumer et de vapoter dans les locaux.

Ainsi, le tabac et les briquets ne sont pas conservés par les patients de l'unité 6. Deux cigarettes sont distribuées à chaque pause et les soignants allument les cigarettes.

Le tabac est acheté par la famille ou le tuteur. Selon les informations recueillies, un soignant accompagné ou non, va acheter du tabac une fois par semaine dans le bureau de tabac de proximité.

A l'unité 2, le tabac est stocké par les soignants : huit pauses cigarettes (une cigarette par pause). Des contraintes ont été mises en place suite à un incendie volontaire commis par un patient qui a utilisé un briquet pour mettre le feu à sa chambre ; dans l'attente de l'installation d'un briquet électronique, aucun briquet n'est laissé aux patients. Le tabac est acheté par l'ergothérapeute le mardi matin ou par un aide-soignant.

La restriction de la liberté de fumer qui a fait suite au comportement d'un patient n'apparaît pas légitime à s'appliquer à l'ensemble des patients.

#### **Recommandation**

*Toute restriction à un droit doit être personnalisée et limitée dans le temps.*

A Bonvol, les patients fument sur la terrasse le tabac qui leur est livré une fois par mois par un buraliste ; il est stocké dans une armoire et délivré à la demande par deux infirmiers référents des patients. Les patients conservent leur tabac le soir au moment du coucher, les briquets sont conservés par les soignants.

### 5.5.2 Le port du pyjama

Le port du pyjama est exceptionnel.

### 5.5.3 L'accès aux chambres dans la journée

L'accès aux chambres est libre en journée. Néanmoins, les chambres peuvent être fermées momentanément, le temps nécessaire à la réalisation du ménage. Des patients qui auraient tendance à se confiner dans leur chambre peuvent parfois être invités à en sortir. Dans toutes les unités, les patients en soins libres comme ceux en soins sans consentement peuvent généralement sortir des chambres ou y rester.

## 5.6 LES MOYENS DE COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LES PROCHES SONT GERES DIVERSEMENT SELON LES UNITES

### 5.6.1 Le courrier

Un vagemestre réceptionne les courriers « départ » et apporte les courriers « arrivée » dans les unités. Selon les propos recueillis, les soignants distribuent le courrier qui ne fait l'objet d'aucun contrôle ni restriction. Toutefois, à l'unité 2, le courrier est trié au préalable par la secrétaire et déposé dans un casier installé dans les bureaux des infirmiers.

La distribution de papier à lettres, enveloppes et timbres ne paraît pas être assurée.

### 5.6.2 Le téléphone

Des *point-phones* fonctionnant avec des pièces de monnaie sont installés dans certaines unités. Selon les informations recueillies, ils servent souvent à recevoir les appels téléphoniques transférés par les soignants depuis la salle des soins infirmiers. Les contrôleurs ont constaté que la confidentialité des conversations n'était pas toujours assurée dans d'autres unités.

Le *point-phone* de l'unité 2 est installé dans un renforcement non fermé, à proximité de la salle de soins infirmiers. La confidentialité des échanges téléphoniques est assurée et le *point-phone* utilisable par une personne à mobilité réduite.

En revanche, il n'existe pas de *point-phone* à Archambault. Les téléphones portables sont autorisés, mais rares sont les patients qui en possèdent. A la demande des patients, les soignants mettent à disposition un téléphone portable qui leur permet de joindre les numéros métropolitains. Pour les DOM-TOM, il est nécessaire de passer par l'intermédiaire du standard du CPN.

Le *point-phone* de l'unité E a été dégradé ; il est inutilisable. Dans les unités fermées et ouvertes, les téléphones mobiles sont autorisés en permanence sans faire usage de la fonction vidéo. Les chargeurs avec des cordons, ne sont pas laissés aux patients pour des raisons de sécurité.

Des téléphones de service sans fil peuvent également être prêtés aux patients par les soignants en cas de besoin. Ces communications ne sont pas facturées aux patients.

### 5.6.3 Les visites

Selon le livret d'accueil du CPN, les visites sont autorisées selon des modalités propres à chaque unité, sous réserve de l'état clinique du patient. La charte de fonctionnement d'une unité mentionne que les visites des anciens patients dans le service ne sont pas permises. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis sauf dérogation médicale.

Les visites sont autorisées entre 13h30 et 19h30 ; leur durée varie de deux heures trente à quatre heures. Des temps de visite plus larges peuvent être proposés les jours fériés et les week-ends.

Des salons confortables sont installés dans chaque unité ; ils sont meublés de fauteuils, canapés, tables basses et présentoirs. Les unités A, B et C installées dans le nouveau bâtiment disposent de salons de visite bien aménagés. Le salon est accessible pour le patient par une porte intérieure à l'unité et pour les visiteurs par une porte extérieure provenant du sas d'entrée.

La charte de fonctionnement d'une unité interdit formellement l'accès aux pièces communes (salle à manger, salle d'activités, salle télévision, patio etc.) mais autorise l'accès à la chambre du patient. Les visites dans les chambres des patients sont proscrites à l'UNITED, à l'unité 2 et à l'unité 6.



*Salon de visite de l'unité B*

*Salon de visite de l'unité Philia*

La charte de fonctionnement d'Archambault mentionne qu'il est préférable d'éviter la venue de jeunes enfants. Certaines unités ont prévu des aménagements spécifiques.

### 5.6.4 L'informatique et l'accès à l'internet

A l'unité 6, deux postes de travail informatiques sont installés qui permettent aux patients d'accéder à internet, à *Facebook* à la demande, selon des créneaux horaires déterminés.

Les patients des unités 2 et 6 ne peuvent pas posséder un ordinateur. Dans d'autres unités, l'interdiction n'est pas mentionnée explicitement. Les patients peuvent consulter internet au moyen de leur téléphone.



*La salle informatique de l'unité 6*

A Archambault, une salle de réunion utilisée pendant les week-ends est équipée d'un ordinateur relié à internet.

Les contrôleurs n'ont constaté aucune autre configuration informatique dans les unités. A l'unité E, l'équipe soignante a demandé l'installation d'une salle informatique dans le salon de télévision mais, cette demande n'a pas été satisfaite.

***Recommandation***

*La mise en place et l'animation d'espaces informatiques dans toutes les unités doit se généraliser pour permettre aux patients d'accéder aux moyens de communication actuels.*

## 6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT

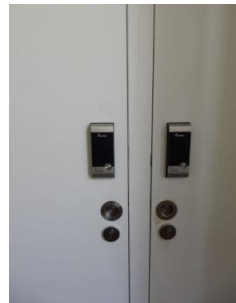
### 6.1 LA PLUPART DES PATIENTS SONT HEBERGES DANS DES CHAMBRES INDIVIDUELLES ET CONFORTABLES MEME SI DES AMELIORATIONS SONT SOUHAITABLES

La plupart des chambres des unités fermées et ouvertes sont individuelles. Pourtant, des unités fermées disposent de quelques chambres doubles. Au jour du contrôle, suite à la désaffectation temporaire de l'unité F, des lits supplémentaires avaient été installés dans des chambres suffisamment spacieuses dans certaines unités du Grand Nancy.

Les chambres sont bien aménagées, meublées de lits, de fauteuils, de chaises, de tables de chevet et de plans de travail. Elles sont équipées de prises électriques, d'interrupteurs muraux et de chevet ainsi que de boutons d'appel dans la chambre et dans les sanitaires. Elles disposent de placards individuels avec une partie penderie et une partie étagères, sécurisés par des fermetures à code ou à clé.



*Chambre double unité E*

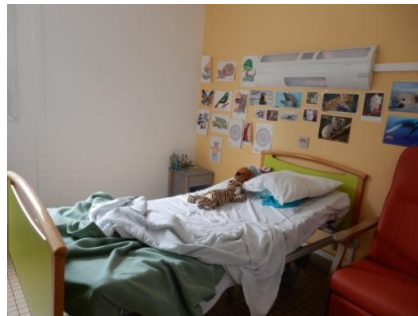


*Fermetures à code*



*Chambre avec un 2d lit Unité B*

Les patients des unités E et Philia peuvent librement décorer leur chambre.



*Chambre décorée à l'unité Philia*

En revanche, les chambres des unités Bonvol, Archambault et 6 sont dépourvues de table de chevet et les locaux sanitaires de l'unité Archambault ne disposent pas de porte-serviettes ni de patère.

#### **Recommandation**

*Les chambres de Bonvol et d'Archambault doivent être dotées de certains mobiliers : table de chevet, porte serviette, patère.*

*Dans ses observations, le directeur de l'établissement indique que les services ont chaque année l'occasion de transmettre leurs demandes d'équipement. La direction des ressources matérielles n'a jamais eu communication de demande concernant un complément de*

*meublé pour les chambres de Bonvol et Archambault. Par conséquent, il est présumé que l'absence de chevets, porte-serviettes et patère résulte d'une volonté du service.*

Les patients peuvent être autorisés à posséder leur téléviseur dans les unités A, Bonvol, UNITED et E.

Sauf exception, les patients ne peuvent pas s'enfermer dans leur chambre ; dans certaines unités, les chambres des patients sont équipées d'un dispositif de sécurisation : une alarme se déclenche au bureau des infirmiers dès que la porte de la chambre s'ouvre ou se ferme ; ce système peut être activé par les soignants à la demande d'un patient qui se sentirait plus en sécurité ou à l'inverse désactivé.

### **Bonne pratique**

*Les chambres sont dotées d'un dispositif de prévention des intrusions qui améliore la sécurité des patients.*

## **6.2 LE CONFORT SANITAIRE DES UNITES OUVERTES EST NETTEMENT INSUFFISANT**

Presque toutes les chambres des unités fermées disposent d'un local sanitaire attenant équipé de WC, d'un lavabo, d'un miroir et d'une douche à l'italienne. Les sanitaires comportent un bouton d'appel.



*Sanitaire chambre unité E*

*Sanitaire chambre unité Philia*

Les deux chambres doubles d'Archambault n'ont pas de local sanitaire attenant et se partagent un ensemble sanitaire comportant un WC, une douche à l'italienne, un tabouret, un lavabo surmonté d'un miroir et équipé d'un porte-serviettes.

Les portes des sanitaires attenantes aux chambres individuelles ne sont pas équipées de verrou, celles des chambres doubles le sont.

En revanche, la plupart des chambres individuelles des unités ouvertes Bonvol et UNITED ne disposent pas du confort sanitaire :

- une seule des onze chambres de UNITED dispose d'un local sanitaire avec douche et lavabo sans miroir ; aucun porte-serviettes ni patère ; quatre chambres disposent d'un WC. De plus, au jour du contrôle, trois des quatre WC situés à l'extérieur des chambres étaient en travaux ;
- dix-sept des vingt-deux chambres de Bonvol ne disposent d'aucun sanitaire, deux d'un sanitaire et WC avec douche et lavabo et deux avec un sanitaire sans douche ni lavabo.

**Recommandation**

*Toutes les unités ouvertes doivent être équipées de sanitaires complets.*

**6.3 LES BIENS ET VALEURS DES PATIENTS SONT GERES AVEC RIGUEUR MAIS NE PEUVENT PAS ETRE RETIRES POUR LES SORTIES PENDANT LES WEEK-ENDS ET LES JOURS FERIES**

La gestion des biens des patients est définie dans le livret d'accueil : établissement d'un inventaire contradictoire à l'hospitalisation, dépôt des valeurs et des biens d'abord au bureau des admissions puis transfert des valeurs au centre des finances publiques du CPN – la Trésorerie – au terme de trente jours. La procédure est protocolisée.

Le bureau des admissions est ouvert du lundi au vendredi de 8h15 à 17h15 ; la Trésorerie est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h à 15h45. Pour les patients hospitalisés en dehors de ces heures ouvrables, une procédure permet de sécuriser les valeurs et les biens.

Pour les sorties, les contrôleurs ont constaté que les retraits n'étaient possibles que pendant les heures d'ouverture de la Trésorerie pour les valeurs et celles du bureau des admissions pour les biens. Le protocole, dans son § 5.6.1 prévoit « *en dehors des horaires d'ouverture de la régie, les retraits définitifs, justifiés par des circonstances non prévisibles, peuvent être effectués par les administrateurs de garde* » et « *tous les administrateurs de garde peuvent [...] restituer pour le compte du régisseur et sous sa responsabilité les valeurs aux seuls déposants, les biens aux déposants ou à leur représentant légal dûment muni d'une procuration* ». Les soignants rencontrés par les contrôleurs n'avaient pas connaissance de la possibilité, même exceptionnelle, pour un patient sortant d'hospitalisation hors heures ouvrables de récupérer ses valeurs et ses biens.

Quelques soignants viennent quotidiennement chercher de l'argent pour la quarantaine de patients qui ne peuvent pas sortir de leur unité.

La récupération des biens et des valeurs par les patients sortant d'hospitalisation en dehors des heures ouvrables de la Trésorerie et du bureau des admissions doit être possible, afin de leur éviter de les conserver dans leurs chambres en attendant de sortir.

Les contrôleurs ont constaté que les chambres des patients hospitalisés dans les unités visitées étaient toujours ouvertes et que leurs placards étaient équipés de serrures à clé ou à combinaison, les clés étant conservées par ces derniers, si leur état le permettait, ou par les soignants.

En 2016, le bureau des admissions a assuré 201 dépôts de valeurs et 146 dépôts de biens ; le volume des retraits varie de zéro à dix par jour. Le patient se déplace seul ou accompagné par un soignant ; l'assistance sociale ou un membre de la famille vient, le cas échéant, muni de la procuration d'un patient.

Les soignants ne gèrent aucune valeur des patients et ne détiennent que peu de biens (chargeurs de téléphone, cigarettes, briquets etc.) selon les unités et selon les patients.

Cette situation est apparue respectueuse de l'autonomie des patients et évite aux soignants de gérer des biens d'autrui sans en avoir le droit.

Un fonds de solidarité permet d'accorder des aides de 200 euros voire 400 euros non remboursables et 200 euros remboursables selon une procédure protocolisée. Les



contrôleurs ont assisté à la remise de 250 euros non remboursables à un patient accompagné par un soignant dans le but d'acheter des vêtements et des chaussures.

### **Bonne pratique**

*La remise d'une somme d'argent, prélevée sur le fonds de solidarité, à un patient dépourvu de moyens financiers permet des achats de biens de première nécessité.*

## **6.4 LES REPAS SONT APPRECIÉS DES PATIENTS ET LES SALLES À MANGER SONT CONVIVIALES**

Les repas des patients en hospitalisation complète et de jour sont préparés par une cuisine centrale. Une diététicienne participe aux commissions menus, planifiées sur six semaines. Elle propose également des consultations de diététique aux patients.

Les repas, préparés en liaison froide et conditionnés en barquettes individuelles filmées, sont acheminés en véhicule frigorifique dans chaque unité et mis en chauffe dans les offices des unités par le personnel soignant. Chaque patient se présentant au self-service est servi individuellement. Des soignants peuvent, lorsque le patient le demande, procéder à un mixage des aliments d'un même plat ou d'un plat de légumes et d'un laitage.

Les menus de la semaine sont affichés dans les réfectoires. Pour chaque repas, ces menus se composent d'une entrée, d'un plat et légumes, de fromage ou yaourt et le plus souvent d'un fruit ou d'un dessert.

Les patients rencontrés par les contrôleurs n'ont pas exprimé de doléances sur la quantité et la qualité des repas. En revanche, l'absence de goûter décidée récemment par le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) suscite des plaintes tant des patients que des équipes soignantes. Certaines unités servent toutefois une collation (boisson froide ou chaude) et parfois un goûter.

Des repas thérapeutiques sont parfois préparés avec des patients par des intervenants.

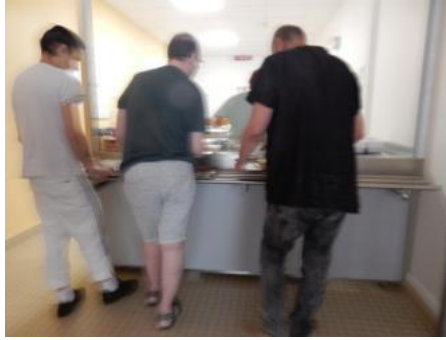
Les salles à manger des unités sont apparues conviviales. Nombre d'entre elles sont lumineuses, certaines d'entre elles donnant sur un patio, une terrasse ou un jardin extérieur. Le mobilier est constitué de chaises et tables rectangulaires ou circulaires en bon état. Les murs de certaines unités peuvent être décorés par des panneaux utilisés par l'ergothérapeute, des tableaux d'informations pour les patients.



*Tableau réalisé par des patients  
et tables réfectoire unité E*

La plupart des unités fonctionnent en self-service ; la prise des repas en chambre étant exceptionnelle.

D'autres telles qu'UNITED et Archambault proposent la prise des repas à table, les patients étant généralement aidés par un soignant pour manger.



*Banque de self unité Philia vue de l'office et du réfectoire*

Les horaires des repas sont identiques (petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h, boissons chaudes à 16h30 et dîner à 19h) dans toutes les unités.

## **6.5 LA LOGISTIQUE N'APPELLE PAS DE REMARQUE PARTICULIERE**

### **6.5.1 Les moyens de transport**

Le CPN dispose de 125 véhicules minibus et véhicules légers et d'une ambulance qui n'est plus utilisée faute d'ambulancier. Le CPN a recours à un prestataire pour les transports secondaires comme le transfert de patients dans d'autres établissements. La flotte de véhicules sert principalement au transport des patients sur le site et à la livraison des repas dans les unités.

### **6.5.2 L'entretien des locaux**

Dans l'ensemble du site, les contrôleurs ont constaté la propreté et le bon entretien des locaux, même dans les unités les plus vétustes. Les prestations de ménage sont assurées par une société extérieure ; l'échéance du contrat de marché public est prévue en 2018.

### **6.5.3 La blanchisserie**

Le blanchissage du linge plat, des habits professionnels et de quelques effets de patients isolés ou démunis de ressources suffisantes<sup>14</sup> est assuré par une entreprise extérieure. Cette entreprise s'est dotée d'un dispositif de marquage électronique. Au jour du contrôle, le délai de remise du linge est de quatre à cinq jours.

Quelques unités notamment l'unité E, 2 et Archambault sont encore dotées de machines à laver non professionnelles pour le lavage en urgence des effets personnels des patients.

L'établissement dispose également d'un vestiaire comportant un stock de vêtements (sous et survêtements) qui peuvent être donnés aux patients dépourvus de ressources suffisantes.

## **6.6 LES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES, ORGANISEES PAR POLE ET AU SEIN DES UNITES, SONT NOMBREUSES ET DIVERSIFIEES, MAIS PEU DEVELOPPEES AU NIVEAU INTERSECTORIEL**

Les activités, variées et diversifiées, sont animées par des soignants ainsi que des intervenants spécialistes (musicothérapeute, ergothérapeute, animateur sportif,

<sup>14</sup> La prestation assurée par la laverie centrale est gratuite.

kinésithérapeutes, orthophonistes etc.). Des activités occupationnelles sont organisées au sein des pôles ou d'unités, certaines unités les assimilant à des activités thérapeutiques.

Des postes de télévision (un ou deux) sont installés dans les salons des unités ou dans les salles de séjour. Dans une unité, un des deux écrans de télévision est utilisé pour les jeux vidéo ; des livres et des CD et des DVD étant à disposition.

Une unité ne disposait plus de poste de télévision, dégradé depuis plusieurs semaines, privant ainsi tous les patients de son utilisation ; les demandes réitérées des professionnels, au jour du contrôle, n'avaient pas encore abouties.

### **Recommandation**

*Il est indispensable de remplacer dans les meilleurs délais tout matériel dégradé.*

*Dans ses observations, le directeur indique que les cadres ont la possibilité de demander le remplacement du mobilier réformé. La direction des ressources matérielles donne suite à toute demande de remplacement sans délai. S'agissant en particulier de télévision, le délai de livraison est très court (dans la semaine).*

*Il a été cependant indiqué aux contrôleurs que plusieurs demandes avaient été faites concernant un poste de télévision non réformé, mais dégradé.*

Dans quatre unités (A, E, Bonvol et UNITED), les patients sont autorisés à disposer de leur téléviseur.

Des activités sportives sont parfois organisées au sein des unités (appareils de musculation dans l'unité E).

Les autres activités thérapeutiques (ergothérapie, peinture, photo-langage, musicothérapie, atelier cuisine, etc.) sont organisées exclusivement au sein des pôles. Les soignants, dans la plupart des unités d'hospitalisation, y consacrent une part significative de leur temps et s'appuient sur les compétences d'ergothérapeutes présents en moyenne à 0,5 ETP par unité. Ces activités se déroulent le plus souvent dans des salles dédiées au sein des unités (bibliothèques ou salle de séjour) ou encore dans le bâtiment hébergeant l'unité. Ainsi, l'unité Philia dispose d'une salle au rez-de-chaussée du bâtiment qui propose des activités telles la peinture, la balnéothérapie, les repas thérapeutiques animés par un ergothérapeute ; au jour du contrôle, une quinzaine de patients répartis en petits groupes y participaient.



*Activités d'ergothérapie et occupationnelle à Philia cuisine, jardin, baby-foot*

Concernant l'UNITED où un seul patient est en soins sans consentement au jour du contrôle, les activités sont nombreuses compte tenu de la pathologie lourde des patients. Ainsi, cette unité est équipée d'une grande salle avec du matériel pour pratiquer des activités

physiques, une salle « Snoezelen » et une salle d'ergothérapie. Le CATTP Christian établit en liaison avec l'unité un planning des activités de la matinée et de l'après-midi du lundi au vendredi pour deux à six patients : « jeu d'adresse », « gym douce », « marche », « équitation », « activités manuelles », « arts créatifs », « bois », « loto », « cuisine », « esthétique », « stimulation à la marche », « ETAPE »... La moitié des patients suit l'activité prévue. Les autres patients, pour ceux qui le peuvent et en fonction des disponibilités des soignants, suivent des activités occupationnelles au sein de l'unité en fonction de la disponibilité des soignants.

A l'extérieur des pôles, en revanche, il n'existe pas de salle où les patients peuvent se retrouver pour bénéficier d'activités socialisantes ; ce qui est appelé cafétéria est en réalité une pièce meublée de manière sommaire avec des chaises et quelques tables. Les contrôleurs en ont constaté l'aspect peu amène et dépourvu de convivialité. La pièce dotée de distributeurs de cafés et de sodas payants a une superficie approximative de 30 m<sup>2</sup>; elle est éclairée par des néons et placée sous vidéosurveillance. Les patients y fument ; une odeur persistante de tabac imprègne la pièce.



*La cafétéria*

### **Recommandation**

*Il convient d'installer une cafétéria sur le site du CPN, afin de proposer aux patients un véritable lieu d'échanges.*

Des activités sportives sont pratiquées à l'espace thérapeutique d'activités physiques et d'éducation (ETAPE) installé dans un bâtiment ancien dont plusieurs salles ont été aménagées, à proximité d'un boulodrome et de terrains de jeux. Quatre éducateurs sportifs (deux IDE avec des diplômes du ministère des sports et deux universitaires éducateurs) prennent en charge des groupes de deux à huit patients de l'extra et de l'intra hospitalier du lundi au vendredi de 8h45 à 16h45<sup>15</sup>. Une prescription médicale est nécessaire.

---

<sup>15</sup> Au jour du contrôle, sept patients de l'unité E, quatre de l'unité 2 et deux de Philia fréquentaient le gymnase.



Le gymnase

**Un centre de documentation** est ouvert aux professionnels ; il est susceptible de recevoir des visiteurs et des patients mais aucun patient ne le fréquente régulièrement. Le centre propose des documents à caractère professionnel. Il met en libre-service deux ordinateurs avec accès à Internet. Il est ouvert le lundi de 13h à 17h30 et les mardis et vendredis de 9h à 17h30.

Des projets de développement sont prévus :

- la mise à disposition d'ouvrages sur les pathologies des patients, en vue de favoriser leur éducation thérapeutique ;
- la mise à disposition des patients d'ouvrages, non professionnels, dans la future cafétéria ;
- la création d'une « boîte à livres » à proximité des tables de plein air, en vue de permettre aux patients de déposer et de prendre des livres de toutes sortes.

### **Recommandation**

*Le centre de documentation mérite d'être davantage ouvert aux patients et de proposer, comme cela apparaît dans ses projets de développement, des livres et des documents audiovisuels qui leur soient adaptés (éducation thérapeutique et loisirs).*

## **6.7 LES RELATIONS SEXUELLES NE FONT PAS L'OBJET D'UNE INTERDICTION MAIS LES EQUIPES N'HARMONISENT PAS LEUR REFLEXION SUR CE THEME**

La question des relations sexuelles suscite peu de réflexions dans les équipes. La sexualité n'est prise en compte ni dans le règlement intérieur ni dans les chartes de fonctionnement des unités. L'accès aux chambres est réservé à son ou ses occupants.

Cependant, les soignants sont attentifs à prévenir les rapports non consentis, voire à demander le transfert d'un patient dans une autre unité.

La charte de fonctionnement interdit « *la mixité dans la chambre* ». Toutefois, celle-ci étant considérée comme un lieu privé, une sexualité consentie n'est pas interdite étant précisé que des discussions d'équipe portent sur la protection des personnes vulnérables et la réalité du consentement éclairé des patients. Quand des situations problématiques sont susceptibles de se présenter, elles sont travaillées en réunion de soignants.

***Recommandation***

*Il convient d'engager une réflexion sur la sexualité des patients hospitalisés à temps complet dans les unités du CPN.*

## 7. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 7.1 CERTAINES PRISES EN CHARGE, EN MATIERE DE SOINS PSYCHIATRIQUES, VARIENT EN FONCTION DES UNITES

#### 7.1.1 L'accueil, la période de soins et d'observation

Le patient est accueilli par un ou deux soignants qui lui présentent l'unité et le conduisent à sa chambre. Un infirmier conduit l'entretien d'accueil qui consiste en un recueil de données. Lorsque le patient n'est pas connu du service, le soignant l'interroge sur son parcours de vie (« *qu'est ce qui fait qu'il en est là aujourd'hui* ») et sur des événements particulièrement marquants (violences, deuil, traumatismes) qui ont pu avoir lieu. Dans certaines unités (Philia, E, B, Archambault), le soignant qui mène l'entretien est désigné comme l'infirmier référent du patient.

La consultation avec le médecin psychiatre se déroule, en présence de l'infirmier, dans les heures qui suivent l'admission. Dans la majorité des unités à l'exception de l'unité Philia, le médecin psychiatre prévoit une période d'observation allant de 24 à 72 heures. Ce délai permet d'évaluer l'état clinique du patient, « *de débroussailler la situation* » en vue d'une meilleure orientation. A l'unité 2, l'observation dure une semaine. A l'unité B, lorsque le patient est inconnu du service et que le diagnostic n'est pas posé, aucun traitement médicamenteux ne lui est prescrit durant les deux premiers jours. Ce procédé permet d'évaluer son comportement et de décider de la conduite à tenir. Le patient n'est jamais soumis au port du pyjama à moins qu'il ne soit placé en chambre d'isolement. De même, le patient ne fait pas l'objet de restrictions particulières concernant les visites, le téléphone et la consommation de tabac à moins que son état clinique ne le justifie. A l'unité 6, l'observation du patient dure 48 heures et son cas est présenté en réunion de *staff*.

Dans toutes les unités, l'examen somatique est réalisé dans les 24 heures (cf. § 7.2).

Dans certaines unités (Philia, E), le médecin psychiatre élabore un projet de soins personnalisé dont il explique, en présence de l'infirmier, les modalités aux patients (restrictions éventuelles, indications pour des ateliers thérapeutiques). A l'unité A, lorsque le mode de prise en charge n'est pas satisfaisant et qu'il est nécessaire de poser un cadre, le médecin rédige un contrat de soins indiquant les restrictions imposées. A titre d'exemple, un patient présentant une addiction, suspecté de consommer des produits à base d'opiacés, aura des sorties ou des visites limitées.

#### 7.1.2 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

Dans les unités A, 2, 6 et B, la présence médicale est quotidienne, elle est assurée par le PH ou par l'interne. La fréquence des consultations dépend de l'état clinique des patients. A l'unité E, les patients sont vus deux fois par semaine. Un tableau de consignes médicales, indiquant pour chaque patient les autorisations de sortie et les restrictions, est transmis au personnel soignant. En revanche, dans les unités UNITED et Bonvol, la présence médicale n'est pas quotidienne. Selon les propos recueillis, le personnel soignant est en souffrance. Les contrôleurs ont pu constater que si globalement cette situation permettait de répondre aux besoins des patients en hospitalisation complète, elle n'était pas satisfaisante pour Bonvol – avec un PH à 0,3 ETP, sans interne – où l'équipe soignante pouvait attendre plusieurs heures l'arrivée d'un médecin, notamment pour examiner un patient placé à l'isolement alors même que cette unité n'est pas officiellement équipée de chambre d'isolement. La situation est similaire à UNITED – avec un PH à 0,2 ETP, sans interne – mais dont le PH travaille en intra hospitalier à proximité.

En principe, les patients ont la possibilité de demander à être suivis par un autre médecin. A l'exception de ceux, dont l'état clinique est très instable, la demande est examinée et est accordée lorsque la relation thérapeutique est rompue.

Selon les unités, le médecin psychiatre annonce au patient son diagnostic, lorsque son état clinique est relativement stabilisé et lui fournit des explications relatives à son traitement. Ainsi à l'unité 2, le médecin chef part du principe que le patient doit être acteur de sa prise en charge et bien connaître son traitement, l'observance étant un enjeu majeur en psychiatrie. Lorsqu'il n'est pas en mesure de poser un diagnostic, il en informe le patient tout en lui précisant qu'il a constaté la présence de tels ou tels symptômes. En principe, un membre de la famille ou la personne de confiance assiste à l'entretien.

De même, dans les unités E et Philia, les patients rencontrés par les contrôleurs connaissent leur pathologie et les traitements prescrits.

A l'unité A, le diagnostic est rarement annoncé au patient afin « d'éviter de lui mettre une étiquette notamment lorsqu'il s'agit d'une schizophrénie qui pourrait le stigmatiser ». Les infirmiers déplorent cette approche qui ne leur permet pas de faire de l'éducation thérapeutique sur l'observance au traitement.

### **Bonne pratique**

*L'annonce du diagnostic au patient en présence de la personne de confiance est une bonne pratique qui devrait être appliquée dans toutes les unités. Il en est de même pour l'éducation thérapeutique sur l'observance du traitement.*

Dans toutes les unités, des réunions cliniques regroupant l'ensemble des équipes soignantes se déroulent une fois par semaine. Selon les propos recueillis ce temps d'élaboration, autour de chaque cas, privilégie l'approche pluridisciplinaire. A l'unité 2, les infirmiers ont tous été formés à une thérapie particulière ce qui permet d'offrir aux patients une prise en charge individualisée. En revanche, il n'existe pas, au sein des unités, de séances de supervision pour les soignants qui le déplorent. Une fois par semaine, l'équipe médicale et le cadre de santé font le tour des chambres pour faire un point avec le patient concernant son traitement et les éventuelles permissions de sortie.

Les traitements sont dispensés dans la salle de soins avant l'heure du repas afin de préserver la confidentialité des soins. Dans les unités Archambault, Bonvol et UNITED, les traitements sont dispensés au moment des repas afin d'éviter aux patients, dont la majorité se déplace avec difficultés, de devoir patienter devant la salle de soins.

### 7.1.3 La réhabilitation sociale

Selon l'ensemble des informations recueillies vérifiées par les éléments statistiques remis aux contrôleurs, il ressort que la prise en charge des malades non consentants aux soins est, dès le début de l'hospitalisation, autant que leur état le permet, orientée pour favoriser leur réinsertion et donc faciliter l'accomplissement des démarches extérieures.

#### a) Les sorties de courte durée

Les sorties sont accordées facilement et dès le début de l'hospitalisation, que ce soit quotidiennement pour des promenades dans le parc accompagnées généralement d'un soignant, ou des sorties allant jusqu'à quarante-huit heures pour maintenir des liens familiaux ou faire des démarches à caractère médico-social.



C'est ainsi que durant l'année 2016, 617 patients, dont 100 étaient hospitalisés après arrêté du préfet, ont bénéficié d'une ou plusieurs autorisations de sortie.

Pour ces derniers, le nombre et la répartition des autorisations de sortie de courte durée est la suivante :

- 424 sorties accompagnées de moins de douze heures ;
- 675 sorties non accompagnées allant jusqu'à quarante-huit heures.

Concernant l'année 2017, jusqu'au 1<sup>er</sup> juin, quarante-quatre patients en SDRE ont bénéficié au total de 221 sorties pour une durée de moins de douze heures et de 377 pour un temps maximum de quarante-huit heures.

Quant aux patients admis sur décision du directeur, ils ont été globalement 200 à bénéficier de 370 sorties accompagnées et 85 non accompagnées. Il est à préciser que les sorties dont l'autorisation dépend du directeur de l'établissement sont quasiment toutes accordées au vu du certificat médical, les tiers étant évidemment prévenus mais ne s'y opposant jamais (sauf exception confirmant la règle). Il n'a d'ailleurs pu être cité d'exemple de refus.

Pour les patients en SDRE, la direction de l'établissement transmet au préfet, *via* l'ARS, les éléments justifiant le bien-fondé de la demande de sortie. Par une note écrite, le préfet a souhaité être en possession des documents trois jours avant la date envisagée. Cette exigence n'est pas apparue problématique aux soignants et aux médecins qui savent devoir produire des pièces circonstanciées justifiant les sorties.

En 2017 et jusqu'au jour du contrôle, le préfet a émis sept refus considérant que la demande était prématurée. Il est rappelé que le refus préfectoral n'est pas susceptible de recours.

Les patients respectent les horaires de rentrée à l'exception de cinq depuis le début de l'année qui, n'ayant pas réintégré dans le délai de convenance, ont été considérés comme en fugue. Leur localisation n'a pas posé de problème pour que puisse être organisée la procédure de retour forcé à l'établissement.

## b) La levée des mesures

### i) Pour les patients admis en SDDE

La mesure de soins sous contrainte cesse sur décision du directeur après que le psychiatre de l'unité d'affectation du malade certifie que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies ; mention en est portée sur le registre de la loi ; bien que la levée de la mesure puisse être demandée par le tiers ou un membre de la famille, il n'a pas été donné d'exemple de survenance d'une telle hypothèse. Par contre, il a été précisé que bon nombre de mesures sont levées entre le deuxième et le douzième jour et surtout que le séjour moyen d'un patient admis en SDRE est semblable à celui des patients admis en soins libres dont la durée moyenne de séjour est de deux mois.

### ii) Pour les patients admis en SDRE:

Elle nécessite la prise d'un arrêté préfectoral. Il a été fait part aux contrôleurs de la position de représentant de l'Etat qui, pour la quasi-généralité des demandes qui leur sont présentées, sollicite, tel que le prévoit l'article L 3213-9-1 du CSP, l'avis d'un second psychiatre. Les médecins considèrent que cette exigence systématique entraîne un allongement du séjour outre qu'elle est chronophage pour le psychiatre dont le deuxième avis a toujours été conforme au premier. Ainsi le préfet, ayant alors l'obligation de prendre un arrêté de mainlevée conforme aux propositions médicales, a en 2016 mis fin à quatre-vingt-huit mesures d'hospitalisations sous

contrainte tandis que quatre-vingt-treize arrêtés ont modifié la prise en charge d'hospitalisation complète en programme de soins.

Selon les informations recueillies auprès du service des mandataires et des mandataires extérieurs, les délais de réponse de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) à une demande d'orientation ou de prestation de compensation de handicap est de six à neuf mois en temps normal, d'un à deux mois pour les demandes en urgence.

Quant aux structures médico-sociales, les délais d'attente varient : de six mois à un an pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de plusieurs années pour les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM).

#### 7.1.4 La place des usagers dans la commission des usagers (CDU)

Un cadre de la direction est chargé des relations avec les usagers et les familles ; il anime, en particulier, les réunions de la CDU.

Une maison des usagers, implantée sur le site de l'établissement, est un lieu d'accueil et de dialogue pour les patients et facilite le déroulement de diverses activités sociales ou récréatives. L'idée de développer le rôle de cette « maison » est à l'ordre du jour mais certains représentants des familles (UNAFAM, ESPOIR 54) regrettent que ce lieu ait été retenu comme siège des audiences du juge des libertés et de la détention, ce qui en altère l'image auprès des patients.

Les usagers sont représentés par trois associations : une association familiale l'UNAFAM, une association engagée dans l'accompagnement des patients après hospitalisation (ESPOIR 54) et une association d'aide aux personnes en difficultés (Soupe aux Sans Abri).

Les membres rencontrés lors du contrôle considèrent que les relations avec les familles sont satisfaisantes et, que les communications des patients avec les proches sont faciles. Il est particulièrement apprécié que les visites soient le plus souvent autorisées dans les chambres.

Pour le responsable du pôle : « *les familles ont fait grandement évoluer les choses depuis quelques années* ». Les associations des familles confirment cette impression. Les représentants rencontrés s'estiment convenablement associés aux réflexions de la CDU.

Les associations considèrent également que le manque d'effectifs dans certains services peut nuire à la qualité de prise en compte des patients. Elles regrettent des disparités de règles de vie selon les services, et que donc, lors d'un changement d'unité, les patients peuvent connaître des « ruptures » pouvant être mal vécues. Elles s'interrogent sur l'impossibilité de rencontrer des patients en chambre d'isolement dont elles estiment le recours de plus en plus fréquent. Enfin, elles insistent sur l'intérêt de finaliser et poursuivre le projet de guide d'accueil des familles.

Les représentants des usagers reconnaissent la bienveillance des équipes à l'égard des patients.

#### 7.1.5 La commission des usagers

La commission des usagers a tenu cinq réunions plénières en 2016, au cours desquelles plus de 50 % des membres étaient présents dont deux tiers des représentants des usagers. Un membre de l'UNAFAM est vice-président de la CDU. La possibilité de contacter la CDU est mentionnée dans le livret d'accueil. Le règlement intérieur de la CDU, approuvé en septembre 2016, a décidé, avec le plein accord des associations représentant les usagers, de ne traiter qu'une dizaine de dossiers par réunion, les plus importants. Les membres de la CDU sont informés de l'ensemble des réclamations faites sur une liste anonymisée.

La lecture des procès-verbaux de la CDU fait apparaître un large panel de sujets traités et l'existence d'un débat sur les questions abordées. Les dossiers les plus sensibles pouvant être révoqués à la demande de membres du comité.

Pour l'année 2017, les sujets suivants ont été traités : le projet d'aménagement de la cafétéria, le programme du comité de lutte contre les infections nosocomiales, les difficultés rencontrées en période de « *tension sur les lits* », notamment du fait de l'incendie de l'unité F et donc du recours occasionnel à l'hébergement dans des chambres d'isolement avec la porte ouverte, les demandes de changement de médecin traitant, ainsi que du cas, bien particulier, d'une société d'ambulance qui proposait du cannabis aux patients lors des transports.

Selon les informations recueillies, la CDU constitue un cadre utile de traitement des questions qui affectent la vie des patients.

### 7.1.6 Les questionnaires de satisfaction

La procédure de recours au questionnaire de satisfaction fonctionne bien. Les questionnaires de satisfaction sont bien renseignés, exprimant majoritairement la satisfaction des patients. Pour l'année 2016, sur les 3 662 sorties ayant donné lieu à remise de questionnaires, 2 066 réponses ont été données, soit un retour de 55 % pour l'ensemble du CPN.

Cette satisfaction porte en particulier sur les conditions de vie, la qualité des prestations alimentaires et de l'entretien. Il n'en ressort pas d'éléments particuliers et les critiques faites sont le plus souvent liées à des cas particuliers.

L'établissement a longtemps confié à des organismes extérieurs la réalisation d'enquêtes d'évaluation de satisfaction (trois fois par an) ; cette démarche semble suspendue.

## 7.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST BIEN ORGANISEE PAR L'UMPS, L'ACCES AUX CONSULTATIONS EXTERNES ET AUX UNITES D'HOSPITALISATION DU CHU EST PLUS PROBLEMATIQUE

### 7.2.1 L'accès au médecin généraliste

L'unité de médecine polyvalente et de spécialités (UMPS) compte quatre médecins généralistes pour 2,4 équivalents temps plein (ETP). Ces effectifs n'ont pas été augmentés suite à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011.

Lors de son admission en unité d'hospitalisation, le patient est examiné par l'interne lorsqu'il n'a pas transité par le service des urgences. Selon l'examen clinique ou si le patient présente de multiples pathologies, l'interne demande un second avis auprès des médecins généralistes. Il existe un protocole de prise en charge à l'arrivée qui comprend un électrocardiogramme, un bilan biologique et une évaluation de la douleur. A cet égard, le comité de lutte contre la douleur (CLUD) a mis en place un protocole d'évaluation de la douleur qui, selon les informations fournies, ne serait pas systématiquement effectué à l'admission du patient.

A l'exception des patients placés en chambre d'isolement (CI) ou ceux qui ne sont pas suffisamment autonomes pour se déplacer (unités de réhabilitation et de psycho-gériatrie), les consultations se déroulent dans les locaux de l'UMPS, spacieux et bien équipés.

Il n'existe pas de délai d'attente pour bénéficier d'une consultation ; les médecins généralistes reçoivent entre dix et quinze patients par demi-journée. Dans le cadre du suivi des patients, l'UMPS a élaboré des protocoles pour les troubles métaboliques, la constipation, la déshydratation et les troubles thrombo-emboliques. Cependant, lorsque les patients sont transférés d'une unité à une autre, les consignes transmises par les médecins généralistes en

termes de suivi et de prise en charge ne sont pas systématiquement appliquées. Cela constitue une rupture dans le parcours de soins du patient. Il n'est pas systématiquement fait appel au médecin généraliste lorsqu'un patient fait l'objet d'une contention mécanique. Cependant, il a été indiqué que le patient était examiné par l'interne du service (cf. § 8.5).

Il convient d'ajouter qu'un programme d'éducation thérapeutique propre à la pathologie psychiatrique et au suivi somatique du patient est en cours de validation. Il s'adresse plus particulièrement aux patients faisant l'objet d'hospitalisations à répétition et qui sont dans un nomadisme médical concernant leur suivi à l'extérieur. Outre l'entretien médical d'entrée, il est prévu de mettre en place différents ateliers, dont certains existent déjà, portant sur les thèmes suivants : « *comprendre sa maladie* », « *comprendre l'intérêt du traitement* », « *bien manger en équilibrant son alimentation* » etc.

Concernant l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie, il a été indiqué que les mineurs font l'objet d'un bon suivi par les pédopsychiatres qui n'hésitent pas à faire appel à l'UMPS dès qu'il existe un doute concernant le patient.

### 7.2.2 Les consultations spécialisées

Outre les consultations de médecine générale, des spécialistes interviennent régulièrement à l'UMPS pour les spécialités suivantes : cardiologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, kinésithérapie, podologie, soins dentaires, consultations de tabacologie. Concernant les consultations de la douleur, une infirmière est employée à temps plein.

Pour les autres spécialités, l'UMPS fait appel au CHU mais également aux établissements privés. Il a été indiqué que c'était « *service dépendant* ». A titre d'exemple, concernant les consultations d'endocrinologie et de médecine interne, elles sont réalisées au CHU alors que les consultations de gynécologie et de traumatologie sont effectuées dans une clinique privée.

Les examens radiologiques sont en principe effectués au CHU mais dès lors qu'il s'agit d'une demande d'examen en urgence, scanner à titre d'exemple, il est plus aisé d'adresser le patient dans un établissement privé.

Il a également été indiqué que certaines unités d'hospitalisation du CHU étaient réticentes à accueillir des patients en soins sans consentement. Par ailleurs, lorsqu'un patient est hospitalisé, l'établissement exige qu'un personnel soignant du CHS soit en permanence auprès du patient.

#### **Recommandation**

*La présence permanente d'un soignant du CHS, lors de l'admission d'un patient en soins sans consentement dans un service du CHU de Nancy, limite le nombre de soignants disponibles pour les soins.*

### 7.2.3 La pharmacie

Deux pharmaciens et un interne sont présents à la pharmacie. Toutes les prescriptions médicamenteuses sont informatisées et font l'objet d'une vérification par les deux pharmaciens ou par l'interne et un pharmacien.

Le circuit du médicament est informatisé et sécurisé ; la pharmacie dispose d'un automate qui prépare les pochettes individuelles de médicaments ainsi que les solutions buvables. La dispensation des traitements est donc nominative.

En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, les soignants se rendent au bureau des admissions au sein duquel est entreposée une armoire, fermée à clés, contenant un stock de

médicaments. Le CHS a également établi une convention avec le CHU afin de pouvoir bénéficier d'un approvisionnement en urgence. Enfin, les pharmaciens sont joignables car ils sont d'astreinte à tour de rôle.

La pharmacie dispose d'un stock de préservatifs qu'elle distribue sur demande des unités. En 2016, environ 800 préservatifs ont été délivrés.

#### 7.2.4 Le laboratoire

Le CHS fait appel à un laboratoire privé. Il n'a pas été fait état de difficultés particulières. Les bilans biologiques des patients sont réceptionnés trois fois par jour ; l'UMPS se charge de leur acheminement au laboratoire. Pour toute demande de bilan en urgence, un technicien du laboratoire intervient sur site.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'ONT PAS FAIT L'OBJET D'UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET AUCUN PROTOCOLE ENCADRANT LA CONTENTION N'A ETE MIS EN PLACE

Un audit clinique relatif à la mise en chambre d'isolement a été conduit en 2014 par la cellule qualité et gestion des risques. Les pistes de travail portaient notamment sur la nécessité d'assurer une meilleure traçabilité, de systématiser la prise des paramètres vitaux, d'améliorer l'entretien et le nettoyage des chambres et de veiller à l'information systématique du patient en ce qui concerne les raisons, les buts et les modalités d'utilisation des chambres d'isolement.

Un protocole de mise en chambre d'isolement est en place, sa réactualisation est prévue avant mai 2018. Aucun protocole relatif aux mesures de contention n'a été élaboré. Un projet d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) devrait voir le jour prochainement. En outre, il est prévu d'élaborer ce protocole relatif à la mise en contention. Dans le cadre de la prévention des chutes chez la personne âgée hospitalisée en psycho-gériatrie, un protocole « *prescription de contention* » a été instauré. Il existe également un protocole de « *pose de contention* » pour les transferts de patients SDRE depuis l'hôtel de police ou la gendarmerie.

### 8.2 DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DE REGISTRES PREVUS PAR L'ARTICLE 3222-5-1 DU CODE LA SANTE PUBLIQUE LA CELLULE QUALITE DU CHS A ELABORE UN FICHIER EXCEL RENSEIGNE PAR LES UNITES

Le logiciel CIMAISE ne permet pas d'extraire l'ensemble des données relatives aux mesures d'isolement et de contention et de les transférer dans un registre unique. Dans l'attente de l'instauration du nouveau logiciel CARIATIDES, dont l'installation est prévue pour octobre 2017, la cellule qualité a élaboré au cours de l'automne 2016 un fichier Excel renseigné par chaque unité équipée d'une chambre d'isolement. Les données de chaque fichier sont centralisées par la cellule qualité.

Les fichiers Excel sont complétés à l'aide des feuilles de surveillance infirmière qui sont, par la suite, conservées dans les dossiers patients. Ces feuillets renseignent l'identifiant permanent du patient (IPP), les mesures d'isolement et ou de contention, la date et l'heure de la décision de la mesure, les noms et prénoms des psychiatres décideurs, l'identité des IDE en charge de la surveillance du patient, la date et heure de fin de la mesure, la totalité de la durée en heures et en minutes de la mesure, la durée réelle et la durée théorique. A l'examen des feuillets, il a été observé que les items étaient dans leur ensemble correctement renseignés à l'exception de l'unité A où il n'a pas été possible d'obtenir la durée réelle d'isolement pour chaque patient.

Lorsque l'isolement a lieu dans une chambre ordinaire, faute de places en chambre d'isolement (ce qui semble être plutôt rare), il est également tracé. Cependant, des mesures d'isolement sont également décidées dans les unités Bonvol et UNITED (cf. *infra* 8.6). Il a été constaté que celles-ci ne faisaient pas l'objet d'une traçabilité dans un feuillet Excel. Pour autant, le protocole de mise en chambre d'isolement indique que « *tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée, séparé de l'équipe de soins et des autres patients, se trouve de ce fait en isolement* ».

Concernant le recours à la contention, les mesures n'apparaissent pas systématiquement dans le fichier Excel. De même, les modalités d'application de la contention, à savoir la durée exacte, le nombre de points entravés ne sont pas détaillées. En revanche, elles sont renseignées dans les feuilles de surveillance.

### **Recommandation**

*Dans l'attente de la mise en place d'un registre centralisé, il est impératif que les mesures d'isolement soient tracées de façon identique. De même, les mesures de contention doivent systématiquement apparaître dans le fichier informatisé ainsi que leurs modalités d'application.*

### **8.3 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT EST INCOMPLET**

L'établissement dispose de huit chambres d'isolement<sup>16</sup> (CI) réparties dans les unités fermées. A l'exception de l'unité A qui compte trois chambres d'isolement, les autres unités n'en comptent qu'une. Il existe également une chambre de retrait thérapeutique située à l'unité de pédopsychiatrie Horizon. La configuration de cette chambre est similaire à celle des chambres d'isolement (cf. § 9.1).

Les chambres sont situées à proximité du poste de soins. Celles de l'unité A sont positionnées dans un espace qui est modulable et qui peut être entièrement isolé du reste de l'unité.

Toutes les chambres sont précédées d'un sas dont la porte d'entrée est dotée d'un judas et d'un fenestron, qui s'ouvre au moyen d'une clé, préservant ainsi l'intimité et la dignité des patients isolés. Les sas sont équipés de deux portes, assorties d'un fenestron, donnant chacune accès à la salle d'eau et à la chambre. On y trouve également une armoire au sein de laquelle sont conservés un pyjama, un nécessaire de toilette et du matériel de contention comme à l'unité A. Une horloge est installée de telle sorte qu'elle puisse être visible depuis le lit. Cependant, selon la forme géométrique du fenestron (forme carrée ou rectangulaire), il n'est pas toujours possible de lire l'heure. Tel était le cas pour les unités B et 2 alors qu'à l'unité E, le fenestron de forme carrée offrait une bonne visibilité.

Les chambres occupent une surface comprise entre 11 et 13 m<sup>2</sup> ; le jour de la visite, elles étaient propres et bien entretenues. Certaines ont été rénovées récemment (unité A, 6 et Philia). Un lit scellé au sol est positionné au milieu de la chambre. Le sommier métallique ne permet pas de relever la tête de lit. Le patient doit donc s'installer au bord du lit, un plateau posé sur ses genoux, pour prendre ses repas. Seule la chambre d'isolement de l'unité 6 dispose d'une petite table à roulettes, rangée dans le sas. Il est à noter qu'il existe également dans cette unité une salle à manger individuelle, adjacente à la CI, réservée au patient placé à l'isolement.

A l'exception de l'unité 2, toutes les CI disposent d'un téléviseur protégé par un plexiglas. Les unités 6 et 2 sont en outre équipées d'un poste de radio installé dans le sas et que l'on peut écouter depuis la chambre. Le chef de service de l'unité 2 a fait le choix de ne pas installer de téléviseur, le recours à l'isolement étant utilisé avant tout comme un outil thérapeutique en vue d'apaiser un état de crise. En conséquence, les stimuli extérieurs tels que le poste de télévision sont proscrits pour permettre au patient de se recentrer.

L'éclairage naturel des CI est favorisé par l'installation d'une large fenêtre (deux à l'unité Philia) équipée d'un volet électrique qui s'actionne depuis le sas. Toutes les fenêtres peuvent s'ouvrir partiellement au moyen d'une clé.

Toutes les CI, à l'exception de l'unité 2, sont dotées d'un bouton d'appel ; celui de l'unité E fonctionnait de façon aléatoire lors de la visite. Un micro a été installé dans chaque chambre

---

<sup>16</sup> Les deux chambres d'isolement de l'UHSA ne sont pas comptabilisées dans le présent rapport et l'une des deux chambres d'isolement de l'unité B est hors d'usage.

pour obtenir une surveillance sonore depuis la salle de soins. Les contrôleurs ont examiné quelques feuilles de surveillance et ont constaté que, malgré la présence des micros, la surveillance infirmière était réalisée de façon régulière.

Les sanitaires sont accessibles depuis la chambre ; si le patient est très agité, la porte d'accès demeure fermée. La salle d'eau est équipée d'un lavabo (surmonté d'un miroir incassable dans les unités 6 et Philia), d'une douche à l'italienne et d'un WC dépourvu d'abattant. Tous ces éléments sont équipés de bouton poussoir. Concernant les patients présentant des signes de potomanie, les soignants ont la possibilité de limiter voire d'arrêter le débit d'eau depuis le sas.

### **Recommandation**

*Dans les chambres d'isolement, la tête de lit devrait pouvoir être relevée et il conviendrait de fournir aux patients des plateaux repas ergonomiques. La chambre d'isolement de l'unité 2 devrait être équipée d'un bouton d'appel. Enfin, les horloges devraient être installées de telle sorte que le patient puisse aisément lire l'heure.*

*Dans ses observations, le directeur du centre psychothérapique indique qu'a priori, une tête de lit ne peut pas être adaptée sans remplacer à nouveau la totalité des lits. Pour les horloges, il s'agit sans doute simplement d'un problème de positionnement, car il y a bien une horloge dans l'équipement standard de la chambre PSI. Concernant la prise des repas, un dispositif spécial (cylindre en mousse posé au pied du lit) validé par le groupe de travail à l'issue des tests à l'unité A, a été acheté pour l'ensemble des onze chambres PSI. Ces dispositifs seront déployés en même temps que les lits modifiés par les ateliers fin janvier.*

## **8.4 LE RECOURS A L'ISOLEMENT, FREQUENT DANS CERTAINES UNITES, APPELE A UNE VIGILANCE**

Le 13 juin 2017, les CI occupées étaient les suivantes :

- unité A : une patiente en SPPI placée et mise sous contention (cf. *infra*) depuis le 13 juin 2017 à 13h suite à un passage à l'acte auto-agressif très violent. Un second patient en SPDTU placé à l'isolement depuis le jour de son admission, soit le 10 juin 2017. Ce dernier était en isolement strict du fait d'un comportement violent à l'égard des autres patients et des soignants. Un troisième patient, en SPDT, de nationalité étrangère, y était placé à sa demande depuis le 31 mai 2017. En effet, ce dernier souffrait d'un syndrome post-traumatique de stress et avait souhaité « être mis à l'écart des autres patients ». Les CI étant dans une partie modulable de l'unité, cette solution a semblé être la meilleure. Bien que la porte de la chambre soit ouverte en permanence, ce dernier ne souhaitait pas en sortir ;
- unité B : la chambre était occupée par un patient en SPPI depuis le 12 juin 2017 en raison d'un passage à l'acte auto-agressif. Ce dernier venait d'une autre unité ;
- unité 6 : un patient en SPDT, souffrant de psychose infantile vieillissante et ayant effectué de nombreux séjours dans le service, était placé à l'isolement séquentiel depuis le 10 avril. Selon les propos recueillis, ce patient « semait le trouble dans le service en raison de son comportement hétéro-agressif et relevait d'une prise en charge dans une structure adaptée ». Ce dernier sortait de sa chambre une à deux fois par jour « selon les disponibilités du personnel soignant ». Il recevait régulièrement la visite de sa mère ; il était autorisé à jouer à se rendre dans la salle de vie commune pour jouer à la console, à raison de deux heures par jour.



#### 8.4.1 Le recours à l'isolement dans les unités d'hospitalisation pour adultes

Le protocole de mise en chambre d'isolement précise les indications et les contre-indications, le processus décisionnel, la « prescription<sup>17</sup> » médicale, les modalités de surveillance, la vérification de sécurité, l'accompagnement du patient (explications sur les raisons et les buts du recours à la mesure) la réévaluation clinique et la décision de sortie qui doit s'accompagner d'un entretien centré sur le vécu du patient.

Dans toutes les unités, la décision de mise à l'isolement doit être renouvelée par le médecin psychiatre toutes les 24 heures. Il prévoit, toutefois, une réévaluation médicale biquotidienne. Les contrôleurs ont constaté qu'elle était effective pour l'isolement strict. Cependant, lorsque l'isolement est séquentiel, la visite médicale s'effectue toutes les 24 heures. Durant les samedis, le PH de permanence examine tous les patients placés en chambres d'isolement. Le dimanche, les décisions sont renouvelées par les internes. Selon les témoignages recueillis, les internes se fient aux observations des infirmiers et se rangent bien souvent à leur avis dès lors que ces derniers proposent de passer à l'isolement séquentiel ou de lever la mesure. En revanche, l'inverse ne se produit jamais.

A l'exception de l'unité 2, les médecins ont fréquemment recours à « *l'isolement si besoin* » alors même que la circulaire du 29 mars 2017<sup>18</sup> précise en ces termes : *qu'aucune décision ne peut être prise par anticipation ni avec l'indication « si besoin »*. Selon les propos recueillis, le personnel infirmier en fait rarement usage et lorsqu'un placement en CI a lieu, le médecin intervient dans l'heure qui suit. Un interne a précisé que « *l'isolement si besoin* » pouvait être décidé pour les patients présentant un risque de passage à l'acte auto-agressif et bien connus du service notamment les veilles de longs week-ends car l'interne de garde est le seul médecin pour tout l'établissement. Cela s'est produit à l'unité B lors du long week-end de la Pentecôte mais le personnel infirmier n'a pas eu recours à la mesure.

#### **Recommandation**

*Conformément à la circulaire du 29 mars 2017, il doit être mis fin à la décision de mise en isolement par anticipation.*

Lors du placement en isolement, les modalités et horaires de surveillance infirmière sont décidés par le médecin. Les infirmiers se rendent toutes les heures auprès du patient lorsqu'il s'agit d'un isolement strict. Ils interviennent à deux soignants. Lorsque le patient fait l'objet d'un isolement séquentiel, la surveillance est moins fréquente et s'effectue par un seul soignant. Concernant les besoins d'hygiène, lorsque la porte d'accès aux sanitaires est fermée en raison de l'état d'agitation du patient, les soignants accompagnent ce dernier dans la salle d'eau.

Dans la majorité des unités, l'accès au tabac est autorisé ; à l'unité B, il est proposé des substituts nicotiques. Les patients en isolement séquentiel peuvent éventuellement recevoir des visites et téléphoner. A l'unité 2, le médecin encourage le maintien des liens familiaux dès lors que la famille n'est pas pathogène pour le patient.

<sup>17</sup> Lors de la visite, la communauté médicale et les équipes soignantes employaient toujours le terme prescription concernant les mesures d'isolement et de contention.

<sup>18</sup> Instruction n° DGOS/RA/DGS/SP4/2017/109 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Bien que le protocole prévoie l'information systématique des personnes de confiance lors d'un placement à l'isolement, les contrôleurs ont constaté que cela ne se produisait que très rarement. De même à l'exception de l'unité 2, l'entretien centré sur le vécu du patient n'est pas réalisé systématiquement en fin de placement. Pour autant, le personnel soignant reconnaît son intérêt car il permet d'explicitier au patient les raisons du recours à la mesure et de lui préciser qu'elle n'avait aucun caractère punitif.

A la lecture du fichier informatisé, il apparaît que les CI sont utilisées fréquemment avec des durées d'occupation anormalement longues. Ainsi depuis le début de l'année 2017, on comptabilise 502 jours d'isolement pour 105 patients avec une durée de séjour allant de 10 à 79 jours pour treize patients (hors unité A<sup>19</sup>). Par ailleurs, le taux d'occupation de la CI de l'unité 6 est de 86 % et il est de 75 % à l'unité A. Le taux le plus bas d'occupation concerne l'unité Philia (21 %).

Lorsque la CI est déjà occupée, l'isolement s'effectue dans une autre unité. Une jeune patiente, hétéro-agressive relevant d'une prise en charge dans une structure adaptée, a ainsi été isolée dix fois depuis le début de l'année dans trois unités différentes. Cette pratique constitue une rupture dans son parcours de soins car à chaque transfert, elle n'était plus suivie par l'équipe soignante de son unité d'origine.

Selon les propos recueillis, le recours à l'isolement est décidé en équipe. L'hétéro-agressivité, le risque de passage à l'acte et l'état d'agitation avec un risque élevé de décompensation demeurent les critères principaux. En principe, d'autres alternatives sont auparavant recherchées (les soignants tentent de désamorcer la situation par « *le dialogue et la pacification* ») avant de recourir à cette mesure. Des soignants ont reconnu que lorsqu'ils ne sont pas disponibles pour offrir un temps d'écoute suffisant au patient pour « *endiguer certains problèmes* », la situation se détériore plus rapidement et peut aboutir à un isolement. D'autres ont déploré l'absence de chambre d'apaisement qui pourrait constituer une solution intermédiaire d'autant plus que le passage à l'isolement séquentiel est recherché assez rapidement. Il permet notamment d'évaluer le comportement du patient au moment de la prise des repas dans la salle de restauration commune.

Concernant les patients dont les durées de séjour sont très longues (79 jours, 51 jours, 49 jours), il s'agit essentiellement de patients relevant d'une structure adaptée ou « *de cas figés qui ne sont pas gérables* » en attente d'une place en unité pour malades difficiles (UMD) et pour lesquels les soignants se sentent impuissants.

Pour les patients en soins libres, placés en chambre d'isolement, leur statut d'hospitalisation est transformé en SPPI dans un délai de 12 heures maximum comme le prévoit le protocole. L'établissement a établi une convention avec SOS médecins qui intervient sur place.

### **Recommandation**

*La fréquence de l'isolement dans certaines unités, la durée des placements et le taux élevé d'occupation de ces chambres rendent particulièrement nécessaire la politique de réduction de ces pratiques, prévue par le code de la santé publique.*

#### 8.4.2 Le recours à l'isolement en pédopsychiatrie

En pédopsychiatrie, le placement à l'isolement est questionné en permanence et il fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire. L'équipe soignante a précisé qu'il s'agissait d'un moyen de

<sup>19</sup> Les données ne sont pas exploitables pour cette unité.

protection pour l'enfant (état délirant de persécution, tentative d'autolyse) ou pour protéger les autres enfants. Depuis le début de l'année, vingt mesures ont été décidées et elles ont concerné onze patients. Au cours de l'année 2017, treize mesures ont duré entre 9h50 et 26h. Cinq ont duré entre trois et quatre jours. Pour deux enfants, une mesure a duré vingt-cinq jours et la seconde a été de trente-deux jours. Pour le premier cas, il s'agissait d'un patient autiste adoptant des comportements très violents au contact des autres enfants. Concernant le second cas, l'enfant très agité souffrait d'un délire de persécution. Il a fallu trente jours à l'équipe médicale pour identifier le traitement adapté.

L'isolement séquentiel est rapidement recherché afin de permettre aux enfants de se consacrer à leurs loisirs. Dans certains cas, ils ont également la possibilité d'appeler leurs parents qui sont informés de la mesure.

### 8.5 LE RECOURS A LA CONTENTION EST PEU FREQUENT

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

Comme indiqué auparavant, il n'existe pas de protocole de contention. Le protocole de mise en chambre d'isolement précise « *qu'en cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats en toute sécurité pour le patient en tenant compte de son confort. L'indication de contention est à justifier.* » Les modalités de surveillance décidées par le médecin (constantes vitales, évaluation de l'état de conscience, hydratation, évaluation et prévention des risques thrombo-emboliques, vérifications des points d'appuis, soins d'hygiène) sont identiques dans toutes les unités. Les surveillances sont consignées dans les dossiers des patients. Le passage du personnel infirmier est effectué toutes les trente minutes voire toutes les quinze minutes si l'état clinique du patient le requiert. Il n'est pas systématiquement fait appel aux médecins généralistes de l'USMP pour effectuer l'examen somatique. Bien souvent, il est réalisé par l'interne du service dès lors que le patient ne présente pas de pathologie somatique associée. Il est fait usage d'urinoirs et de bassins lorsque le patient est encore très agité. Les protections (alaises, couches) ne sont pas utilisées. Lorsque le patient est plus calme, le personnel soignant l'accompagne aux sanitaires et profite de l'occasion pour évaluer son comportement et, le cas échéant, retirer les attaches des deux membres inférieurs.

Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir de données chiffrées précises sur le nombre de mesures mais les témoignages recueillis sont concordants : le recours à la contention est rare et il est limité dans la durée (quelques heures). Il concerne en priorité les personnes dont le risque de passage à l'acte auto-agressif est très élevé. A titre d'exemple, une soignante évoquait le cas d'une patiente qui avait tenté d'éviscérer son œil. Cependant, les patients au comportement hétéro-agressif peuvent également être soumis à cette mesure lorsqu'aucun autre traitement ne s'avère être efficace pour les apaiser.

Depuis le début de l'année, sept mises sous contention auraient été décidées dans les unités suivantes : deux à l'unité A, une à l'unité B, deux à l'unité 6, une à l'unité Philia.

Le jour de la visite, une patiente a été contenue durant 19h à l'unité A (cf. § 1.4) après s'être projeté la tête contre les murs à maintes reprises. La mesure a démarré à 13h et a pris fin le lendemain matin à 7h. L'examen somatique a été effectué par le médecin psychiatre et la surveillance infirmière a été réalisée toutes les demi-heures. La patiente a eu les membres inférieurs détachés en début de soirée.

### **Recommandation**

*Bien qu'elle soit peu utilisée au sein du CHS, la pratique de la contention doit faire l'objet d'un protocole et doit être tracée dans un registre.*

A l'unité Horizon, l'équipe soignante peut avoir recours à la contention. Cette mesure est rarement utilisée ; elle constitue, dans tous les cas, une pratique de dernier recours et elle est limitée dans la durée (2 à 3h au maximum). La surveillance infirmière est réalisée toutes les 15 minutes.

### **8.6 LES PRATIQUES RELATIVES A L'ISOLEMENT DANS LES UNITES BONVOL ET UNITED INTERROGENT D'AUTANT PLUS QU'ELLES NE FONT L'OBJET D'AUCUNE TRAçABILITE**

A l'UNITED, selon les informations recueillies par les contrôleurs, les contentions sont exceptionnelles et les mises à l'isolement fréquentes, en moyenne une par jour, pour des durées variant de 5 à 45 minutes. Neuf patients sur dix, lors de la visite des contrôleurs en juin 2017 faisaient l'objet d'une mesure de contention si besoin.

A Bonvol, selon les informations recueillies par les contrôleurs, les contentions sont exceptionnelles et les mises à l'isolement fréquentes – en moyenne une par jour – pour des durées variant de 15 minutes à 6-8 heures.

#### *a) Description des chambres d'apaisement*

A l'UNITED, les deux chambres d'apaisement sont ouvertes en permanence et les patients peuvent s'y rendre d'eux-mêmes. Dans ce cas, la porte n'est pas fermée à clé. En revanche, la chambre est fermée à clé lorsqu'elle est utilisée à l'initiative des soignants pour isoler un patient. La première chambre d'apaisement est utilisée comme chambre d'isolement. Elle est climatisée. Trois matelas sont posés au sol, ce nombre est variable en fonction de l'état du patient. Les fenêtres sont coulissantes sur 10 cm. Elles ne possèdent aucun sanitaire. La seconde chambre d'apaisement n'est pas utilisée pour l'isolement. Elle diffère de la première sur quelques points : elle comporte, outre les matelas au sol, des poufs ; elle n'est pas équipée de téléviseur ; de la musique est constamment diffusée à faible volume. Elle est contiguë à la salle d'activité.

A Bonvol, la pièce appelée chambre de repos, située dans l'aile du rez-de-chaussée réservée au personnel, est utilisée comme chambre d'isolement. Cette pièce est équipée d'un lit médicalisé. Elle comporte un lavabo, un radiateur, une fenêtre coulissante à ouverture limitée (10 cm), un plafonnier commandé par un interrupteur situé dans la pièce, une sonnette d'appel retentissant dans le bureau des infirmiers jouxtant cette pièce, au moins une prise de courant près du sol, un radiateur en fonte non protégé. La porte, équipée d'un oculus, donne directement sur le couloir.

#### *b) Utilisation de la chambre d'apaisement/isolement*

A l'UNITED, quand un patient est placé à l'isolement et que la durée est supérieure à une heure ou quand elle atteint une heure, la venue d'un médecin est demandée. Un registre de contention mis en place début 2017 a été abandonné au bout de quelques semaines ; certaines mentions n'étaient pas remplies : la décision médicale, le nom du médecin, les critères de mise à l'isolement.

A Bonvol, cette chambre est utilisée à la demande de patients qui souhaitent se mettre à l'écart des autres ; elle n'est alors pas fermée. Elle peut également être utilisée à l'initiative des soignants pour isoler un patient en fermant la porte à clé. L'équipe de sécurité est parfois appelée par les soignants pour placer un patient dans cette pièce. Cela a été le cas le 12 juin au matin.

Quand un patient en soins libres est placé dans cette chambre et éventuellement transféré dans une chambre d'isolement d'une autre unité, et que la durée de l'isolement excède 12h, son statut d'hospitalisation est modifié.

Lors de la visite des contrôleurs, deux patients – ceux en SSC – faisaient l'objet d'une décision de mise à l'isolement « si besoin ». Les soignants placent à l'isolement les patients qu'ils n'arrivent pas à contenir verbalement, administrent les médicaments prescrits et si besoin, sortent le patient de l'isolement quand ils l'estiment pertinent. La durée de l'isolement est le plus souvent d'une demi-heure. Aucun médecin n'est informé ni sollicité sauf si la durée de l'isolement est susceptible d'atteindre deux heures ou atteint cette durée. Dans ce cas, le médecin intervient dans un délai variable, en fonction de sa localisation<sup>20</sup> et de l'état du patient qu'il connaît.

Le placement à l'isolement est tracé dans le dossier informatique du patient. Aucun registre conforme à la loi de 2016 n'est rempli. Selon les informations recueillies, l'expérimentation lancée en début d'année 2017, consistant à remplir des tableaux Excel, a été arrêtée, car les colonnes portant sur les décisions médicales n'étaient pas remplies et qu'une tolérance de mise à l'isolement jusqu'à deux heures de temps aurait été validée médicalement.

### **Recommandation**

*La pratique de l'isolement à l'UNITED et à Bonvol doit faire l'objet d'une mise en conformité immédiate sous le contrôle de la direction de l'établissement et de l'ARS.*

## **8.7 LE COMITE D'ETHIQUE EST ENGAGE DANS UNE REFLEXION DYNAMIQUE**

Le comité d'éthique, mis en place en 2010, est présidé par une psychologue clinicienne en fonction au CMP de Pont-à-Mousson. Il comporte vingt-deux membres élus et consultatifs (médecins, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, représentants des associations d'usagers) dont deux sont des médecins, membres de droit désignés par la direction. Cette instance se réunit le premier vendredi de chaque mois. Il peut notamment être saisi par un soignant à titre individuel, une équipe de soignants, la CME ou s'autosaisir sur des thématiques. La question de la sexualité des patients hospitalisés à temps complet n'a pas encore été traitée. En revanche, la question de la liberté d'aller et venir pour les patients dans les services de psychiatrie a fait l'objet d'un avis publié sur le site internet et le site intranet de l'établissement. En 2017, le comité a pour objectif d'engager une réflexion notamment sur la contention au regard de l'évolution des dispositions législatives et la prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel. Il a été indiqué que, dans le cadre de ses missions, des membres du comité se déplaceront dans les services pour répondre aux questionnements des équipes soignantes.

---

<sup>20</sup> Le médecin travaille souvent au CMP.

## 9. LA PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE

L'unité d'hospitalisation et de soins pour adolescents située au pavillon Horizon du CPN a une capacité d'accueil de dix lits dont l'un est réservé exclusivement à une place d'hôpital de nuit.

Elle accueille des adolescents de 12 à 18 ans présentant une symptomatologie aiguë rendant impossible temporairement le soin ambulatoire, avec pour objectif une hospitalisation la plus courte possible (la durée moyenne de séjour est de quinze jours) destinée à évaluer la pathologie pour organiser un suivi le plus individualisé et opérant possible.

Sous l'autorité du médecin psychiatre chef du pôle de pédopsychiatrie et d'un cadre supérieur de santé, l'équipe était composée au jour du contrôle d'un praticien hospitalier psychiatre assisté d'un interne, de seize infirmières, d'un éducateur spécialisé, d'une assistante sociale à mi-temps, d'une psychologue et d'une psychomotricienne, chacune à 0,5 ETP.

L'unité est fermée pour la protection des jeunes hébergés.

Le pavillon est d'ailleurs accessible par un jardinet dans lequel sont disposés une table, des chaises et un panneau de basket-ball. Les adolescents y accèdent facilement après en avoir fait la demande à l'éducateur ou à l'infirmière de service. Le grand hall d'entrée est un lieu de rassemblement où les jeunes jouent au billard, au baby-foot ou à des jeux de société en présence de leurs soignants. Au moment de la visite, les huit chambres individuelles étaient occupées par des mineurs dont le plus jeune était âgé de 12 ans et le plus âgé de 17 ans et demi. Six d'entre eux avaient été hospitalisés à la demande de leurs parents tandis que pour les deux autres, confiés à un foyer éducatif, l'autorisation parentale avait dû être sollicitée par la direction de l'aide sociale à l'enfance. Ainsi, aucun mineur n'avait rejoint l'unité sur décision de justice. L'unique chambre à deux lits était disponible.

Aucune des chambres ne dispose de sanitaires individuels ; trois WC et trois salles d'eau sans baignoire sont communs. Bénéficiant, à fréquence régulière, de réfection de peinture, les chambres de 12 m<sup>2</sup> environ sont claires et meublées, outre du lit et de sa table de chevet, d'un bureau avec une étagère, d'un placard avec penderie et d'une chaise.

Les modalités du séjour sont travaillées avec le jeune et sa famille avant qu'un projet de soins ne soit mis en place dès le début de l'hospitalisation et réévalué chaque semaine, au cours de la réunion de synthèse, au vu des observations cliniques de toute l'équipe. Outre les activités occupationnelles telles le ping-pong, le basket-ball, le baby-foot, des activités thérapeutiques sont prescrites et encadrées par le personnel soignant. L'offre est variée allant de la relaxation à l'expression corporelle, l'art plastique, la musicothérapie et bien sûr le sport ; des sorties en groupe voire même en individuel sont régulièrement organisées.

Une chambre d'isolement appelée chambre de retrait thérapeutique est destinée, suivant un protocole très précis et sur décision médicale, à apaiser ou calmer un jeune dont l'état rend impossible son maintien dans le groupe ; cette pièce meublée d'un lit scellé, accessible par un sas fermé à clé, est éclairée par une grande fenêtre sécurisée ; elle dispose de sanitaires en inox ; l'horloge placée dans le sas n'est pas visible par le jeune quand il est couché. Il a été précisé aux contrôleurs que le temps passé en chambre d'isolement est réduit à la stricte nécessité thérapeutique, avec passage d'un soignant chaque quart d'heure (cf. § 8.4.2). Le lien avec la famille, dont les visites sont autorisées chaque jour à partir de 16h30, est un souci constant de l'équipe qui, telle qu'observée par les contrôleurs, développe une écoute attentive et bienveillante aux jeunes en faisant preuve d'un professionnalisme de grande qualité.

## 10. CONCLUSION

Le centre psychothérapique de Nancy est orienté vers un redéploiement des moyens en ambulatoire dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation des patients. Une politique de regroupement des bâtiments d'hospitalisation et des pôles périphériques sur le site a été engagée depuis quelques années. L'organisation et le fonctionnement sont cloisonnés et axés principalement autour du pôle, voire par unité au sein du pôle du Grand Nancy, avec pour conséquence dans certains domaines, une absence d'homogénéité des pratiques, notamment en ce qui concerne des unités ouvertes dont certaines fonctionnent comme des unités fermées.

Il n'en demeure pas moins que les conditions de vie des patients sont respectueuses et dignes, les soignants témoignant d'une attention bienveillante à l'égard des patients. Bien que les activités thérapeutiques soient nombreuses et diversifiées au sein des pôles ou unités, celles intersectorielles apparaissent insuffisamment développées.

Les droits des patients sont certes notifiés réglementairement, mais ils paraissent souvent accessoires sinon dérisoires à l'équipe soignante, en déficit de formation sur les exigences de la loi.

Les chambres d'isolement sont, à l'exception de l'unité de pédopsychiatrie, fréquemment utilisées, la pratique consistant à passer d'un isolement strict à un isolement séquentiel. Une réflexion portant sur le recours à l'isolement et sa traçabilité s'impose.