



Rapport de visite :

6 au 9 juin 2017 – 1^e visite

Pôles de psychiatrie du centre
hospitalier universitaire de
Reims

(Marne)

SYNTHESE

Trois contrôleurs ont visité le centre hospitalier universitaire de Reims (Marne), du 6 au 9 juin 2017. Il s'agissait d'une première visite. Le rapport de constat a été adressé le 11 janvier 2018 à la directrice générale de cet établissement, l'agence régionale de santé du Grand-Est, le préfet de la Marne, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance de Reims. En raison de la cession de l'autorisation de psychiatrie générale du CHU de Reims à l'établissement public de santé de la Marne le 1^{er} janvier 2018 suite au groupement hospitalier de territoire, les observations quant au contenu du rapport ont été co-signées par les deux directions hospitalières concernées à la date du 20 février 2018 : celles du centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims et de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Marne. Le préfet de la Marne a également communiqué ses observations, en date du 19 février 2018. Elles ont été prises en compte.

A la date de la visite, deux pôles, pleinement intégrés au CHU de Reims, prenaient en charge les patients en psychiatrie : le pôle femme-parents-enfants pour la pédopsychiatrie et le pôle de psychiatrie adulte. Ce dernier est dorénavant rattaché à l'EPSM de la Marne.

L'activité de pédopsychiatrie, dans une maison des adolescents offrant douze lits, concerne rarement des patients hospitalisés sans consentement. L'attention des contrôleurs a été retenue par la prise en charge de patients mineurs souffrant de troubles psychiatriques dans des unités non spécialisées, non adaptées (six enfants étaient pris en charge dans l'hôpital général pour grands enfants lors de la visite, des séjours dans la structure d'urgences psychiatriques pour adultes et dans les chambres d'isolement des unités pour adultes ont été relevés). La capacité d'hospitalisation des mineurs est donc insuffisante.

L'activité de psychiatrie pour adultes concerne une structure d'urgence psychiatrique (SUP) accolée au service d'accueil d'urgence, qui offre quatre chambres et quatre chambres d'isolement, pour des séjours inférieurs à soixante-douze heures. La procédure de placement en soins sans consentement y est initiée mais ne l'est pas de façon systématique, le consentement des patients étant avant tout recherché. L'activité s'effectue aussi dans deux unités de vingt-deux chambres, chaque unité disposant aussi de trois chambres d'isolement intégrées à un espace de soins intensifs.

Les chambres d'isolement nécessitent des aménagements afin de mieux respecter la dignité des malades (bouton d'appel à créer, point d'eau et WC à rendre directement accessibles) et les informations affichées aux malades, tant concernant leurs droits que la vie quotidienne, méritent une plus grande attention.

La majorité des patients en soins sans consentement est hospitalisée sur demande d'un tiers selon la procédure d'urgence. L'étendue des restrictions à la liberté n'a retenu défavorablement l'attention des contrôleurs qu'en ce qui concerne la règle de fermeture de la SUP pour tous les patients.

Le recours à l'isolement et à la contention n'a aucun caractère systématique.

L'implication des instances de contrôle et de concertations a pu être appréciée.

Le personnel du pôle de psychiatrie pour adultes, préparé au rattachement de son activité à l'EPSM de la Marne, s'est montré attentif aux conclusions du contrôle, de même que le personnel du pôle de pédopsychiatrie.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 20**

Un manuel spécifique sur les droits des patients a été élaboré pour les médecins et soignants.
- 2. BONNE PRATIQUE 28**

La remise du règlement intérieur fait partie intégrante de la procédure d'accueil, incluant un temps d'explication quelles que soient les informations dont aurait pu disposer le patient en amont.
- 3. BONNE PRATIQUE 31**

La mise en œuvre des règles concernant l'accès des patients au tabac dans la structure d'urgences psychiatriques est assouplie par l'individualisation des décisions et une réflexion collégiale sur le sujet.
- 4. BONNE PRATIQUE 34**

Les patients disposent de la clé de leur placard et lorsque l'un d'eux la perd, elle est remplacée.
- 5. BONNE PRATIQUE 43**

Le temps d'évaluation au sein de la structure d'urgences psychiatriques (SUP) est mis à profit pour rechercher le consentement des patients admis en urgence.
- 6. BONNE PRATIQUE 56**

La contention physique n'est qu'exceptionnellement pratiquée.

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 28**

Le règlement intérieur de chaque unité doit être accessible en permanence aux patients, au personnel comme aux personnes extérieures. En sus de sa remise au patient lors de son accueil, son accessibilité doit être assurée par affichage.
- 2. RECOMMANDATION 29**

L'élaboration d'un nouveau projet de fonctionnement de la structure d'urgences psychiatriques, fermée, destiné à en élargir les règles d'entrée et de sortie en journée, en tenant compte de l'état du patient, est vivement encouragée.
- 3. RECOMMANDATION 32**

Le port du pyjama d'hôpital ne se justifie pas. Le port d'effets personnels, de jour comme de nuit, doit être systématiquement encouragé.
- 4. RECOMMANDATION 34**

L'équipement sommaire des chambres de la structure des urgences psychiatriques s'oppose à l'allongement des séjours au-delà des 72 heures maximales fixées.

5. RECOMMANDATION 35

Les dépassements de la durée maximale de séjour dans la structure d'urgence doivent conduire au renforcement de l'offre intra et extrahospitalière en aval.

6. RECOMMANDATION 35

La structure d'urgences psychiatriques pour adultes ne doit pas constituer une offre d'hospitalisation pour les patients mineurs, qui doit être assurée autrement à l'issue d'une réflexion sur la capacité d'hospitalisation à plein temps en pédopsychiatrie.

7. RECOMMANDATION 36

La sur occupation des chambres d'isolement de la structure d'urgences psychiatriques, comme de celles des unités d'hospitalisation pour adultes, ne peut dignement se résoudre par l'occupation des chambres d'isolement de la structure d'urgences, ces dernières ayant un équipement insuffisant.

8. RECOMMANDATION 37

Lors de la levée de l'hospitalisation, l'entrée en possession des objets de valeurs mis en dépôt à la trésorerie publique doit être facilitée afin de ne pas constituer une contrainte matérielle pour la personne hospitalisée.

9. RECOMMANDATION 39

L'offre de lecture doit être élargie ; les propositions exprimées en ce sens doivent être encouragées.

10. RECOMMANDATION 40

La vie sexuelle des patients devrait faire l'objet d'une attention plus systématique dans les unités pour adultes.

11. RECOMMANDATION 42

La capacité totale des unités d'hospitalisation ne devrait pas intégrer les chambres d'isolement, tel qu'il est recommandé dans l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 : « La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique. Les espaces d'isolement ne doivent pas être comptabilisés dans les capacités de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation ».

12. RECOMMANDATION 45

Il est regrettable que, malgré la volonté du pôle de développer des activités thérapeutiques, l'absence de pérennité de celles-ci soit liée aux problématiques d'affectation et d'organisation du personnel de soins.

13. RECOMMANDATION 46

Les modalités d'octroi des permissions de sortie pour les patients en soin sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ne doivent pas être assorties d'une condition supplémentaire consistant en l'accord exprès de ce dernier, conformément à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique. En cas d'absence de réponse du préfet, la permission doit être mise en œuvre.

14. RECOMMANDATION 47

Le développement des structures de soins ambulatoires de secteur et de l'offre d'hébergement médico-social adaptée pour les patients hospitalisés en psychiatrie semble indispensable afin de limiter le recours aux hospitalisations de longue durée.

15. RECOMMANDATION48

La distribution des traitements doit respecter la confidentialité des échanges et du soin pour tout patient.

16. RECOMMANDATION49

Le circuit de retour des questionnaires de satisfaction doit être amélioré afin que tout patient puisse rendre son questionnaire de façon anonyme.

17. RECOMMANDATION49

Il serait opportun que les services de psychiatrie aient le soutien d'un organisme externe pour réfléchir aux questions éthiques qui les concernent.

18. RECOMMANDATION55

L'équipement des chambres d'isolement nécessite des modifications afin que tout patient isolé :

- bénéficie d'un accès permanent aux toilettes et à la douche et que l'utilisation de pots de chambre soit proscrite ;
- ait des moyens d'orientation temporelle facilement accessibles (heure, date, nouvelles ou informations...) ;
- soit situé à proximité du bureau des infirmiers ;
- ait accès à un dispositif d'appel en permanence ;
- puisse contrôler le dispositif d'éclairage (pouvant être aussi être réglé de l'extérieur pour permettre la surveillance).

19. RECOMMANDATION56

Les pratiques de contention physique doivent être renseignées dans un registre au même titre que les pratiques d'isolement. A l'issue d'une analyse de ces pratiques, une politique visant à en limiter le recours, doit être mise en œuvre conformément à l'article L.3222-5-1 du code de santé publique.

20. RECOMMANDATION57

L'organisation fonctionnelle et structurelle des unités ne devraient pas engendrer un recours prolongé aux chambres d'isolement. L'équipement des locaux et l'organisation des soins doivent être aménagés afin que les patients puissent bénéficier d'espaces alternatifs aux chambres d'isolement dès lors que leur état clinique ne justifie plus le maintien dans ces chambres spécifiques et spartiates, même ouvertes en journée.

21. RECOMMANDATION58

Le statut d'hospitalisation en soins libres des patients isolés doit être modifié en soins sans consentement dès lors que l'isolement se prolonge.

22. RECOMMANDATION61

Les locaux destinés à la prise en charge de patients en psychiatrie doivent inclure un espace extérieur accessible aux patients qui n'ont pas l'autorisation de sortir de l'hôpital, particulièrement quand les patients sont des enfants.

23. RECOMMANDATION 62

Les règles applicables aux enfants doivent être liées à leur état de minorité et à leur pathologie et non pas aux conditions de leur prise en charge imposées par l'offre de lits d'hospitalisation insuffisante en pédopsychiatrie.

24. RECOMMANDATION 64

La capacité de prise en charge spécialisée des enfants doit être adaptée aux besoins, à ce jour supérieurs à l'offre du centre hospitalier en ce qui concerne la pédopsychiatrie, afin d'éviter le recours à des hospitalisations en service pour adultes ou en service de pédiatrie générale.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	10
2.1 La psychiatrie ne constitue qu'une partie de l'activité du CHU de Reims	10
2.2 L'intervention médicale spécialisée se heurte à un déficit de capacité extra hospitalière pour les adultes et intra hospitalière pour les enfants.....	11
2.3 L'offre de soins psychiatriques dans le département est en cours de réorganisation dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire	14
2.4 Le lien à l'université et l'investissement managérial rendent l'établissement attractif mais la mise en œuvre de la nouvelle organisation territoriale nécessite une attention particulière aux ressources humaines	15
3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	18
3.1 Une part importante des patients admis sans consentement l'est sur demande d'un tiers selon la procédure d'urgence et rares sont ceux admis selon la procédure de péril imminent.....	18
3.2 L'information des patients hospitalisés sans leur consentement est incomplète et insuffisamment diffusée	18
3.3 Les soignants connaissent les droits des patients hospitalisés sans consentement	19
3.4 Les réclamations sont rares mais l'information délivrée est trop limitée	20
3.5 Rares sont les personnes de confiance désignées par les patients	20
3.6 L'exercice du droit de vote par les patients ne fait l'objet d'aucune information	21
3.7 L'exercice des cultes ne fait pas l'objet d'une information suffisamment accessible	21
3.8 Les patients nécessitant une protection judiciaire sont repérés.....	21
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	23
4.1 La procédure en place est attentive à la notification des mesures mais néglige la traçabilité des observations des patients et des notifications momentanément impossibles.....	23
4.2 La commission départementale des soins psychiatriques se rend dans l'établissement deux fois par an	24
4.3 Les registres de la loi sont bien tenus	24
4.4 Le juge des libertés et de la détention tient une seule audience chaque semaine au sein de l'hôpital, dans de bonnes conditions.....	25

4.5	Le collège des professionnels de santé reçoit les patients avant de rendre son avis	27
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	28
5.1	Un règlement intérieur est accessible dans chaque unité	28
5.2	Les règles de fonctionnement des unités sont adaptées aux patients accueillis ..	28
5.3	La circulation n'est qu'exceptionnellement limitée	28
5.4	Les contraintes sont réduites.....	30
5.5	Les patients peuvent communiquer avec leurs proches librement	32
6.	LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE.....	34
6.1	Les chambres sont équipées conformément aux besoins des personnes, sous réserve que le séjour reste bref dans la SUP	34
6.2	Les sur occupations se règlent inopportunément	35
6.3	Les biens du patient sont protégés, mais la procédure de récupération à l'issue de l'hospitalisation est contraignante	36
6.4	L'hygiène est facilitée.....	37
6.5	Des espaces extérieurs sont accessibles.....	37
6.6	Les lieux de restauration sont conviviaux et l'alimentation de qualité.....	38
6.7	Des activités de loisirs sont accessibles, mais en nombre insuffisant	39
6.8	La vie sexuelle pourrait être mieux prise en compte.....	39
7.	LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DANS LE POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE	41
7.1	La prise en charge individualisée des patients fonctionne avec un dispositif d'hospitalisation souvent saturé.....	41
7.2	Les soins somatiques sont assurés, malgré l'absence de médecin généraliste affecté	47
7.3	Les modalités de distribution des traitements ne respectent pas la confidentialité	48
7.4	La qualité de la prise en charge repose sur des instances dynamiques	48
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	51
8.1	La gestion de la sécurité et des incendies nécessite quelques clarifications de procédure.....	51
8.2	Malgré le faible recours à la contention et a l'isolement continu, les conditions matérielles d'isolement doivent être améliorées.....	52
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	60
9.1	Les personnes détenues ne sont pas dirigées vers le pôle de psychiatrie de l'établissement.....	60
9.2	La capacité d'accueil de la pédopsychiatrie, qui offre une prise en charge de qualité, est inférieure aux besoins.....	60
10.	AMBIANCE GENERALE	67

Rapport

Contrôleurs :

- Fabienne Viton ; cheffe de mission,
- Virginie Brulet ; contrôleure,
- Michel Clémot ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier universitaire de Reims (Marne) du 6 au 9 juin 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 juin 2017 à 16h. Ils l'ont quitté le 9 juin à 14h. Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice générale. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le président du conseil de surveillance, maire de Reims, le président de la commission médicale de l'établissement (CME), la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints, des chefs de pôle et de secteur, des cadres de santé, le représentant d'une organisation professionnelle et le vice-président de la commission des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du département de la Marne.

Les contrôleurs se sont entretenus avec le président du conseil de surveillance de l'établissement à l'issue de la réunion de présentation. Par ailleurs, ils ont été reçus par le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Reims et son adjoint, et ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Ils ont également rencontré des avocats.

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

Une salle de travail, équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet, a été mise à la disposition des contrôleurs. Tous les documents demandés par l'équipe ont été fournis et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu 9 juin 2017 en présence du directeur, de ses adjoints, des chefs de pôle et de secteur, des cadres de santé.

2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA PSYCHIATRIE NE CONSTITUE QU'UNE PARTIE DE L'ACTIVITE DU CHU DE REIMS

Le CHU de Reims regroupe huit établissements implantés sur plusieurs sites. Le site principal, situé à 4 km au Sud du centre de la ville, comprend :

- l'hôpital Robert Debré, bâtiment monobloc inauguré en janvier 1976 ;
- l'hôpital Maison Blanche, construit en 1935, caractérisé par ses constructions pavillonnaires en briques rouges ;
- l'American Memorial Hospital, inauguré en 1925 et construit grâce au financement d'une fondation américaine, composé de deux bâtiments : l'un pour les services de médecine pédiatrique et l'autre pour ceux de chirurgie pédiatrique.

D'autres établissements sont répartis dans la ville de Reims (l'hôpital Sébastopol, les résidences pour personnes âgées).

Une ligne de tramway et plusieurs lignes de bus desservent l'hôpital qui dispose également d'emplacements de parking réservés aux visiteurs.

En 2015, le CHU comptait 2 365 lits, dont 70 (soit moins de 3 %) consacrés à l'activité de psychiatrie, répartis entre :

- un pôle de psychiatrie adulte disposant de cinquante lits dans deux unités (unité 1, unité 2) et de huit lits d'urgence dans une structure d'urgences psychiatriques (SUP) ;
- un pôle « femme-parents-enfant » (FPE) regroupant la gynécologie-obstétrique, la médecine néonatale et les soins intensifs pédiatriques, la pédiatrie générale et spécialisée, la chirurgie pédiatrique, et le service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent disposant de douze lits dans une maison des adolescents (MDA) ouverte en 2005.



Vue aérienne du CHU

2.2 L'INTERVENTION MEDICALE SPECIALISEE SE HEURTE A UN DEFICIT DE CAPACITE EXTRA HOSPITALIERE POUR LES ADULTES ET INTRA HOSPITALIERE POUR LES ENFANTS

2.2.1 La politique intra/extra hospitalière

a) La psychiatrie adulte

Le secteur de psychiatrie générale, 51 G 10, placé sous la responsabilité d'un professeur des universités, praticien hospitalier, constitue un pôle d'activité au sein du CHU : le pôle de psychiatrie adulte.

Outre les deux unités et la SUP pour l'intrahospitalier, la prise en charge s'effectue en extra hospitalier dans le centre médico-psychologique (CMP) Maupassant et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) de la Clinique de Champagne, situés dans le centre de la ville de Reims.

Une équipe mobile de géronto-psychiatrie assure par ailleurs la prise en charge ambulatoire et le suivi au long cours des sujets âgés présentant des troubles psychiques, que ces troubles soient liés ou non au vieillissement, et des patients âgés souffrant de troubles de l'adaptation secondaires à une orientation vers un établissement pour personnes âgées. Après des difficultés internes en 2016, une nouvelle équipe est en cours de constitution à la date de la visite.

Une équipe de psychiatrie de liaison permet d'apporter une aide diagnostique et thérapeutique auprès de l'ensemble des services du CHU qui assurent des soins somatiques aux patients souffrant d'un trouble psychiatrique.

Une unité de thérapie familiale accueille des familles confrontées à des problèmes centrés ou non sur la pathologie mentale d'un des membres du groupe familial, en abordant le fonctionnement du système familial et de ses modalités relationnelles.

En 2016, le pôle de psychiatrie adulte a pris en charge une file active globale de 2 767 patients (dont 1 238 soit 44,7 % à la SUP) pour plus de 21 000 actes réalisés en ambulatoire (dont 1 587 soit 7 % à la SUP).

De 2014 à 2016 au sein du pôle, il s'est agi successivement de 16 633, puis 17 323 et 17 836 journées d'hospitalisation ; le taux d'occupation des lits pour adultes a été de 78,6 %, 82,1 % et 84,1 % au cours des mêmes années de référence, témoignant d'une activité en hausse.

Le projet de développement des soins ambulatoires, notamment la création d'hôpitaux de jour et le développement d'une équipe mobile intersectorielle pour la gestion des situations de crise est envisagé par le groupement hospitalier de territoire (GHT, cf. § 2.3) et devrait répondre, en partie, au problème d'insuffisance de places d'hospitalisation en diminuant le recours à celles-ci.

L'insuffisance de structures médico-sociales pour accueillir certains patients à la sortie de leur hospitalisation a été déplorée. Ce problème contribue au taux d'occupation important des unités d'hospitalisation, la part de patients hospitalisés à la date de la visite et pouvant relever de ce type de structures étant évalué à au moins 20 % par le personnel hospitalier.

b) La pédopsychiatrie

Le secteur de pédopsychiatrie, 51 I 03, placé également sous la responsabilité d'un professeur des universités, praticien hospitalier, dispose de davantage de structures extra hospitalières que la psychiatrie adulte : quatre CMP (Les promenades à Fismes, Les tournesols et Charles Perrault à Reims, le dernier au sein de l'hôpital Robert Debré) un CATTP à la Clinique de Champagne depuis septembre 2016, un accueil familial thérapeutique (AFT) de cinq places, une structure

médico-sociale à vocation régionale assurant une mission de diagnostic et d'évaluation de l'autisme dite Centre de ressources autisme (CRA).

L'intrahospitalier se compose de vingt-trois places d'hospitalisation de jour et de douze lits d'hospitalisation à temps plein (MDA).

Il s'agit d'une offre dynamisée par les politiques publiques de développement de l'extra hospitalier, mais insuffisante en hospitalisation à temps plein (cf. § 9.2.3).

Dans ce contexte, une activité de pédopsychiatrie de liaison est organisée au sein de l'hôpital, disposant d'un mi-temps d'infirmière diplômée d'Etat (IDE), d'un médecin senior responsable, d'un interne. Si cette équipe prend en charge tous les mineurs hospitalisés dans les autres unités que la MDA, il a été admis que la prise en charge des mineurs souffrant de pathologies psychiatriques en service de pédiatrie n'était pas pleinement satisfaisante. Dans son projet de pôle 2016-2020, le FPE envisage également de renforcer la prise en charge des adolescents en crise suicidaire par la création de cinq places d'hôpital de jour.

En 2016, une file active globale de 3 020 patients a été accueillie, pour près de 30 000 actes réalisés en ambulatoire. L'hospitalisation à temps plein au sein de la MDA a quant à elle comptabilisé 248 séjours, concernant cinquante et un patients (contre 285 séjours en 2015 et 297 séjours en 2014).

Qu'il s'agisse de psychiatrie pour adultes ou infanto-juvénile, le constat est celui d'une activité extra et intra hospitalière à renforcer mais aussi de la mobilité des équipes, dont la présence est organisée hors la spécialité psychiatrique. Déjà ouvert sur l'extérieur, l'hôpital psychiatrique disposerait ainsi d'une organisation renforçant sa capacité à participer à la politique de détection des pathologies débutantes.

2.2.2 Répartition des unités d'hospitalisation

a) Les urgences psychiatriques pour adultes

La SUP, disposant pour des adultes de huit lits dont quatre en chambre d'isolement, est accolée au service d'accueil des urgences (SAU), où un examen somatique et psychiatrique préalable est réalisé avant l'admission du patient dans la SUP, prononcée par le médecin-psychiatre de la SUP après évaluation par le médecin psychiatre du SAU.

Unité d'hospitalisation temporaire, à vocation intersectorielle, sa fonction est d'accueillir les patients afin de compléter leur bilan clinique, de préparer une hospitalisation dans de bonnes conditions, d'aider à la résolution d'une crise afin d'éviter dans la mesure du possible une hospitalisation psychiatrique plus longue. Elle permet une évaluation, des soins, et, le cas échéant, une prise en charge extra ou intrahospitalière selon la sectorisation. Elle n'est pas habilitée à recevoir les personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDR) ni celles admises en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (ASPDT). Une fois leurs dossiers médicaux administratifs complets, ces patients doivent être transférés sans délai dans leur secteur de rattachement afin de permettre aux médecins qui les auront en charge la rédaction du certificat obligatoire des 24 heures.

La durée du séjour est de soixante-douze heures maximum. Il s'agit d'une unité fermée, quel que soit le statut juridique à venir de l'hospitalisation (cf. § 5.3.2).

En 2016, la SUP a fait face à 1 237 séjours, concernant 947 patients issus tant de Reims, de la Marne, des départements limitrophes tels que l'Aisne et les Ardennes que de résidences plus éloignées, attirés par le rayonnement économique et touristique de la ville de Reims. Lors de la

visite, elle a hébergé jusqu'à quatre patients. Hors les lits spécifiques en chambre d'isolement, le taux d'occupation était de 100 %.

A vocation intersectorielle mais formant une partie de l'offre du secteur 51 G 10, elle est destinée à être détachée du CHU à l'issue de la mise en place du GHT et à rejoindre l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM) dont le siège se situe à Châlons-en-Champagne.

b) Les deux unités d'hospitalisation pour adultes

Le secteur 51 G 10 correspond également à deux unités d'hospitalisation spécialisées en psychiatrie (les unités 1 et 2) de vingt-deux lits chacune, comprenant en outre chacune trois chambres de soins intensifs correspondant à des chambres d'isolement, soit cinquante lits.

Elles accueillent des patients du secteur souffrant de toute pathologie psychiatrique (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles graves de la personnalité, troubles addictifs ou anxieux). Les personnes accueillies peuvent être en soins libres ou contraints ; leur prise en charge est marquée par trois étapes (phase aiguë, phase de stabilisation, projet de vie). Il s'agit d'unités ouvertes, sauf secteurs de soins intensifs, fermés.

En 2016, les deux unités d'hospitalisation ont géré 496 séjours, concernant 410 patients. Lors de la visite, elles hébergeaient chacune vingt-quatre patients.

Ces deux unités basculeront également sous l'autorité de l'EPSMM le 1^{er} janvier 2018.

c) La maison des adolescents

L'intégration du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le pôle FPE date de 2008, confirmé dans la perspective du rattachement de la psychiatrie adulte à l'EPSMM.

L'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie, offrant douze lits, bâtie sur le concept de maison des adolescents (MDA), accueille les patients âgés de 12 à 18 ans de l'ensemble de l'ex-région Champagne-Ardenne. Le besoin en a été exprimé dans les années 1990, validé par l'agence régionale de l'hospitalisation en 1999 ; le bâtiment a été conçu au début des années 2000 et inauguré en novembre 2005.

L'objectif principal est de proposer une prise en charge intensive en milieu spécialisé à des adolescents montrant de graves signes de souffrance psychique et nécessitant pour un temps une prise en charge permanente. Il s'agit d'une unité fermée.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique que cette unité est ouverte et n'est fermée que pour des raisons tenant à la situation clinique d'un ou plusieurs adolescents accueillis et afin de protéger ces derniers, sur décision de son responsable médical.

Y sont pris en charge tous les types de pathologies, après une décision d'admission préparée en amont. Le délai d'attente étant d'environ deux mois, la MDA ne reçoit presque exclusivement des hospitalisations programmées.

En 2016, la MDA a pris en charge 248 séjours, concernant cinquante et un patients. Lors de la visite, douze patients étaient présents.

2.2.3 Le budget

Devant faire face à des charges importantes d'investissement immobilier et de personnel, le CHU est endetté. La reconstruction de plusieurs structures du CHU, validée en 2015, représente un investissement de 410,2 millions d'euros de 2015 à 2028.

Malgré ces pesanteurs budgétaires, les indications recueillies dans le rapport d'activité de 2015 font apparaître que « *la situation financière est saine grâce aux efforts de tous* » : la marge brute avait, à cette époque, augmenté à un rythme soutenu grâce à une hausse de la rémunération de l'activité de soins et à une croissance maîtrisée des charges en personnel.

Dans ce contexte, la psychiatrie représente un poste déficitaire d'environ 400 000 euros par rapport à la dotation annuelle de financement (DAF). Bénéficiant pleinement de son intégration dans le CHU, cette perte est compensée par les activités de médecine, chirurgie, obstétrique. Il a été précisé que la psychiatrie bénéficiait depuis 2016 d'une attention particulière des pouvoirs publics et avait vu sa dotation globale augmenter, quoiqu'encore insuffisante.

2.3 L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE DEPARTEMENT EST EN COURS DE REORGANISATION DANS LE CADRE D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Pour les adultes, l'offre de soins psychiatriques dans le département de la Marne est organisée en neuf secteurs : le secteur 51 G 10 couvre une partie de la commune de Reims et est rattaché au centre hospitalier universitaire de Reims (CHU) ; les huit autres secteurs – dont une partie de la commune rémoise et l'agglomération – sont rattachés à l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM), sis à Châlons-en-Champagne. L'EPSMM dispose de locaux à Reims, la clinique Henri Ey, à proximité immédiate du CHU, permettant l'hospitalisation des patients rémois.

Le département se heurte à la pénurie de psychiatres, tant dans l'intra que dans l'extra hospitalier. Selon les informations recueillies, il manquerait 110 psychiatres en Champagne-Ardenne par rapport à la moyenne nationale. Toutefois, le CHU de Reims, en bénéficiant de la dynamique propre à la commune rémoise mais aussi du lien institutionnel étroit avec l'unité de formation et de recherches de médecine de l'université, est dans une situation favorable.

Pour les enfants, l'offre de soins pédopsychiatriques départementale est organisée en trois secteurs. Le CHU de Reims a la responsabilité du secteur Marne-Nord – en précisant toutefois que la maison des adolescents (MDA), structure d'hospitalisation à temps plein, a une vocation intersectorielle régionale – pendant que l'EPSMM a celle du secteur Marne-Sud et le secteur de Châlons-en-Champagne et Vitry-le-François. Seul le CHU de Reims offre une possibilité d'hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie, l'EPSMM n'en disposant pas. Cette répartition ne sera pas concernée par la réorganisation issue du GHT.

Le ressort départemental présente d'autres structures médicales et médico-sociales, parfois privées, vers lesquelles certains patients accueillis aux urgences demandent à être redirigés.

Un groupement hospitalier de territoire (GHT), dit de Champagne, a été créé le 29 juin 2016 par la signature d'une convention entre huit établissements de Champagne et du Sud du département des Ardennes : le CHU de Reims, l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM), le centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, le centre hospitalier Auban-Moët d'Épernay, le groupe hospitalier Sud-Ardenne de Rethel-Vouziers, le centre hospitalier de Fismes, le centre hospitalier Argonne de Sainte-Menehould, le centre hospitalier de Montmirail ainsi que six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le CHU de Reims en est l'établissement support et sa directrice générale, la présidente. La convention porte notamment sur la volonté de créer une filière femme-enfant et une filière psychiatrie, en valorisant le maillage territorial existant et en tenant compte des caractéristiques de la population et de la démographie médicale.

Dans ce cadre, l'activité de psychiatrie pour adultes, dévolue au CHU de Reims lors de la visite du Contrôle général, est transférée au 1^{er} janvier 2018 à l'EPSMM ; l'activité de pédopsychiatrie est maintenue au sein du pôle FPE du CHU et sera hébergée, à terme, au même titre que les autres activités de pédiatrie, au sein de l'American Memorial Hospital en cours de rénovation.

2.4 LE LIEN A L'UNIVERSITE ET L'INVESTISSEMENT MANAGERIAL RENDENT L'ETABLISSEMENT ATTRACTIF MAIS LA MISE EN ŒUVRE DE LA NOUVELLE ORGANISATION TERRITORIALE NECESSITE UNE ATTENTION PARTICULIERE AUX RESSOURCES HUMAINES

a) Le personnel médical

Selon les informations recueillies dans les rapports d'activité de 2015 et de 2016, le pôle de psychiatrie adulte disposait de 11,09 équivalents temps plein (ETP) de médecins seniors en 2015 mais 9,51 ETP en 2016 ; les postes offerts aux internes représentaient 9,5 ETP en 2015 puis 8,17 ETP en 2016. Les ressources consacrées au personnel médical se caractérisent par la disparition d'un ETP tant chez les médecins seniors que chez les internes, ainsi que par un nombre presque égal de seniors et d'internes.

De l'activité universitaire, de recherche et de formation découle la présence continue dans les services d'internes de spécialité en psychiatrie, parfois d'interne de médecine générale, d'externes en médecine (étudiants du second cycle des études médicales) et d'externes en pharmacie (étudiants de pharmacie en cinquième année). Elle sera maintenue lors du rattachement du pôle de psychiatrie adulte à l'EPSMM.

Le pôle femme-parents-enfants – qui regroupe l'ensemble de l'activité pédiatrique, psychiatrie inclus – recensait 53,04 ETP de médecins seniors en 2015 mais 56,12 ETP en 2016 ; les postes offerts aux internes représentaient 44,9 ETP en 2015 puis 45,21 ETP en 2016. Outre la hausse des ressources consacrées au personnel médical du pôle FPE, la proportion de postes offerts à des internes est là aussi importante à 44,44 %.

En ce qui concerne plus précisément le personnel médical spécialisé dédié aux unités d'hospitalisation psychiatrique lors du contrôle, on relève :

- un praticien hospitalier psychiatre intervient dans chaque unité (unité 1, unité 2, SUP), voire deux praticiens couvrent 1,2 ETP (MDA) ;
- chaque unité dispose de deux internes.

La présence médicale spécialisée est assurée du lundi au vendredi sans discontinuer, sur onze demi-journées dans les unités pour adultes, douze demi-journées à la MDA. Pour assurer sa mission de liaison et d'évaluation, la SUP bénéficie de la présence d'un à quatre psychiatres, en journée, du lundi au vendredi, soit vingt et une demi-journées. Le soir et les week-ends la prise en charge médicale est assurée par les internes en psychiatrie, épaulés en cas de besoin par un médecin psychiatre senior d'astreinte à domicile. La présence des internes gomme le nombre insuffisant de médecins seniors, notamment dans les unités 1 et 2 (un seul médecin psychiatre à temps plein par unité) et sur les temps d'astreinte de nuit et de week-end.

Les contrôleurs n'ont pas rencontré de difficulté pour s'entretenir avec les médecins, présents dans les unités d'hospitalisation et accessibles aux patients, ainsi que ces derniers l'ont volontiers confirmé.

b) Le personnel non médical

Selon les informations recueillies dans les rapports d'activité de 2015 et de 2016, les pôles disposent de ressources humaines non médicales globalement stables (en ETP) :

		Encadrement	Infirmiers	Aides-soignants, Agents des services hospitaliers	Administratifs	Autres
Pôle de psychiatrie adulte	2015	4	47,71	27,15	6,30	8,50
	2016	3,70	47,74	28,85	6,30	7,09
Pôle Femme- parents- enfant	2015	15,94	277,48	171,91	48,36	32,91
	2016	15,48	280,96	172,50	50,45	32,69

Dans chaque unité d'hospitalisation visitée a été relevé :

- la présence d'un cadre de santé ;
- des équipes d'infirmiers au complet, sauf 0,20 ETP non couvert à la SUP et 1,6 ETP non couvert à la MDA ;
- des équipes d'aides-soignants et agents des services hospitaliers (ASH) complètes, sauf 0,2 ETP dans les unités 1 et 2 ainsi que 0,7 ETP à la SUP.

Doit être relevée l'affectation de chaque catégorie de personnel au sein du pôle et non pas dans les unités d'hospitalisation. Les plannings sont prévus unité par unité, sans difficulté particulière eu égard au taux de couverture favorable des postes. La mutualisation des ressources est effective pour couvrir une absence durable dans une unité du pôle et pour octroyer les congés, favorisant une culture commune de pôle.

Seule la couverture des postes d'assistants sociaux présente une vacance remarquable, les trois postes des unités 1, 2 et MDA n'étant couverts qu'à moitié des ETP prévus, sans toutefois entraîner des difficultés à ce jour.

c) La gestion des ressources humaines

Des formations sont offertes à tous les agents, facilitées par l'absence de difficulté manifeste à couvrir les postes et par la stabilité du personnel.

Conformément aux orientations du service, le pôle de psychiatrie adulte propose en 2017, comme en 2016, des temps de formation en vue de :

- développer, maintenir, actualiser et compétences spécifiques en psychiatrie ;
- améliorer la prise en charge des patients et des familles.

Les agents eux-mêmes participent à la construction de l'offre, ainsi qu'en témoignent les formations prévues à leur demande en 2016, intitulées « deuil normal et deuil pathologique », « les nouveaux antipsychotiques », « pervers narcissiques », « soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) (législation) ». Il convient de noter qu'il n'est pas prévu de formation sur l'isolement et la contention.

Des réunions de service, animées par le cadre de santé, en présence parfois du personnel médical, ont lieu de façon régulière et constituent un lieu d'expression de toutes les catégories d'agents. Une telle réunion, le 7 juin 2017 dans une unité, a par exemple permis à un agent de partager avec l'équipe sa réflexion sur une formation suivie récemment, puis d'aborder collectivement les questions du tabac, de la circulation des patients en soins libres, de l'offre d'activités, de la durée optimale d'accueil des patients eu égard aux conditions de prise en charge, du GHT avec le rattachement à l'EPSM de la Marne. Une synthèse de la réunion a été élaborée sur-le-champ, affichée dans la salle.

La mise en œuvre du GHT au 1^{er} janvier 2018 a fait et continue à faire l'objet d'un accompagnement des différentes catégories de personnel, à qui le choix a été donné d'une mutation ou d'une mise à disposition à l'EPSM de la Marne, outre la possibilité de rejoindre un service d'une autre spécialité au sein du CHU. Sur vingt-cinq membres du personnel non médical à la SUP, quatre ont demandé leur mutation à l'EPSM, les autres ont demandé une mise à disposition. En sus de la question du transfert du pôle de psychiatrie adulte au sein d'une entité administrative différente, l'organisation du travail à l'EPSM de la Marne modifiera les contraintes de service des fins de semaine : les agents des unités 1 et 2 effectuent actuellement un week-end de travail sur quatre, contre un sur deux à l'EPSM. Des réunions sont organisées tous les trois mois à ce sujet par la direction générale de l'établissement.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 UNE PART IMPORTANTE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT L'EST SUR DEMANDE D'UN TIERS SELON LA PROCEDURE D'URGENCE ET RARES SONT CEUX ADMIS SELON LA PROCEDURE DE PERIL IMMINENT

Entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2017 (soit deux ans et trois mois), 176 hommes et femmes ont été admis sans consentement : 23 sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE - soit 13,07 %), 22 à la demande d'un tiers (ASPDT - soit 12,5 %), 119 à la demande d'un tiers en urgence (ASPDT/U - soit 67,61 %) et 12 en péril imminent (ASPPI - soit 6,82 %).

Lors de la visite, parmi les quarante-huit patients majeurs hospitalisés, seize étaient admis sans consentement (huit à l'unité 1 et huit à l'unité 2) : cinq en SPDRE, cinq en SPDT, quatre en SPDT/U et deux en SPPI.

Ainsi, une part importante des admissions s'effectue selon la procédure d'urgence avec un tiers demandeur et un seul certificat médical. Cette situation s'explique par le rattachement du secteur 51 G 10 au CHU de Reims : les personnes qui se présentent au service d'accueil d'urgence (SAU) sont examinées par un médecin urgentiste puis évaluées au SAU ou à la structure des urgences psychiatriques (SUP) ; les différents médecins appartenant tous au CHU, le 2^{ème} certificat médical ne peut ainsi pas être établi. Selon les informations recueillies, SOS Médecins pourrait désormais intervenir et permettre une admission classique, avec deux certificats ; le bilan du premier trimestre 2017 montre cependant que le taux de recours à la procédure d'urgence reste fort (huit ASPDT/U, trois ASPPI et seulement trois ASPDT).

Le recours à la procédure de péril imminent, sans demande d'un tiers, est réduit aux seuls cas pour lesquels aucun tiers n'a pas pu être contacté. La SUP est chargée de rechercher le tiers et, en cas d'impossibilité, atteste de ces démarches par certificat. Lors de la visite, tel était notamment le cas d'un homme admis lors d'un voyage pathologique à Reims, dont le parcours n'a pu être reconstitué que longtemps après son admission.

Bonne pratique

La traçabilité des démarches effectuées pour rechercher un tiers avant de se résoudre à prononcer une admission en soins psychiatriques en péril imminent permet de s'assurer que le recours à cette procédure dérogatoire est justifié.

Il convient de noter qu'aucun patient n'est hospitalisé à temps partiel, avec un programme de soins. Toutes les personnes faisant l'objet d'un programme de soins sont hébergées en dehors de l'hôpital. (cf. § 7.1.4.)

Lors de la visite, les douze mineurs accueillis à la maison des adolescents étaient placés à la demande de leurs parents et aucun ne l'était à la suite d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) du juge des enfants (cf. § 9.2.).

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT EST INCOMPLETE ET INSUFFISAMMENT DIFFUSEE

A l'arrivée dans l'unité, les patients sont informés de leur statut et de leurs droits par le médecin, le cadre de santé ou l'infirmier qui les reçoivent. Ces droits, qui sont ceux cités à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, figurent sur le document remis.

Le livret d'accueil remis lors de l'admission est celui du CHU. Sa consultation montre qu'il n'est pas adapté aux particularités des soins psychiatriques mais vise essentiellement les patients hospitalisés pour des soins somatiques (notamment, par exemple, s'agissant des règles de location d'un téléviseur ou de l'accès au téléphone). Rien n'aborde le rôle du juge des libertés et de la détention, celui de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), celui du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Aucune adresse pour les saisir n'y figure ; il a été précisé que le patient ne portait pas l'adresse sur l'enveloppe mais que le secrétariat de l'unité s'en chargeait alors.

Aucun livret complémentaire n'existe.

Recommandation

Un livret d'accueil adapté aux personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, éventuellement en complément de celui du CHU, doit être élaboré et remis à chaque entrant.

Le règlement intérieur est distribué à chaque entrant dans les deux unités d'adultes.

Dans les deux unités pour adultes, aucun tableau d'affichage ne fournit d'informations pratiques facilement consultables. Seul, le menu de la semaine est placardé sur la porte d'entrée de la salle à manger ; lors de la visite, une affiche annonçant la visite des contrôleurs y était également apposée. Toutefois, le règlement intérieur est affiché dans un salon, à la structure des urgences psychiatriques et, à la fin de la visite, celui des unités d'adultes l'était à l'unité 1.

Dans le hall d'entrée commun aux deux unités, les seules informations affichées portaient : sur l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques) avec un numéro de téléphone (en partie dissimulé par une plante verte), sur la recherche de places en maison de retraite, sur les indicateurs de lutte contre les maladies nosocomiales, sur l'accueil des femmes victimes de violences conjugales, sur le centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) et sur l'annonce d'une conférence débat traitant des « *traumatismes et troubles du comportement alimentaire* » tenue à Reims... le mois précédent.

Rien ne présente le rôle de la personne de confiance (cf. § 3.5), l'exercice du droit de vote alors que les élections présidentielles avaient eu lieu peu avant et que les élections législatives allaient se dérouler (cf. § 3.6), la possibilité d'accéder à un aumônier de son culte (cf. § 3.7), le rôle de la CDSP (cf. § 4.2), la possibilité de déposer une réclamation ou de contacter le représentant des usagers (cf. § 3.4). Le tableau avec la liste des avocats du barreau de Reims n'est apposé à aucun endroit (cf. § 4.4).

Recommandation

Un tableau d'affichage avec des informations pratiques à l'usage des patients devrait être mis en place dans chaque unité.

3.3 LES SOIGNANTS CONNAISSENT LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISÉS SANS CONSENTEMENT

Les soignants ont été sensibilisés aux droits des patients et une attention a manifestement été portée à cet aspect.

Un classeur contenant des fiches sur différents volets de la procédure relative aux soins sans consentement a été élaboré au sein de l'établissement et un exemplaire est conservé à la disposition des soignants dans les secrétariats des unités. Un autre document, plus opérationnel, avec des modèles correspondants aux différentes situations, est rangé dans le bureau des infirmiers et leur est ainsi facilement accessible. Des formations ont également été organisées.

Par ailleurs, les soignants accompagnent les patients lors des audiences devant le JLD et sont présents dans la salle, ce qui leur donne une connaissance concrète de la procédure et leur permet de mieux expliquer le rôle de ce magistrat.

Les contrôleurs ont toutefois constaté que le mode de saisine des avocats n'était pas connu par tous les soignants, certains ignorant le rôle joué dans ce domaine par le bureau des entrées et le greffe du JLD.

Bonne pratique

Un manuel spécifique sur les droits des patients a été élaboré pour les médecins et soignants.

3.4 LES RECLAMATIONS SONT RARES MAIS L'INFORMATION DELIVREE EST TROP LIMITEE

Les réclamations sont rares : deux seulement en 2016.

La procédure est présentée dans le livret d'accueil du CHU mais aucune autre information n'existe dans les unités (cf. § 3.2). Les soignants ont indiqué être prêts à aider les personnes voulant transmettre une réclamation ou déposer une plainte auprès de la police.

La commission des usagers du CHU, qui se tient de façon mensuelle sur divers thèmes, est notamment informée de tous les courriers de réclamation. La création d'un comité de retour d'expérience (CREX) spécifique pour les plaintes et réclamations était en projet au moment de la visite. La commission est apparue active et les représentants des usagers sont bien intégrés et écoutés. Leur existence est abordée dans le livret d'accueil mais aucune information pratique n'est délivrée au sein des unités pour rappeler leur existence et permettre de les contacter facilement.

3.5 RARES SONT LES PERSONNES DE CONFIANCE DESIGNEES PAR LES PATIENTS

Le rôle de la personne de confiance, présenté dans le livret d'accueil du CHU, est expliqué aux patients, à leur arrivée dans les unités. Un petit dépliant leur est remis, qui en traite au travers de quelques questions : « *une personne de confiance pour faire quoi ?* » ; « *qui peut être personne de confiance ?* » ; « *quand peut-on désigner une personne de confiance ?* » ; « *comment désigner une personne de confiance ?* » ; « *quelle différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir ?* ».

Malgré cela, les patients n'en désignent que très rarement : lors de la visite, aucune dans les unités 1 et 2 et une parmi les patients se trouvant alors à la structure des urgences psychiatriques (SUP).

Le rôle de la personne de confiance n'est pas toujours bien compris et la différence avec la personne à prévenir n'est pas toujours claire pour les patients. Les contrôleurs ont constaté qu'il en était de même pour plusieurs soignants.

Recommandation

L'information relative à la personne de confiance, effectuée à l'arrivée, devrait être renouvelée quelque temps après. Une campagne de sensibilisation, tant à l'égard des patients que des soignants, devrait être menée pour permettre une meilleure compréhension.

3.6 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE PAR LES PATIENTS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE INFORMATION

Aucune information sur l'exercice du droit de vote et les possibilités offertes aux patients hospitalisés n'a été mise en place. Le livret d'accueil de l'hôpital n'aborde pas ce sujet et aucun affichage dans les unités n'en indique les modalités pratiques pour des personnes hospitalisées pour des soins psychiatriques.

Aucune organisation n'a été prévue pour que les patients puissent établir des procurations.

Toutefois, lors des élections présidentielles d'avril et mai 2017, quelques patients ont bénéficié d'autorisations de sortie pour se rendre dans leur bureau de vote mais le nombre est limité (deux à l'unité 2).

Recommandation

L'établissement devrait informer les patients des possibilités offertes pour exercer leur droit de vote suffisamment en amont des dates d'élection et entamer des démarches pour que des officiers de police judiciaire viennent établir des procurations.

3.7 L'EXERCICE DES CULTES NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE INFORMATION SUFFISAMMENT ACCESSIBLE

Plusieurs aumôneries, présentes au sein de l'hôpital, assurent des permanences dans un local bien identifié situé dans le hall d'entrée de l'hôpital Robert Debré, près du bureau des entrées : catholique, protestant, musulman et israélite. Le livret d'accueil du CHU en mentionne les jours et les heures et fournit le numéro de téléphone permettant de joindre les aumôniers.

Des offices religieux sont également organisés : ainsi, le culte catholique organise une messe chaque jeudi après-midi, dans la chapelle de l'établissement. Les aumôniers se déplacent aussi dans les unités de soins du CHU hors celles de psychiatrie où ils ne vont que lorsqu'un patient le demande.

Au sein de ces dernières, aucune information n'est délivrée en l'absence d'un tableau d'affichage (cf. § 3.2). Quelques patients sont reçus par les aumôniers, à la permanence, mais aucune demande pour rencontrer un aumônier dans les unités n'a été formulée.

3.8 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JUDICIAIRE SONT REPERES

Lors de la visite, près de la moitié des patients majeurs bénéficiaient d'une mesure de protection : huit sauvegardes de justice, cinq tutelles, cinq curatelles et quatre curatelles renforcées.

En règle générale, la majorité de ces personnes bénéficient déjà avant leur admission de ces mesures mais, dans quelques cas, la demande est initiée après leur arrivée. Compte tenu de la durée de la procédure, la fin de l'hospitalisation intervient souvent avant la décision judiciaire.

Dans chacune des deux unités accueillant des majeurs, une assistante sociale est présente à mi-temps. Elle est étroitement associée aux réunions dites sociales tenues le jeudi en présence de

tous les membres de l'équipe où la situation de chaque patient est examinée. La décision d'engager une procédure est prise en équipe, en fonction des observations des uns et des autres.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

4.1 LA PROCEDURE EN PLACE EST ATTENTIVE A LA NOTIFICATION DES MESURES MAIS NEGLIGE LA TRAÇABILITE DES OBSERVATIONS DES PATIENTS ET DES NOTIFICATIONS MOMENTANEMENT IMPOSSIBLES

L'admission en soins sans consentement est généralement initiée à la SUP.

La procédure en place est clairement définie : le bureau des entrées, qui est le point de contact avec le greffe du JLD (lequel est en contact avec le barreau de l'ordre des avocats de Reims), veille au respect des règles et de l'échéancier, tient les registres de la loi et regroupe les pièces originales, par patient, dans un dossier ; les secrétariats des unités servent d'interface entre le bureau des entrées et les unités ; les unités établissent les certificats et notifient les mesures. L'ensemble est fluide et les agents échangent facilement.

Préalablement aux décisions, les observations des patients sont recueillies, a-t-il été indiqué, par les médecins lors de l'entretien mené avant la rédaction du certificat médical, comme le prévoit l'article L.3211-3 du code de la santé publique. Toutefois, rien n'est tracé et les certificats médicaux consultés dans le registre de la loi n'en font pas état.

Recommandation

Les observations recueillies par les médecins préalablement aux décisions de maintien, en application de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, doivent être tracées. Elles pourraient l'être sur les certificats médicaux.

Les décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement sont transmises par le bureau des entrées aux unités, *via* les secrétariats, pour qu'elles soient notifiées. A l'unité 1, la notification est effectuée par le cadre de santé. A l'unité 2, chaque jour, l'infirmier prenant le service à 8h trouve l'ensemble des pièces à notifier dans un dossier déposé en salle de soins. Il a été indiqué que toutes étaient alors notifiées dans la journée.

L'imprimé qui sert à la notification comporte trois rubriques correspondant à trois situations différentes :

- le patient comprend et signe ;
- le patient comprend mais refuse de signer ; deux soignants, clairement identifiés, datent et signent pour en attester ;
- le patient n'est pas en état de comprendre ; deux soignants, clairement identifiés, datent et signent pour attester de cette impossibilité.

Ce document, dont un exemplaire est remis à la personne concernée, est alors retourné au bureau des entrées, *via* le secrétariat de l'unité, pour y être classé dans le dossier du patient.

Selon les informations recueillies, lorsque la notification a été impossible, la décision est remise et notifiée au patient dès que son état le permet. Toutefois, aucune pièce n'atteste de cette notification et aucune information complémentaire n'est transmise au bureau des entrées. Ainsi, faute d'une pièce justificative, des décisions sont réputées n'avoir jamais été notifiées.

Recommandation

Si la traçabilité de l'impossibilité de notifier une décision en raison de l'état de santé du patient est une mesure judicieuse, celle de la notification effectuée ultérieurement, dès que la personne est en état de comprendre, doit aussi être assurée. Un suivi dans le temps des mesures non encore notifiées doit être mis en place, avec la traçabilité de l'impossibilité de notifier si celle-ci se prolonge.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES SE REND DANS L'ETABLISSEMENT DEUX FOIS PAR AN

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est constituée et est placée sous la présidence d'une psychiatre (désignée par le procureur général près la cour d'appel de Reims) exerçant au sein de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Marne, à l'unité Henri Ey, implantée dans l'enceinte du CHU. Le psychiatre désigné par le préfet de la Marne a démissionné le 1^{er} avril 2017 ; il n'était pas remplacé à la date de la visite.

La commission se réunit quatre fois par an et visite les unités de psychiatrie deux fois par an, conformément aux dispositions réglementaires. A Reims, elle regroupe l'unité Henri Ey de l'EPSM avec celles du CHU. Les visites sont annoncées et les membres de la CDSP examinent les registres de la loi et reçoivent les patients l'ayant demandé.

Ainsi, la CDSP a visité les unités psychiatrie du CHU, en 2016, les 9 mars et 14 septembre et, en 2017, le 15 mars. Lors de ces trois dernières visites, elle a examiné 143 dossiers (pour l'EPSM et le CHU) et reçu quarante-six patients dont dix-neuf du CHU.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT BIEN TENUS

Les registres de la loi sont tenus au bureau des entrées de l'hôpital Maison Blanche : l'un pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDR) et l'autre pour les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPD).

Les contrôleurs, qui ont examiné un échantillon de mesures sur chacun des registres ouverts à la date de la visite, ont constaté qu'ils étaient renseignés avec rigueur. Les photocopies des documents collés sur le registre (certificats médicaux, dispositifs des décisions du juge des libertés et de la détention etc.) sont de format réduit mais facilement lisibles.

Les dossiers de patients, regroupant l'ensemble des pièces, n'appellent pas d'observation.

Le service a mis en place un suivi pour s'assurer du respect de toutes les échéances, lui permettant de dialoguer avec les secrétariats des unités. Les documents transmis sont examinés avec attention.

Les contrôleurs ont ainsi constaté que des autorisations de sorties accompagnées d'une durée supérieure à 12 heures (mais inférieure à 48 heures) avaient été rejetées par la direction du centre hospitalier en raison de leur non-conformité à la législation : l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique prévoit en effet des sorties accompagnées de moins de 12 heures et des sorties non accompagnées de moins de 48 heures. Depuis, la règle est respectée.

Ils ont également constaté que les certificats médicaux étaient généralement rédigés avec une conclusion nette ; toutefois, dans quelques cas, des « copiés-collés » n'ont fait l'objet d'aucun paragraphe d'actualisation. Par ailleurs, ils ont observé que les médecins signataires des

différents certificats médicaux n'étaient effectivement pas les mêmes dans les cas prévus par le code de la santé publique.

En 2015, 2016 et 2017, les registres ont été visés par les membres de la CDSP (une fois au premier semestre et une fois au second semestre) et par un procureur adjoint (une fois au second semestre, en consacrant alors une demi-journée à la visite des unités et en rendant compte par ailleurs au procureur général près la cour d'appel de Reims). En revanche, aucun visa des autres autorités devant visiter l'établissement en application de l'article L.3222-4 du code de la santé publique¹ n'y figure.

Recommandation

Les autorités définies à l'article L.3222-4 du code de la santé publique (représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président du tribunal de grande instance ou son délégué, maire de la commune ou son représentant) doivent visiter le centre hospitalier une fois par an.

4.4 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION TIENT UNE SEULE AUDIENCE CHAQUE SEMAINE AU SEIN DE L'HOPITAL, DANS DE BONNES CONDITIONS

Une convention cosignée le 28 juillet 2014 par la présidente du tribunal de grande instance, le procureur de la République, le directeur général de l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne, le directeur de l'établissement public de santé mentale de la Marne et le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Reims, prévoit qu'« une salle, spécialement aménagée, est affectée à la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention pour ce qui concerne les patients pris en charge tant par la clinique Henri Ey que par le centre hospitalier universitaire de Reims ».

Selon les informations recueillies, les magistrats et les médecins se sont rencontrés et ont échangé sur leurs pratiques. Cette réunion leur a permis de mieux comprendre les attentes et les contraintes des uns et des autres. Il a été indiqué que de nouvelles rencontres pourraient être organisées.

Bonne pratique

Les rencontres entre magistrats et médecins, organisées dans le passé, ont permis d'échanger sur leurs pratiques et de mieux comprendre les attentes et les contraintes des uns et des autres. Leur renouvellement ne peut qu'être encouragé.

¹ « Les établissements mentionnés à [l'article L. 3222-1](#) sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des [articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3](#) et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à [l'article L. 3212-11](#) ».

Cette salle est installée dans l'unité Henri Ey de l'EPSM de la Marne, voisine des unités du CHU. Située au 1^{er} étage, desservie par un escalier et des ascenseurs, elle a été aménagée de façon simple mais suffisante pour que les audiences s'y déroulent dans de bonnes conditions.

Une autre salle de réunion, attenante, sert de salle d'attente. Le jour de la visite, du café et des petits gâteaux avaient été préparés à l'attention des patients et de leurs accompagnants.

Des toilettes fermées sont situées au même étage, à proximité.

Au rez-de-chaussée, à l'entrée de l'unité, un bureau a été affecté aux entretiens avec les avocats ; des sièges, placés dans le hall d'entrée, servent aux patients qui attendent de les rencontrer.

L'ensemble est propre et des fenêtres laissent largement entrer la lumière du jour.



La salle d'audience

Les patients des unités du CHU s'y rendent à pied, accompagnés d'un ou deux soignants selon leur état de santé, car le trajet est court (environ 200 m). Il a été indiqué que tous les patients revêtent une tenue de ville, y compris ceux alors hospitalisés en pyjama. Les incompatibilités à se présenter sont peu nombreuses et les certificats médicaux ne sont établis que pour des cas avérés.

Le juge des libertés et de la détention (JLD) ne siège qu'une fois par semaine : le jeudi à partir de 9h. La possibilité de tenir des audiences le lundi à 14h30 et le mardi à 9h, en cas de nécessité, comme le prévoit la convention, n'est que très rarement mise en œuvre. Cette situation a une conséquence sensible car elle réduit notablement le temps d'observation dans différents cas. Ainsi, un patient admis en soins psychiatriques sans consentement le vendredi, doit impérativement comparaître à l'audience du jeudi suivant, soit six jours après son admission, pour que le JLD rende son ordonnance avant l'expiration du délai de douze jours. L'examen du registre de la loi a montré que la saisine du JLD intervient alors quasiment en même temps qu'est établi le certificat de 72 heures (bien avant donc le 8^{ème} jour). Le certificat médical motivé suit de peu et la durée d'observation est ainsi réduite, dans ce cas, à moins d'une semaine. Si cette modalité n'est pas contraire à la lettre de la loi (saisine le 8^{ème} jour au plus tard et décision du JLD avant l'expiration du délai de douze jours), elle paraît contraire à l'esprit, le législateur ayant ramené le délai de quinze jours à douze jours en 2013 sans abaisser davantage ce temps comme cela avait été envisagé.

Recommandation

Le juge des libertés et de la détention devrait tenir une audience supplémentaire, le lundi ou le mardi comme le prévoit la convention, pour que le temps d'observation des patients se rapproche au mieux des douze jours fixés par la loi.

Le barreau de Reims, fort de 290 avocats, a organisé différentes permanences dont une pour les audiences des patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie. A la date de la visite, tous les avocats y passaient à tour de rôle (sauf à se désister), quelle que soit leur spécialité, et selon les informations recueillies, aucune formation spécifique n'a été organisée. Toutefois, a-t-il été précisé, une réflexion est en cours pour modifier ce mode de fonctionnement et mettre en place des formations adaptées aux spécificités de ces audiences. Cette évolution doit être encouragée. Les avocats rencontrés n'ont pas fait d'observation sur leurs conditions de travail lors des audiences. Il est toutefois dommage que le tableau de l'ordre des avocats de Reims ne soit pas affiché dans les unités ou, au minimum, dans le hall d'entrée commun aux deux unités et à la SUP (cf. § 3.2).

Le parquet n'est pas physiquement représenté à l'audience mais rend un avis écrit, après un examen des pièces du dossier.

Lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, le JLD, en civil, s'est présenté comme « le juge des libertés » sans faire état du reste de son titre, pour ne pas inquiéter les patients. Un dialogue s'est instauré à chaque fois, même si les patients avaient des difficultés à s'exprimer. Le juge a toujours dédramatisé et expliqué la situation au patient, y compris après son délibéré, lorsqu'il a rendu sa décision. Le jour de la visite, il n'a pas pu notifier ses ordonnances sur place, comme il le fait habituellement, pour des raisons techniques.

Bonne pratique

Les explications données par le juge des libertés et de la détention sur la décision qu'il rend et la notification immédiate de ses ordonnances permettent aux patients de retourner dans leur unité en ayant obtenu une réponse du magistrat et contribuent à leur apaisement.

Les décisions rendues débouchent rarement sur des mainlevées : sur 159 patients convoqués en 2015, 2016 et premier trimestre 2017, seules deux ont été prononcées, l'une en l'absence de notification de la mesure (sans justification d'impossibilité de notifier) et l'autre en l'absence d'éléments caractérisant la nécessité du maintien en hospitalisation complète.

4.5 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE REÇOIT LES PATIENTS AVANT DE RENDRE SON AVIS

Le collège est constitué du psychiatre de l'unité du patient concerné, d'un autre psychiatre du pôle et d'un infirmier de l'unité. Les patients sont reçus par le collège et l'avis remis en fait état, ainsi que de la consultation du dossier du patient.

Les dates auxquelles le collège doit rendre son avis sont suivies avec attention par le bureau des entrées qui a mis en place des outils pour ne rien oublier.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 UN REGLEMENT INTERIEUR EST ACCESSIBLE DANS CHAQUE UNITE

Outre le règlement intérieur du CHU actualisé en juin 2016, chacune des unités dispose d'un règlement particulier. S'agissant des unités 1 et 2 du pôle de psychiatrie adulte, le document, commun aux deux unités, a été actualisé en avril 2011 ; celui de la SUP l'a été en août 2015. Si les informations contenues dans celui des unités d'hospitalisation pour adultes ne sont pas erronées, son actualisation formelle donnerait l'assurance d'une information plus fiable.

Il en est remis un exemplaire aux patients lors de l'entretien d'accueil réalisé par les infirmiers. Il est également explicité par le personnel soignant, puis par les médecins.

Même si les règles ont pu être décrites en amont de l'admission par le service demandeur, le personnel de l'unité d'accueil reprend systématiquement leur description.

Bonne pratique

La remise du règlement intérieur fait partie intégrante de la procédure d'accueil, incluant un temps d'explication quelles que soient les informations dont aurait pu disposer le patient en amont.

Au début de la visite, son affichage était effectif dans la SUP mais pas dans les autres unités. Le personnel soignant de la SUP, lorsqu'il fait visiter les locaux au patient, utilise cet affichage pour décrire les règles de fonctionnement du service.

Recommandation

Le règlement intérieur de chaque unité doit être accessible en permanence aux patients, au personnel comme aux personnes extérieures. En sus de sa remise au patient lors de son accueil, son accessibilité doit être assurée par affichage.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique que cette recommandation sera mise en œuvre.

5.2 LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DES UNITES SONT ADAPTEES AUX PATIENTS ACCUEILLIS

Les règles de fonctionnement des unités varient selon le type d'unité : unité assurant l'accueil aux urgences ou unité dans lesquelles les soins sont ensuite prodigués. Elles ne sont pas liées au statut juridique du patient, soins libres ou soins sans consentement. Ainsi, les unités 1 et 2 pour adultes sont ouvertes, sauf nécessité médicale liée à la mise en œuvre de soins intensifs dans des secteurs fermés. La fermeture de la SUP érigée en règle de portée générale peut être interrogée (cf. § 5.3).

5.3 LA CIRCULATION N'EST QU'EXCEPTIONNELLEMENT LIMITEE

5.3.1 Organisation architecturale

La SUP, au sein de l'hôpital Robert Debré, est accolée au service d'accueil des urgences. Il s'agit de locaux en forme de T, offrant dans une partie quatre chambres d'isolement, une salle d'eau, l'accès à une cour, l'accès à une salle de visites, et, dans l'autre, les pièces communes (salon, salle

avec poste de télévision, salle à manger, cuisine, salle d'eau, vestiaire des patients), quatre chambres, les bureaux d'entretien, les bureaux du personnel et une salle de réunion. Elle constitue un ensemble fermé, au sein duquel les patients déambulent. L'accès à la cour est réglementé, de 7h à 23h, en présence d'un personnel soignant. Cette cour, grillagée, recouverte d'un toit en béton, équipée d'un banc et d'un cendrier, est longée par les personnes se rendant aux urgences et des discussions ont lieu avec les patients.

Les unités 1 et 2 sont situées plus loin sur le domaine, dans un bâtiment composé au rez-de-chaussée d'un hall d'accueil desservant lesdites unités d'hospitalisation, de plain-pied, et d'un étage desservant les bureaux et salles de réunion du pôle de psychiatrie adulte. Les patients d'abord pris en charge à la SUP sont acheminés vers les unités d'hospitalisation en ambulance. Les unités d'hospitalisation disposent d'un jardin clos, accessible de 6h30 à 23h, qui donne sur les locaux de la clinique Henri Ey. En journée, certains patients s'installent aussi sur les bancs à l'entrée du bâtiment. Sauf acte médical à réaliser dans un service du CHU, sauf à vouloir aller acheter une revue ou une friandise dans l'une des boutiques de l'hôpital ou du tabac en ville, les motifs pour circuler sont peu nombreux et cantonnent les patients à proximité des unités.

Chaque unité peut accéder à un véhicule pour transporter un patient vers un lieu éloigné au sein de l'hôpital, par exemple pour un acte médical somatique. Par ailleurs, les patients peuvent s'y rendre à pied, accompagnés, en fonction de leur état de santé, notamment quand il s'agit de patients accueillis dans la SUP située dans l'hôpital Robert Debré et à proximité de l'hôpital Maison Blanche qui sont les lieux de consultations et d'examen spécialisés.

5.3.2 Unité ouvertes ou fermées

La SUP est une unité fermée en permanence. Chaque agent dispose de la clé. Aucun patient ne peut sortir seul, quel que soit son statut juridique d'admission ou les observations médicales.

Une réflexion est en cours à ce sujet, concernant les patients admis en soins libres, qui s'appuie sur les instances d'animation du service (réunions, groupe de travail sur la mobilité des patients en soins libres) et s'inspire de pratiques d'ouverture connues des soignants dans d'autres structures psychiatriques. Il est constaté que l'architecture de l'unité – étroitesse des locaux, sanitaires collectifs – et son offre d'activités (jeux, télévision, magazines) ne permettent pas d'y vivre durablement. *A contrario*, la fermeture de l'unité permet à certains patients fragiles d'adhérer plus facilement aux soins et une plus grande ouverture de l'unité fait craindre de recourir plus souvent aux chambres d'isolement, dont l'équipement n'est pas satisfaisant (cf. § 8.2.1). La fixation de plages horaires de sortie est envisagée, afin de ne pas multiplier les tâches d'ouverture et de fermeture de la porte pour le personnel soignant.

Recommandation

L'élaboration d'un nouveau projet de fonctionnement de la structure d'urgences psychiatriques, fermée, destiné à en élargir les règles d'entrée et de sortie en journée, en tenant compte de l'état du patient, est vivement encouragée.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique qu'un groupe de travail s'est mis en place en début d'année 2018, animé par deux psychiatres intervenant au sein de la structure, afin de réviser le projet de

fonctionnement de l'unité pour préserver la liberté d'aller et de venir des patients hospitalisés avec leur consentement.

Les portes des unités 1 et 2 sont ouvertes de 6h à 21h. Le jardin est accessible de 6h30 à 23h afin de permettre l'accès au tabac. Seules des restrictions médicales interdisent l'accès hors du bâtiment et les contrôleurs ont constaté une application souple de ces rares restrictions. A la date de la visite, dans une unité hébergeant vingt-trois patients, seuls deux patients avaient interdiction de sortir de l'unité et cinq ne pouvaient en sortir qu'accompagnés d'un soignant. Le port d'un pyjama fourni par l'hôpital avec l'intention de limiter le risque de fugue dans ce service ouvert, observé sur cinq patients de cette même unité lors de la visite (cf. § 5.4.2), ne doit pas venir contrecarrer un fonctionnement par ailleurs qualifié de satisfaisant par les contrôleurs.

5.3.3 Les activités extérieures

Il n'a pas été mis en lumière d'activités nécessitant habituellement la sortie des patients de l'unité d'hospitalisation, sauf à signaler des promenades à proximité de l'unité accompagnées par le personnel soignant. Seule la préparation de la levée d'hospitalisation, incluant un relais de prise en charge dans des structures extra hospitalières, a été relevée à ce titre.

5.4 LES CONTRAINTES SONT REDUITES

5.4.1 Accès au tabac

Pour les adultes hospitalisés dans les unités 1 et 2, le tabac et le briquet sont par principe laissés au patient, sauf à limiter le nombre de paquets en possession d'un gros fumeur dès lors que cette consommation pose une difficulté de santé ou sociale. Un patient qui aurait des difficultés à gérer sa réserve de tabac peut la laisser aux soignants qui lui délivreront chaque jour la quantité demandée (un paquet ou un demi-paquet par exemple) mais ne les donneront jamais cigarette par cigarette. Les achats de tabac sont effectués par la famille du patient, le cadre de santé ou le patient lui-même dès lors qu'il peut sortir.

S'il est interdit de fumer dans les locaux, les patients peuvent aller à l'extérieur de l'unité de 6h à 21h, ou dans le jardin de 6h30 à 23h.

Les patients placés dans le secteur de soins intensifs ne disposent pas de leur tabac et n'ont droit qu'à cinq cigarettes par jour : le matin, à midi, à 16h, au dîner, avant le coucher. Ils sont accompagnés dans la cour attenante aux chambres. Des substituts nicotiques sont proposés aux fumeurs consommant plus de cinq cigarettes par jour dès lors que leur consommation est restreinte contre leur gré.

Pour les adultes admis dans la SUP, une cour, équipée d'un banc et d'un cendrier, est accessible notamment aux fumeurs, accompagnés par un personnel soignant, de 7h à 23h, toutes les deux heures soit neuf créneaux horaires. Cette règle, affichée à côté du règlement intérieur, est appliquée avec souplesse dès lors que le personnel en a le temps.



Cour grillagée de la SUP, accessible aux fumeurs

L'équipe mobile de tabacologie intervient à la demande du patient, informé de cette possibilité. Le tabac et le feu sont conservés par les soignants, accessibles aisément dans le bureau des infirmiers sur des étagères dans huit casiers numérotés (un par chambre). A l'occasion des réunions de service, il est rappelé que l'accès au tabac est organisé en raison de la fermeture de l'unité et qu'il constitue l'un des supports de l'évaluation médicale, mais qu'il ne doit pas faire l'objet d'autre limitation que celle liée à la circulation du patient. Si un achat de tabac doit être effectué, la famille le fait pour le compte du patient. Si le patient n'a ni argent ni famille, le cadre de santé dispose de la faculté financière de procéder à un achat de dépannage.

Bonne pratique

La mise en œuvre des règles concernant l'accès des patients au tabac dans la structure d'urgences psychiatriques est assouplie par l'individualisation des décisions et une réflexion collégiale sur le sujet.

5.4.2 Port du pyjama

Hors le port systématique du pyjama par les patients admis dans les secteurs de soins intensifs pour adultes, le pyjama en dotation hospitalière est porté selon l'état clinique du patient, mais aussi de manière systématique pendant trois jours au minimum dans l'unité 2 par les patients encore inconnus du service (voire sept jours pour les patients en sevrage alcoolique). Il a été précisé que le port du pyjama n'est jamais imposé mais est consenti par le patient, qui conserve d'ailleurs la clé de son placard où se trouvent ses vêtements. L'indication du port du pyjama ne dépend pas du statut d'hospitalisation des patients, qu'ils soient admis en soins libres ou en soins sans consentement.

Dans cette même unité 2, les patients du secteur de soins intensifs qui bénéficient de sortie dans le secteur ouvert continuent à y porter le pyjama, de même que les patients réintroduits durablement dans le secteur ouvert qui l'y portent pendant une semaine.

Il a été indiqué que le port du pyjama a pour but d'éviter des fugues et de repérer plus facilement ces patients. Lors de la visite de l'unité 1, deux patients du secteur ouvert et les trois patients du secteur fermé portaient le pyjama fourni par l'hôpital, soit cinq patients sur vingt-trois.

Le règlement intérieur de la SUP mentionne l'obligation de porter un « pyjama et/ou [une] robe de chambre » ; « *une tenue et un comportement décents sont exigés* ». Le patient a obligation de passer des vêtements de nuit (pyjama ou chemise de nuit). Quand il est en chemise d'hôpital ou en vêtements de jour et n'a pas de pyjama personnel, le pyjama de la dotation hospitalière est fourni. Quand la personne dispose d'un pyjama personnel, l'encadrement de l'unité priorise son port en lieu et place de la dotation hospitalière. Des discussions ont cours relatives à la notion de décence, laissée à l'appréciation du personnel soignant. Lors de la visite, un seul patient sur quatre portait un pyjama fourni par l'hôpital.

Recommandation

Le port du pyjama d'hôpital ne se justifie pas. Le port d'effets personnels, de jour comme de nuit, doit être systématiquement encouragé.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique reprendre cette recommandation dans le projet de soins, en cours d'élaboration.

La comparution devant le juge des libertés et de la détention s'effectue systématiquement en habits de ville, même pour les patients en chambre de soins intensifs.

5.4.3 Accès aux chambres en journée

Les patients peuvent accéder librement à leur chambre, à tout instant, dans toutes les unités pour adultes, SUP y compris.

5.4.4 Choix des places à table, denrées alimentaires dans les chambres

Sauf à la SUP qui dispose d'une seule table, ronde, pour quatre patients, autour de laquelle ces derniers se placent librement, les patients des autres unités sont placés selon un plan de table dressé par le personnel soignant.

Un repas peut être pris en chambre dès lors que l'état de santé du patient le nécessite.

Les patients peuvent conserver quelques aliments dans leur chambre (gâteaux, bonbons, etc.), sous réserve que les denrées ne soient pas périssables.

5.4.5 Horaires de lever et coucher

Aucun horaire de lever et de coucher n'est imposé en tant que tel, mais le créneau de 23h à 7h est réservé au repos. Le petit déjeuner est servi à 8h et la télévision est éteinte le soir à 23h, sauf exception liée à une émission particulière.

5.5 LES PATIENTS PEUVENT COMMUNIQUER AVEC LEURS PROCHES LIBREMENT

5.5.1 Courrier

Papier, stylo et enveloppe sont fournis par le service aux patients qui en expriment le besoin.

Le courrier entrant arrive dans une boîte aux lettres commune du bâtiment ; il est relevé par les soignants et remis fermé aux patients.

Le courrier sortant est déposé par les patients sous pli fermé au secrétariat de l'unité, timbré par eux, sauf le courrier aux autorités (juge, CDSP, CGLPL, etc.) dont le timbre est pris en charge par l'hôpital qui y appose son cachet.

Le vaguemestre du CHU vient déposer le courrier entrant et retirer le courrier sortant.

5.5.2 Téléphone

L'interdiction d'accéder au téléphone ne peut résulter, quel que soit le secteur d'hospitalisation, que d'une décision médicale individuelle. Lors de la visite, aucune consigne n'était en vigueur.

A la SUP, le principe est celui de l'interdiction du téléphone personnel. Les patients doivent demander aux soignants pour téléphoner *via* un appareil de l'hôpital, qui est généralement un appareil sans fil du service. L'étranger ou l'outre-mer peuvent être joints par le biais du standard. La possibilité de recevoir des appels est donnée de la même façon. Il en est de même dans les secteurs de soins intensifs des unités 1 et 2.

Dans les secteurs ouverts des unités 1 et 2, les patients conservent leur téléphone mobile. Ces téléphones disposant généralement d'un appareil photographique, les patients sont informés qu'ils ne doivent pas prendre de photographies. Un seul incident a été signalé au cours des deux dernières années : le patient surpris a supprimé la photo et a pu conserver son appareil.

Un téléphone mural est également installé dans le couloir, près de la porte des unités 1 et 2, pour passer des communications téléphoniques gratuitement. La localisation de l'appareil, dans un lieu de passage bruyant, ne permet pas d'assurer le confort et la confidentialité de la conversation.

5.5.3 Visites

Au sein de l'ensemble de l'hôpital, les visites ont lieu de 13h à 20h, sans autre précision horaire. Sauf cas particulier, elles sont autorisées. Le 8 juin 2017, seul un patient de l'unité 1 n'avait pas le droit de recevoir de visites.

La visite des enfants des patients est possible après consultation de l'équipe soignante.

Un salon a été spécialement aménagé dans chaque unité. Les visiteurs peuvent aussi se rendre dans la chambre du patient en sa compagnie, ou dans le jardin ou n'importe quelle partie commune. Si le patient n'a pas l'interdiction de sortir de l'unité (les interdictions sont rares, cf. § 5.3.2), les visites peuvent aussi avoir lieu à l'extérieur.

Il a été indiqué que les familles peuvent apporter des gâteaux ou autres denrées alimentaires.

6. LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE

6.1 LES CHAMBRES SONT EQUIPEES CONFORMEMENT AUX BESOINS DES PERSONNES, SOUS RESERVE QUE LE SEJOUR RESTE BREF DANS LA SUP

Dans la SUP, les quatre chambres dites « légères », individuelles, d'une superficie de 7 m², ne disposent que d'un lit. Situées sur la façade extérieure du bâtiment, percées de fenêtres non ouvrantes, elles sont dotées de volets roulants actionnables par les patients. Elles ne sont équipées ni de point d'eau et WC, ni de placard, ni de bouton d'alarme. Si besoin, le patient est doté d'un matériel portatif d'alarme non filaire.

Côté couloir, la porte est percée d'un hublot protégé par un store gris déroulant. Les portes des chambres ne peuvent pas être fermées à clé.

Les effets personnels des patients sont tous stockés dans la lingerie dans des placards numérotés.

Les sanitaires sont collectifs, situés en vis-à-vis des chambres : une salle d'eau adaptée aux personnes à mobilité réduite, équipée d'un WC à l'anglaise et d'une douche, ainsi que deux WC à l'anglaise distincts.

Recommandation

L'équipement sommaire des chambres de la structure des urgences psychiatriques s'oppose à l'allongement des séjours au-delà des 72 heures maximales fixées.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement confirme avoir l'objectif de respecter ce délai maximal de séjour.

Les deux unités de psychiatrie adulte disposent de locaux conçus à l'identique :

- onze chambres simples de 16 m² à 17 m² ;
- une chambre simple adaptée aux personnes à mobilité réduite de 22 m² ;
- cinq chambres doubles de 22 m².

Les portes sont pleines ; les vitres des fenêtres sont équipées d'un film translucide. L'intimité est préservée, tout en permettant l'ouverture des fenêtres avec un débattement limité.

Chaque chambre dispose d'un placard dont la clé est remise au patient. Les chambres doubles offrent un placard par personne et une liseuse à la tête de chaque lit. Elles sont correctement équipées : lit, table de chevet, sièges, éclairage, bouton d'appel. Les salles d'eau sont attenantes aux chambres et disposent chacune d'une douche avec un pommeau fixe, d'un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir et d'un WC à l'anglaise.

Bonne pratique

Les patients disposent de la clé de leur placard et lorsque l'un d'eux la perd, elle est remplacée.

L'ensemble des locaux – SUP, unité 1, unité 2 – est apparu aux contrôleurs propre, lumineux, spacieux, coloré et bien entretenu.

6.2 LES SUR OCCUPATIONS SE REGLENT INOCCUPATIONNEMENT

6.2.1 La sur occupation de la SUP

Unité d'accueil d'urgence, la SUP reçoit des patients majeurs de tous les secteurs qu'elle réoriente à l'issue d'une évaluation. Tampon entre l'extra et l'intra hospitalier, mais aussi entre les unités d'intra, la régulation de l'occupation y est un souci permanent alors qu'elle n'offre que quatre places en chambres légères, les quatre autres étant des chambres d'isolement.

Le risque de sur occupation – qui n'a pas pu être vérifié pendant la visite où seuls quatre patients ont été présents au maximum – est accru par le maintien dans l'unité de patients au-delà de 72 heures : vingt-sept patients y ont séjourné au-delà de 72 heures en 2014, quarante-quatre patients en 2015, quatre-vingt-trois patients en 2016 ; les cinq premiers mois de l'année 2017 étaient déjà marqués par soixante et un dépassements de la durée maximale de séjour. Ils ont pour cause l'absence de places disponibles dans les structures d'hospitalisation ou de prise en charge médico-sociale de la région, selon les données transmises aux contrôleurs.

Recommandation

Les dépassements de la durée maximale de séjour dans la structure d'urgence doivent conduire au renforcement de l'offre intra et extrahospitalière en aval.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique prendre en compte cette recommandation dans son projet d'établissement pour les années 2018 à 2022, en cours de réécriture.

De même, des patients mineurs occupent des lits de la SUP, soit faute de place à la maison des adolescents (MDA) spécialisée en pédopsychiatrie, soit pour bénéficier d'une chambre d'isolement, soit pour effectuer une rupture thérapeutique dans les conditions de leur prise en charge. Selon les informations recueillies, vingt-cinq mineurs de la MDA avaient séjourné à la SUP en 2015 contre vingt-trois en 2016 et huit au cours des cinq premiers mois de l'année 2017. Une mineure était hospitalisée dans la SUP le premier jour de la visite des contrôleurs.

Recommandation

La structure d'urgences psychiatriques pour adultes ne doit pas constituer une offre d'hospitalisation pour les patients mineurs, qui doit être assurée autrement à l'issue d'une réflexion sur la capacité d'hospitalisation à plein temps en pédopsychiatrie.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique également prendre en compte cette recommandation dans son projet d'établissement pour les années 2018 à 2022, en cours de réécriture, ainsi que dans le projet médical partagé de la filière santé mentale élaboré dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

En cas de sur occupation de la SUP, des patients sont placés en chambre d'isolement hors indication thérapeutique et quel que soit le statut juridique des soins. Ces chambres sont équipées d'un simple matelas posé au sol et ne bénéficient pas d'un éclairage naturel satisfaisant (cf. § 8.2.1). Dans ce cas, l'accord du patient est recueilli formellement, tracé dans son dossier, la

porte de la chambre reste ouverte. L'offre de chambres d'isolement étant supérieure aux besoins réels, la transformation d'une chambre d'isolement en chambre légère est envisagée.

De manière générale, les chambres d'isolement étant comptabilisées comme des lits de psychiatrie et lorsqu'il est nécessaire de libérer des lits de la SUP, des patients peuvent être affectés directement en chambre d'isolement de l'unité 1 ou 2 : un patient a ainsi passé sept jours en chambre d'isolement dans une unité pour adultes, porte ouverte, en attendant qu'un lit se libère en secteur ouvert. Ces chambres d'isolement, situées dans un secteur fermé de soins intensifs, ne peuvent pas constituer une capacité utile aux prises en charge courante (cf. § 7.1.1).

6.2.2 La sur occupation des unités 1 et 2

Dès lors que leur unité d'origine ne dispose pas de lit libre en secteur de soins intensifs, un adulte des unités 1 et 2, hébergé en secteur ouvert et pour lequel est décidé un séjour en chambre d'isolement, est dirigé vers les chambres d'isolement de la SUP. Là encore, l'équipement des chambres d'isolement de la SUP ne permet pas de les considérer comme une capacité d'isolement à la disposition d'un patient déjà engagé dans un parcours de soins.

Recommandation

La sur occupation des chambres d'isolement de la structure d'urgences psychiatriques, comme de celles des unités d'hospitalisation pour adultes, ne peut dignement se résoudre par l'occupation des chambres d'isolement de la structure d'urgences, ces dernières ayant un équipement insuffisant.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique prendre acte de cette recommandation.

D'autres cas de sur occupation se règlent parfois dans les unités 1 et 2 par le maintien artificiel en secteur de soins intensifs, fermé, de patients qui pourraient rejoindre le secteur ouvert mais ne le peuvent pas faute de lit vacant (cf. § 7.1.1).

6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT PROTEGES, MAIS LA PROCEDURE DE RECUPERATION A L'ISSUE DE L'HOSPITALISATION EST CONTRAIGNANTE

Une procédure de gestion des biens du patient est mise en œuvre et il n'y a plus de réclamation sur ce point.

A l'arrivée du patient, tous ses effets personnels sont inventoriés en sa présence, devant deux soignants, sur un imprimé en quatre exemplaires destinés à être conservés par le patient, l'unité d'hospitalisation, le bureau des entrées et la trésorerie. On distingue les objets de valeur des objets courants sans valeur et les vêtements (qui sont mis dans le vestiaire de la SUP accessible à tout moment en présence d'un soignant, ou conservés par les patients dans le placard de leur chambre dans les autres unités).

Les valeurs sont mises dans une enveloppe identifiée par l'étiquette nominative autocollante générée par le système informatique du CHU, placée temporairement dans un coffre au sein de l'unité d'admission. Le contenu détaillé de l'enveloppe est inscrit dessus. Le détail des biens de valeur est aussi inscrit dans un registre. Par la suite, les valeurs sont transmises à la régie de l'hôpital qui les remet à la trésorerie publique du centre de la ville de Reims. Si cela est possible, les objets de valeur peuvent également être remis à la famille.

Les objets dangereux sont retirés. Le rasoir, le parfum, les ciseaux etc. sont rangés dans le bureau des infirmiers pour être remis ponctuellement et repris dès la fin de l'utilisation (ex. le rasoir remis pour la toilette). S'il s'agit d'objets contondants (exemple d'un pistolet), ils sont remis au service de sécurité.

Un imprimé « *Flash info-dépôts* » est également remis. Il traite de la responsabilité de l'établissement, des modalités du dépôt et des modalités de retrait (avec l'adresse de la trésorerie et les jours et heures d'ouverture).

Au cours de l'hospitalisation, le service du vaguemestre peut rapporter de l'argent (quelques dizaines d'euros, pour les besoins courants du patient) depuis la trésorerie jusque dans l'unité.

En cas de transfert, un nouvel inventaire est effectué avant de partir et les objets sont donnés aux ambulanciers.

A la fin de son séjour, le patient doit se rendre à la trésorerie pour récupérer les objets sensibles ; il a été indiqué que, dans certains cas, le vaguemestre pouvait le faire.

La mise en œuvre complète de cette procédure s'articule particulièrement mal avec une durée de séjour courte, comme c'est le cas dans la SUP : l'éloignement de la trésorerie de Reims, à 3 km du CHU, et ses horaires d'ouverture, dès lors que la levée d'hospitalisation n'est pas prévue suffisamment à l'avance pour permettre leur réacheminement par le vaguemestre. Dans l'intérêt du patient, la SUP préfère conserver les biens en son sein.

Recommandation

Lors de la levée de l'hospitalisation, l'entrée en possession des objets de valeurs mis en dépôt à la trésorerie publique doit être facilitée afin de ne pas constituer une contrainte matérielle pour la personne hospitalisée.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement précise que la procédure est désormais modifiée, conformément à celle en vigueur au sein de l'EPSM de la Marne, y compris sur le site de Reims : un régisseur se déplace pour la restitution des valeurs.

6.4 L'HYGIENE EST FACILITEE

Les sanitaires, salles d'eau et WC, sont en nombre suffisant et accessibles sans restriction dans toutes les unités. Leur état était très satisfaisant. Le personnel distribue des produits d'hygiène en tant que de besoin.

Les unités – à l'exception de la SUP – disposent de machines à laver le linge, à l'usage des patients dont le linge ne peut pas être entretenu par la famille. Quelques vêtements issus de dons sont stockés dans les unités, quoique peu nombreux et peu variés.

Aucune difficulté n'a été signalée, ni par le personnel soignant ni par les patients, concernant le linge de lit et de toilette fourni par la blanchisserie du pôle logistique du CHU.

6.5 DES ESPACES EXTERIEURS SONT ACCESSIBLES

Les patients des unités 1 et 2 ont accès à un patio au cœur du lieu de vie, ainsi qu'à un jardin commun aux deux unités. Les patios, fleuris, équipés d'un banc, servent aussi à des activités thérapeutiques. Le jardin est aménagé d'une terrasse, de tables, chaises, bancs et doté d'une

table de ping-pong et de jeux de pétanque ; des activités de jardinage s'y déroulent aussi. Ces espaces extérieurs sont ouverts jusqu'à 23h.

Les patients de la SUP ont accès de 7h à 23h, en compagnie d'un soignant, à une cour bétonnée, grillagée, de moins de 20 m², surplombée d'un toit en béton (cf. § 5.4.1).

6.6 LES LIEUX DE RESTAURATION SONT CONVIVIAUX ET L'ALIMENTATION DE QUALITE

La salle à manger de la SUP, de 7,65 m², est aveugle et peu décorée, comme les autres pièces de vie collective. Une table ronde, pour quatre personnes, compense cette localisation difficile en ajoutant de la convivialité. Deux services sont organisés si le nombre de patients est supérieur à quatre. Les patients qui le préfèrent peuvent aussi prendre leur repas en chambre.

Les salles à manger des unités 1 et 2 sont des pièces lumineuses de 37,5 m² et 39 m², meublées de six tables rectangulaires de quatre convives chacune. Les menus de la semaine sont affichés sur la porte d'entrée de la salle. Les patients sont placés selon un plan de table défini par l'équipe soignante ; le plateau-repas et les couverts sont placés sur la table avant leur arrivée dans le réfectoire. En fin de repas, les patients jettent les déchets, rangent les couverts et les verres sur un présentoir (pour permettre leur nettoyage) et placent les plateaux dans un chariot.

Eu égard à l'accueil permanent de nouveaux patients à la SUP, elle est dotée systématiquement de huit repas individuels, en liaison froide, réchauffés par le personnel soignant dans le four à micro-ondes de l'office aux horaires des repas ou à la demande du patient s'il nécessite une adaptation horaire. Dans les unités 1 et 2, les repas, également en liaison froide, sont livrés dans des chariots chauffants comportant des plateaux individuels.

Les horaires des repas sont affichés et connus : petit déjeuner à partir de 8h, déjeuner à midi, dîner à 19h.

Les patients sont tous dotés de couverts en inox et de verres en verre, étant acquis par les soignants que des couverts en plastique dur ne limitent pas le risque de blessure en cas de violence.

Des régimes ou consignes alimentaires particuliers sont fournis dans un bref délai par la cuisine centrale du pôle logistique qui a diffusé aux services du CHU un guide des textures et un guide des plateaux afin d'aider à l'expression correcte des besoins. Les menus sont conçus sur huit semaines dans les unités 1 et 2 (menus de type longs séjours) ou sur quatre semaines à la SUP (menus de type courts séjours). Des repas à thème sont cuisinés tous les jeudis, autour des régions par exemple ; les jours de fête et les dimanches sont l'occasion de menus spéciaux. Chaque mercredi dans les unités 1 et 2, un agent ayant la fonction d'hôtelier rencontre les patients qui sélectionnent leurs plats, parmi plusieurs propositions, pour la semaine suivante. Ainsi, pour chaque déjeuner et dîner, chacun reçoit un plateau à son nom, avec les barquettes correspondant à ses choix et à son régime alimentaire. Les patients rencontrés se sont tous déclarés satisfaits par la qualité et la variété des repas.

Les activités de cuisine, thérapeutiques ou de simple loisir, sont rares dans les unités 1 et 2. Dans le même esprit, les espaces extérieurs de ces unités pour adultes gagneraient à être plus utilisés, notamment en y prenant des repas aux beaux jours.

6.7 DES ACTIVITES DE LOISIRS SONT ACCESSIBLES, MAIS EN NOMBRE INSUFFISANT

Chaque unité d'hospitalisation dispose de locaux pour les activités, consistant en un salon de télévision et une salle d'activités, distincts, même si des activités peuvent aussi être conduites dans le salon de télévision.

Les salons de télévision sont équipés de fauteuils, placés face au poste, partout en nombre inférieur à la capacité de l'unité sans que cela pose de difficulté ; ils sont accessibles de 7h à 23h. Une télécommande était à disposition des patients dans toutes les unités (dont les secteurs de soins intensifs des unités 1 et 2, où le poste de télévision est abrité derrière un caisson), sauf à la SUP où elle avait une fois de plus disparu.

Des magazines sont disponibles, ainsi que des jeux de société.

L'équipe soignante, infirmiers ou aides-soignants, sur proposition validée par le cadre de santé, peut organiser des activités, comme des jeux de société, des mandalas, de l'origami, de la poterie, en fonction de compétences personnelles. Lors de la visite, une activité d'échecs avait lieu avec un patient dans la SUP.

Les espaces de bibliothèque sont constitués par une étagère placée dans le couloir de certaines unités ou dans une salle d'activité. Alimentés par des dons, l'offre de lecture est pauvre, consistant au mieux en une centaine de livres dont le renouvellement est aléatoire. La volonté de rénover l'offre de lecture en s'associant à la bibliothèque départementale a été exprimée par un cadre de santé.

Recommandation

L'offre de lecture doit être élargie ; les propositions exprimées en ce sens doivent être encouragées.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique prendre acte de cette recommandation.

Le pôle bénéficie d'un budget de 550 euros par mois pour l'achat de fournitures pour les activités, dont les activités thérapeutiques (cf. § 7.1.3).

Les patients rencontrés n'ont pas témoigné d'un programme rempli d'activités.

6.8 LA VIE SEXUELLE POURRAIT ETRE MIEUX PRISE EN COMPTE

Les règlements intérieurs des unités pour adultes ne mentionnent rien sur la vie sexuelle des patients. Celui des unités 1 et 2 se limite à indiquer : « *Les personnes hospitalisées n'ont pas accès aux chambres des autres patients* ». La question de la sexualité est évacuée hors de l'hôpital en conseillant aux patients d'attendre le temps des permissions, considérant que l'unité hospitalière est un lieu de soins et non pas de vie. Cette position est partagée par les équipes.

La réduction des risques, par la mise à disposition de préservatifs, n'est pas mise en œuvre, sauf demande expresse ; le dépistage des infections sexuellement transmissibles, non systématique, est réalisé à la demande du patient. La contraception est abordée par le médecin avec les seules femmes, notamment les plus jeunes. Le thème a été abordé une fois en réunion de groupe avec les patients, avec un insuccès certain, le thème étant trop tabou pour eux. Des informations recueillies, un seul incident a été signalé et le patient a été repris par le médecin en entretien.

Le sujet est sans objet véritable à la SUP car la brièveté des séjours ne permet pas d'y nouer des relations ; l'expression de la sexualité y serait débordante et analysée comme le symptôme d'une maladie.

Recommandation

La vie sexuelle des patients devrait faire l'objet d'une attention plus systématique dans les unités pour adultes.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique prendre acte de cette recommandation.

7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DANS LE POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE

7.1 LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE DES PATIENTS FONCTIONNE AVEC UN DISPOSITIF D'HOSPITALISATION SOUVENT SATURE

7.1.1 L'organisation de la prise en charge

Le projet de soins et le projet médical du pôle ont été élaborés en 2012. Ces projets sont en cours d'évolution étant donné le rattachement du pôle de psychiatrie adulte à l'EPSM de la Marne au 1^{er} janvier 2018 (cf. § 2.3).

Les unités hospitalières du pôle de psychiatrie adulte assurent des prises en charge en urgence et de court séjour.

Le projet de soins s'articule autour d'une évaluation lors d'un séjour court (72 heures ou moins) dans la SUP, suivie, ou non, d'une admission dans l'unité 1 ou l'unité 2 pour les patients relevant de leur secteur. Il est rare que des patients soient admis directement dans l'unité 1 ou 2 sans passage par la SUP. Il s'agit alors de patients connus des unités d'hospitalisation et adressés par le CMP ou par un médecin psychiatre libéral, après accord des médecins de l'unité.

Lorsqu'il est nécessaire d'aller chercher un patient en soin sans consentement directement à son domicile ou sur la voie publique, un infirmier du CMP et un infirmier d'une unité d'hospitalisation sont détachés pour la prise en charge et le transport du patient jusqu'au service d'accueil des urgences. Il a été indiqué que, dans ces cas, il était fréquemment fait appel à la police pour sécuriser les interventions.

Lorsque les patients sont admis d'emblée en soin sans leur consentement, la pratique est de les transférer rapidement au sein des unités d'admission sans atteindre le délai d'évaluation de 72 heures. L'articulation de la prise en charge médicale entre la SUP et les unités est fluide, notamment grâce à des réunions médicales hebdomadaires entre les unités et la SUP et au partage des astreintes médicales.

Le choix d'affectation dans l'unité 1 ou l'unité 2 dépend principalement des places disponibles. Lorsque cela est possible, les patients qui reviennent sont réadmis dans l'unité où ils étaient auparavant. Le statut d'hospitalisation des patients (en soins libres ou en soins sans consentement), ne détermine pas l'affectation des patients dans les secteurs ouverts ou fermés, ni dans les unités 1 ou 2. Seuls les patients dont l'état clinique le justifie sont accueillis dans les chambres d'isolement des secteurs fermés de soins intensifs des unités 1 et 2.

La prise en charge psychiatrique dans les unités 1 et 2 est homogène. Les secteurs de soins intensifs composés de trois chambres d'isolement et d'une chambre « d'agitation » (cf. § 8.2) sont utilisés majoritairement pour des patients arrivant de la SUP, nécessitant des soins et une surveillance renforcée. Le projet de soins est ensuite d'admettre progressivement les patients dans les secteurs ouverts, après amélioration de leur état clinique.

Aucune chambre normale en secteur ouvert des unités 1 et 2 n'est réservée pour les patients affectés dans les chambres d'isolement dans ces unités. Il a été indiqué que cela ne posait pas de difficulté dans leur prise en charge car la sortie des patients du secteur de soins intensifs était toujours progressive, le temps qu'un lit se libère dans le secteur ouvert (cf. § 8.2). Ainsi, en réalité, la capacité d'hébergement des unités 1 et 2 comprend les trois chambres d'isolement de soins intensifs et est finalement considérée comme étant de vingt-cinq lits dans chacune (vingt-deux lits des secteurs ouverts et trois lits des chambres d'isolement des secteurs fermés).

Recommandation

La capacité totale des unités d'hospitalisation ne devrait pas intégrer les chambres d'isolement, tel qu'il est recommandé dans l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 : « La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique. Les espaces d'isolement ne doivent pas être comptabilisés dans les capacités de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation ».

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'EPSM de la Marne indique mener actuellement une réflexion pour ne pas comptabiliser les espaces d'isolement dans les capacités, en laissant une chambre libre pour toute chambre d'isolement occupée comme cela est déjà pratiqué sur le site de Châlons-en-Champagne et comme le recommande la Haute autorité de santé. L'insuffisance du nombre de lits et leur sur-occupation rendent plus difficile de pratiquer de la même façon sur le site de Reims.

Il arrive, rarement, que des patients du secteur 51 G 10 doivent être admis dans des unités d'hospitalisation de l'EPSM faute de place dans les unités 1 ou 2. Dans ces cas, les patients sont suivis par les médecins du CHU jusqu'à leur retour dans les unités 1 ou 2.

Les unités 1 et 2 reçoivent peu de patients « hors secteur ». Il s'agit, en ce cas, de patients domiciliés en dehors de la région, hospitalisés à Reims en raison d'un « voyage pathologique ». L'EPSM de la Marne prend en charge les autres patients « hors secteurs » : ceux sans domicile fixe installés dans la région ou encore les personnes détenues à la maison d'arrêt de Reims (cf. § 9.1).

7.1.2 La prise en charge psychiatrique

Le pôle de psychiatrie adulte prend en charge les patients présentant des troubles psychiatriques variés tels que les troubles de l'humeur, les psychoses, et les problèmes de dépendance alcoolique.

A leur arrivée aux urgences, les patients ont d'abord une évaluation médicale somatique au sein du service d'accueil des urgences (SAU). L'évaluation psychiatrique est effectuée au sein de ce service par un psychiatre de la SUP.

Les patients arrivés au SAU orientés vers la SUP sont informés par le médecin des urgences de leurs futures conditions d'hospitalisation au sein de la SUP. Une fois à la SUP, l'accueil est réalisé par les infirmiers.

Le temps de séjour à la SUP permet dans les situations de crise de prendre le temps de décider si le patient relève ou non d'une admission en soins sans consentement. Le consentement du patient est toujours recherché. Lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater qu'un patient transféré du SAU dans une chambre d'isolement à la SUP avait finalement bénéficié d'une hospitalisation en soins libres, son état clinique ayant finalement permis son consentement aux soins, quelques heures après son admission. Les patients en soins libres sont parfois orientés vers une prise en charge ambulatoire en libéral et en clinique ou orientés dans les unités d'hospitalisation du CHU ou de l'EPSM de la Marne selon leurs secteurs.

Bonne pratique

Le temps d'évaluation au sein de la structure d'urgences psychiatriques (SUP) est mis à profit pour rechercher le consentement des patients admis en urgence.

Au sein des unités 1 et 2, les patients sont accueillis par un infirmier et un aide-soignant. Les documents d'information leurs sont remis et un inventaire contradictoire des effets personnels est effectué. Le service et son fonctionnement leurs sont présentés. Le temps d'accueil est aussi constitué de l'entretien infirmier, puis vient l'évaluation médicale par l'interne du service ainsi qu'un examen médical par un externe en médecine. Le médecin psychiatre senior de l'unité évalue le patient dans la semaine suivant son arrivée (généralement dans les 48 heures).

A l'arrivée dans les unités comme au cours de l'hospitalisation, l'application de restrictions sur le téléphone ou les visites sont prescrites par un médecin dans la partie dédiée au « cadre de soin », discutée avec le patient et réévaluée plusieurs fois par semaine en équipe. Il a été indiqué que l'accord du patient était toujours recherché lorsqu'une restriction, telle que le port du pyjama, était appliquée.

Si aucun contrat de soins n'est formalisé pour les patients, tous les patients hospitalisés en soins sans consentement rencontrés par les contrôleurs ont indiqué avoir été informés des choix thérapeutiques les concernant et étaient en capacité d'expliquer le sens de ceux-ci, bien qu'ils contestaient pour la plupart le caractère de contrainte de leur hospitalisation. Tous les patients ont fait part aux contrôleurs de leur satisfaction concernant leur prise en charge par les équipes de soins, de jour comme de nuit.

Dans les secteurs ouverts des unités 1 et 2, une visite de tous les patients est effectuée de façon hebdomadaire en présence du médecin psychiatre, des internes et d'un infirmier. La prise en charge médicale a lieu par ailleurs lors des entretiens avec les internes au moins deux fois par semaine et au moins une fois par semaine avec le psychiatre référent du service. Les entretiens médicaux se déroulent généralement en présence d'un infirmier mais cela n'est pas systématique et les patients peuvent demander à être reçus seuls en entretien avec le médecin.

Dans les secteurs fermés de soins intensifs, la prise en charge médicale est plus soutenue avec une visite médicale quotidienne, par un interne ou par le psychiatre, pour les patients dont la chambre est ouverte en journée et une visite médicale deux fois par jour (week-end et jours fériés compris) pour les patients dont la chambre d'isolement est fermée de façon continue.

En l'absence du psychiatre senior dans une unité, la prise en charge des patients est assurée par le psychiatre responsable de l'autre unité. Pour les périodes de congé excédant une semaine, d'autres médecins psychiatres seniors du pôle, travaillant en ambulatoire, interviennent dans l'unité du psychiatre absent.

Tous les soignants devant être impliqués dans la prise en charge des patients, il n'y a pas d'infirmier référent pour un patient donné. Il a été indiqué la mise en place prochaine d'infirmiers référents pour la tenue des dossiers des patients.

Dans les unités 1 et 2, en journée, l'équipe de soins comprend la présence permanente de trois infirmiers et deux aides-soignants (ainsi que d'un ASH) en semaine et de deux infirmiers et un aide-soignant les samedis, dimanches et jours fériés. La nuit, l'équipe est composée d'un aide-soignant et d'un infirmier. Les infirmiers effectuent des entretiens ou des activités individuelles (mandala, jeux) avec les patients au fil de l'eau. Quotidiennement, un temps est dégagé, souvent aux aides-soignants, pour effectuer des accompagnements à l'extérieur du service.

Les patients des secteurs de soins intensifs bénéficient d'une prise en charge individuelle renforcée par la présence soutenue de soignants (cf. § 8.2). Les sorties de ces secteurs sont envisagées de façon progressive, avec d'abord des temps communs avec les autres patients du secteur fermé, ensuite des temps dans le secteur ouvert accompagnés par les soignants où ils peuvent être inclus dans des activités thérapeutiques, enfin des temps non accompagnés en journée dans le secteur ouvert avant leur affectation en chambre en secteur ouvert.

7.1.3 Les activités thérapeutiques

Le pôle affiche une volonté de développement d'activités thérapeutiques, notamment par son engagement dans la formation de qualité de soignants référents. Les services bénéficient d'un fonctionnement budgétaire souple, grâce à une régie dotée de 550 euros par mois pour le pôle, dédiée à l'achat de fournitures pour les activités. Il a été indiqué que ce budget n'était pas entièrement dépensé. De nombreux locaux dédiés et équipés au sein du pôle permettent l'animation de diverses activités.

Néanmoins, étant donné le changement d'affectation de certains soignants référents des activités et en raison de la charge de soin primant sur l'animation des activités thérapeutiques, ces dernières étaient peu nombreuses lors de la visite.

Chaque semaine, une activité « piscine » est proposée à six patients des unités 1 et 2. Cette activité, très appréciée des patients, n'avait pas eu lieu la semaine de la visite en raison du positionnement de l'infirmier « référent piscine » sur un poste de remplacement de nuit cette semaine-là. A l'unité 1, un « atelier débat » sur des thèmes éducatifs ou ludiques se tient le vendredi matin, animé par un médecin et une infirmière. Tous les patients sont largement invités à y participer, y compris certains patients de secteur de soins intensifs selon leur état clinique. Lors de la visite, quatorze patients de l'unité 1, dont un du secteur de soins intensifs, étaient présents. Dans l'unité 2, une infirmière, formée à l'Ecole Boulle, mène une activité de décoration le jeudi. Dans les deux unités, un atelier jardinage, est animée par un soignant. Les contrôleurs ont pu apprécier les réalisations effectuées, notamment dans les patios intérieurs ornés de fleurs, décorations et mobiliers peints. Néanmoins, ces ateliers de jardinage n'étaient pas pérennes, dépendant de la présence et de la disponibilité des soignants référents.



Patio investi par une activité thérapeutique

Par ailleurs, une activité de relaxation-gymnastique douce a été momentanément abandonnée, durant l'absence prolongée de l'infirmière qui l'animait. Lors de la visite, deux activités, l'une de collage, l'autre de mandala, devaient débiter à la mi-juin dans l'unité 2. Une activité cinéma, commune aux deux unités devait être mise en place dans le mois suivant la visite. Dans les deux unités, des sorties « nature », encadrées des infirmiers et des aides-soignants, étaient prévues au cours de l'été.

Malgré un équipement adapté pour l'animation de cuisine thérapeutique, cette pratique n'était qu'occasionnellement proposée. En septembre la mise en place d'un atelier de cuisine et un atelier d'écriture était annoncée. La possibilité d'exploiter les terrasses jouxtant les réfectoires pour des repas conviviaux en extérieur n'était pas envisagée.

Dans la routine de la vie quotidienne des unités, les salons de télévision étaient les principaux lieux de convivialité, parfois animés par les soignants proposant des jeux ou des activités manuelles (cf. § 6.7).

Recommandation

Il est regrettable que, malgré la volonté du pôle de développer des activités thérapeutiques, l'absence de pérennité de celles-ci soit liée aux problématiques d'affectation et d'organisation du personnel de soins.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique vouloir prioriser les activités thérapeutiques et les intégrer dans le projet de service, avec la recherche d'un binôme en charge de toute activité pour éviter la disparition d'une activité thérapeutique en cas d'absence du seul agent qui en est porteur.

Les équipes des unités d'hospitalisation n'incluent pas de psychologue, ni d'ergothérapeute, ni de psychomotricien.

Le pôle affiche dans son projet de soins le développement de l'éducation thérapeutique. Lors de la visite, un seul programme était établi et concernait un patient pris en charge en ambulatoire, souffrant de troubles « euthymiques ». Selon les propos recueillis, ce programme, en attente de validation par l'ARS, permet de diminuer le retour en hospitalisation des patients pris en charge.

7.1.4 La préparation à la sortie des patients en soins sans consentement

De façon générale, la prise en charge des patients en soins sans consentement favorise dès le début de leur hospitalisation leurs liens avec l'extérieur, que ce soit par la permission de visites et de communications téléphoniques ou de sorties. Les contrôleurs ont pu constater, sur des relevés de dossiers de patients, que les sorties du service sont rapidement et largement envisagées, d'abord accompagnées de moins de 12h (par des soignants ou par des membres de la famille) avec des durées progressives, puis non accompagnées de moins de 48h.

Dans chaque unité (1 et 2), la situation de chaque patient est évoquée en réunion d'équipe de façon hebdomadaire, avec tous les intervenants, notamment l'assistante sociale (une à mi-temps dans chaque unité). Les décisions sont prises par le psychiatre après discussion en équipe et les levées de mesures sont précédées de ces sorties progressives.

Il a été néanmoins évoqué que le délai d'octroi des sorties non accompagnées de moins de 48 heures était long du fait du refus systématique de la préfecture de les accorder si le patient n'a pas bénéficié précédemment d'une sortie accompagnée (moins de 12 heures). En outre, alors

que l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique impose de transmettre la demande d'autorisation de sortie des patients en ASPDRE au préfet au moins 48 heures avant la date prévue pour la sortie et indique que, « *sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu* », ajoutant que le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire, la pratique de la préfecture de la Marne est autre, inversant le principe : sans retour de la demande avec l'accord signé, aucune sortie n'est autorisée.

Recommandation

Les modalités d'octroi des permissions de sortie pour les patients en soin sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ne doivent pas être assorties d'une condition supplémentaire consistant en l'accord exprès de ce dernier, conformément à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique. En cas d'absence de réponse du préfet, la permission doit être mise en œuvre.

Par ailleurs, il a été mentionné que la préfecture demandait très fréquemment le certificat d'un deuxième médecin pour la levée de mesure et la mise en place d'un programme de soins.

En réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique dans ses observations du 20 février 2018 préférer l'acceptation préfectorale expresse.

Le préfet de la Marne, dans ses observations en date du 19 février, conteste l'exactitude des constats des contrôleurs. S'il arrive à ses services de demander régulièrement un deuxième certificat pour prendre sa décision en toute connaissance de cause, il a toujours donné – sauf situation extrêmement rare – une réponse à une demande de sortie temporaire, positive ou négative, et, en cas de refus, systématiquement motivée.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, à l'attention de l'établissement.

Au premier jour de la visite, dix-sept patients en soins sous contrainte dans le secteur du pôle bénéficiaient d'une mesure de programme de soins ; dont cinq en SPDT, un en SPPI, huit en SDRE et trois irresponsables pénaux. Tous les patients en programme de soins bénéficiaient d'une prise en charge ambulatoire exclusive.

Des réunions cliniques sont régulières avec le CMP pour discuter des prises en charge ambulatoires. Les patients sont accompagnés au CMP pour rencontrer les équipes qui les prendront en charge à la sortie ou, parfois, les soignants du CMP viennent rencontrer les patients à l'hôpital avant leur sortie. Il a été mentionné que le relais pour la prise en charge CMP souffrait d'un délai d'attente parfois long (environ un mois).

Les sorties d'hospitalisations se heurtent par ailleurs à l'insuffisance d'offre d'hébergement dans des structures médico-sociales telles que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou d'autres lieux de vie adaptés. Faute de place dans la région, des patients sans solution d'hébergement, sont orientés sur des structures d'accueil spécialisées en Belgique. Lors de la visite, le patient hospitalisé sous contrainte (SDRE) ayant effectué le séjour le plus long était présent depuis huit mois.

Recommandation

Le développement des structures de soins ambulatoires de secteur et de l'offre d'hébergement médico-social adaptée pour les patients hospitalisés en psychiatrie semble indispensable afin de limiter le recours aux hospitalisations de longue durée.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique prioriser ce chantier, au long cours, dans le cadre du projet d'établissement pour les années 2018 à 2022 et du projet médical partagé de la filière de santé mentale du groupement hospitalier de territoire.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES, MALGRE L'ABSENCE DE MEDECIN GENERALISTE AFFECTE

Le pôle de psychiatrie adulte a fait le choix de ne pas avoir de poste de médecin généraliste. La prise en charge somatique des patients adultes est néanmoins assurée au sein des unités. Tout patient entrant à la SUP bénéficie au préalable d'un examen somatique au sein du service d'accueil des urgences (SAU). Par ailleurs, la proximité du SAU et de la SUP permet une prise en charge somatique adaptée en cas de besoin.

Dans les unités adulte 1 et 2, une procédure d'évaluation somatique est prévue pour chaque patient à l'entrée avec un examen somatique systématique, par l'externe et l'interne, ainsi que la réalisation systématique d'un électrocardiogramme et d'un bilan biologique (notamment un bilan lipidique et thyroïdien), la prise de constantes (poids, taille, mesure du périmètre abdominal, pouls, tension artérielle, température), et l'évaluation de la douleur par les infirmières. Une fiche de surveillance spécifique est prévue pour le suivi des troubles métaboliques. Les bons résultats des indicateurs IQPASS² 2016 concernant le suivi des indicateurs nutritionnels des patients révèlent la rigueur de l'évaluation somatique des patients.

La prise en charge somatique dans les unités s'articule avec l'intervention régulière d'un médecin de l'équipe mobile d'intervention en gériatrie pour la prise en charge des patients de plus de 65 ans et d'un médecin de l'unité de médecine du CHU qui se déplace pour la prise en charge somatique des patients de moins de 65 ans, le cas échéant. Un médecin du centre d'addictologie médico-psychologique de l'EPSM intervient une fois par semaine au sein des unités et à la SUP.

Pour toutes les autres spécialités médicales, les patients sont adressés en consultation au sein du CHU. Aucun frein à l'accès à la prise en charge spécialisée ni aux examens d'imagerie n'a été déploré pour les patients de psychiatrie, sauf en ce qui concerne l'accès à une consultation en ophtalmologie dans le cadre de la prescription de lunettes. L'accès à un opticien est ensuite facilité : soit par le déplacement d'un opticien de ville, soit par l'octroi d'une permission de sortie.

Par ailleurs, les patients peuvent bénéficier des consultations dentaires et de l'élaboration des prothèses dentaires au sein du pôle d'odontologie du CHU.

² Poids noté dans le dossier au cours des 7 premiers jours, accompagné d'une seconde notification du poids pour les séjours supérieurs ou égaux à 21 jours : 94 % des dossiers ; calcul d'IMC dans les 7 jours suivant l'admission : 85 % des dossiers.

7.3 LES MODALITES DE DISTRIBUTION DES TRAITEMENTS NE RESPECTENT PAS LA CONFIDENTIALITE

Au moment de la visite, l'informatisation des prescriptions médicamenteuses était en cours de déploiement eu sein du CHU. Le système de prescription ne permettait pas la relecture systématique des ordonnances par un pharmacien. Dans les services de psychiatrie, les prescriptions sont effectuées sur papier avec copies carbone (évitant les recopiations dans le classeur de traitements infirmiers pour la distribution des traitements). Toutes les administrations et les non administrations de traitement sont tracées.

Les unités bénéficient d'une dotation globale de médicaments renouvelée de façon hebdomadaire. Une permanence de pharmacie assure l'approvisionnement des médicaments manquants dans des délais brefs, le soir et les week-ends, de jour comme de nuit.

Un système d'identito-vigilance a été mis en place. Celui-ci prévoit que les patients portent au poignet un bracelet indiquant leur nom et prénom. Il a été indiqué que ce système n'est pas imposé aux patients de psychiatrie qui le refuseraient.

Au sein des unités 1 et 2, la distribution des traitements se déroule dans la salle de réfectoire au moment des repas. Les médicaments sont posés par une infirmière sur le plateau repas du patient une fois qu'il est assis à sa place.

Recommandation

La distribution des traitements doit respecter la confidentialité des échanges et du soin pour tout patient.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique qu'un nouveau système, en vigueur au sein de l'EPSM, permet le respect de la confidentialité des échanges et du soin et va s'appliquer sur le site de Reims.

7.4 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE REPOSE SUR DES INSTANCES DYNAMIQUES

Dans l'ensemble, le projet de soins, la démarche clinique, l'organisation et le fonctionnement du pôle de psychiatrie adulte et du service de pédopsychiatrie sont travaillés et discutés en équipe, au sein de nombreuses instances de concertation et de réflexion, cliniques et institutionnelles, fréquentes, à différents niveaux, de façon transversale entre les unités et incluant pour partie tout le personnel soignant (aides-soignants compris et parfois ASH). Si le personnel du pôle de psychiatrie adulte présente quelques inquiétudes à propos du changement institutionnel lié au rattachement à un nouvel établissement, il y adhère et y participe.

La cohérence de prise en charge entre les équipes de jour et les équipes de nuit est assurée par l'obligation faite au service de nuit d'effectuer quinze jours de roulement de jour par an et par le remplacement des agents de nuit par des agents de jour en cas d'absence. Par ailleurs, les équipes de nuit sont invitées à venir aux réunions institutionnelles des unités.

Au sein du pôle de psychiatrie adulte, la mutualisation du personnel en cas d'absence dans les unités évite le cloisonnement de chacune et les réunions cliniques entre les unités 1 et 2, la SUP et le CMP assurent la cohérence des prises en charge.

Etant donné la présence d'un seul psychiatre senior dans les unités 1 et 2, le changement de médecin référent n'est pas aisé. Néanmoins, il a été indiqué qu'en cas de difficulté entre un patient et le psychiatre, il est proposé au patient d'être suivi par le médecin référent de l'autre

unité. Il est arrivé de proposer à un patient, dont la prise en charge était conflictuelle avec la famille, d'être transféré dans un service de l'EPSM. Les cas de demande de changement de médecin référent sont rares, selon les propos recueillis.

Si l'équipe ne bénéficie pas d'intervention extérieure de supervision, les prises en charge difficiles font l'objet de réunions cliniques spécifiques, faisant intervenir des médecins et des soignants du pôle, non impliqués directement dans la prise en charge du patient en question.

L'organisation et les projets des pôles intègrent l'évaluation de la qualité des soins. Le personnel médical et soignant du pôle de psychiatrie adulte et du service de pédopsychiatrie est présent dans diverses commissions de l'établissement, notamment au sein de la CME et du comité institutionnel de retour d'expérience (CREX). Les services de psychiatrie font l'objet d'une revue de morbidité et de mortalité (RMM) annuelle.

Le service de la qualité de l'hôpital a regroupé les informations concernant la qualité des soins (CREX, événements indésirables, évaluations des pratiques professionnelles) au sein d'un même site du réseau partagé de l'hôpital, afin que ces documents soient facilement accessibles à l'ensemble du personnel.

Les représentants des usagers sont pleinement investis dans le fonctionnement du CHU notamment au sein la commission des usagers (cf. § 3.4). Concernant le pôle de psychiatrie adulte, les deux courriers de réclamation reçus en 2016 portaient sur des problèmes mineurs (mésententes ponctuelles entre patient et un soignant).

Si tous les patients reçoivent un questionnaire de satisfaction lors de leur arrivée, très peu font part de leur impression à l'issue de leur séjour. En 2016, le taux de retour des questionnaires de satisfaction transmis par les patients de psychiatrie adulte était de 0,03 % des séjours (soit six questionnaires retournés). Le circuit des questionnaires est peu favorable au retour : aucune boîte aux lettres n'est dédiée au retour des questionnaires au sein du bâtiment des unités d'hospitalisation. Ainsi le patient souhaitant remettre son questionnaire doit le donner à un soignant ou au cadre de santé.

Recommandation

Le circuit de retour des questionnaires de satisfaction doit être amélioré afin que tout patient puisse rendre son questionnaire de façon anonyme.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique que les règles en vigueur à l'EPSM, dorénavant applicables sur le site de Reims, permettent cette amélioration et seront appliquées.

Un groupe régional d'éthique, indépendant de la CME, travaille en lien avec le CHU et l'université. Depuis 2010, aucun sujet sur la prise en charge en psychiatrie n'a été travaillé par ce groupe.

Recommandation

Il serait opportun que les services de psychiatrie aient le soutien d'un organisme externe pour réfléchir aux questions éthiques qui les concernent.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique que le comité d'éthique de l'EPSM va être prioritairement sollicité. Il lui appartient, le cas échéant, de demander le support d'un organisme externe. L'établissement

souligne aussi qu'un des membres du comité d'éthique participe aux réunions de ERECA, espace de réflexion éthique de Champagne-Ardenne.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

8.1 LA GESTION DE LA SECURITE ET DES INCENDIES NECESSITE QUELQUES CLARIFICATIONS DE PROCEDURE

8.1.1 Les événements indésirables et les incidents

Le circuit de déclaration et le traitement des événements indésirables (EI) ont évolué dans l'année précédant le contrôle, notamment suite aux recommandations du rapport de certification de l'HAS³ en 2016. Ces évolutions ont notamment porté sur la mise en place d'un logiciel spécifique de déclaration et l'organisation du traitement de ces événements. Tous les événements indésirables sont recueillis par la direction de la qualité des soins qui transmet l'information aux référents concernés (chef de service, cadres de santé), au comité de retour d'expérience concerné, le cas échéant (CREX), ainsi qu'à un interlocuteur compétent pour le traitement de l'événement.

Depuis la mise en place du logiciel, l'augmentation du nombre d'événements indésirables déclarés démontre une meilleure remontée des événements dans l'ensemble de l'établissement. Selon les propos recueillis, le pôle de psychiatrie adulte et le service de pédopsychiatrie présentent un taux de déclaration adéquat à l'activité de leur service, comparé à l'ensemble des EI déclarés au sein du CHU.

Trente-sept événements indésirables ont été déclarés par le pôle de psychiatrie adulte en 2016. Parmi eux, cinq ont fait l'objet d'un CREX et onze ont été qualifiés de graves par le déclarant, dont quatre concernaient des violences institutionnelles (violences verbales, type insultes, menaces, de la part de patients). Un décès d'un patient par pendaison a eu lieu en 2016 au sein d'une unité du pôle de psychiatrie adulte. Suite à cet événement, une formation développement professionnel continu (DPC interne à l'établissement) de deux jours sur « *l'évaluation du potentiel suicidaire* » au sein du pôle de psychiatrie adulte a été déployée en 2017. Il a été rapporté qu'un acte de violence subi par un infirmier lui ayant entraîné des blessures était à déplorer en début d'année 2017. Par ailleurs, il a été fait mention d'un trafic de cannabis qui se déployait aux abords et au sein du pavillon des unités 1 et 2 pour lequel l'intervention de l'équipe de gardiens avait été requise.

8.1.2 La gestion de la sécurité

Le CHU est doté d'une équipe de « gardiens », assurant la sécurité de l'établissement et d'une autre équipe dédiée spécifiquement à la sécurité incendie.

L'équipe de gardiens intervient notamment dans la gestion des épisodes violents. Tous les agents de l'équipe ont bénéficié d'une formation de gestion de la violence en milieu hospitalier auprès d'un formateur de la gendarmerie afin de savoir maîtriser une personne sans la blesser et sans se blesser.

En cas d'urgence, les agents de l'équipe sont appelés par l'intermédiaire des alarmes de « protection du travailleur isolé » (PTI) et par téléphone. Ils interviennent par ailleurs de façon programmée, sur demande des équipes de soins, lors de l'ouverture des chambres d'isolement de certains patients considérés comme dangereux.

³ HAS : Haute Autorité de Santé

La place et le rôle des gardiens lors des interventions de sécurité ne sont pas clairement définis. Ils sont amenés à intervenir dans des soins, par exemple pour maintenir une personne agitée lors d'une injection ou encore à rester en présence des soignants lors de l'entretien lorsque le patient est considéré comme présentant un risque de violence.

Recommandation

Les « gardiens » ne devant pas intervenir au cours des soins, il est nécessaire de clarifier leur rôle et leur place lors de leur intervention dans les services de psychiatrie.

Tout le personnel des équipes de soins bénéficie d'une formation « Oméga » de quatre jours, ayant pour objectif la gestion des situations de violence au sein d'un établissement hospitalier.

Dans l'ensemble, lors de la visite, les contrôleurs ont pu apprécier une ambiance calme, sereine et bienveillante vis-à-vis des patients dans toutes les unités.

Le service de sécurité incendie reçoit le signal des alarmes PTI. Toutes les chambres sont équipées de détecteur à incendie.

Aucune information spécifique n'est donnée à l'équipe de sécurité incendie quant à l'occupation des chambres d'isolement.

Recommandation

Il est nécessaire que l'établissement se dote d'une procédure conforme aux recommandations de l'instruction du 29 mars 2017 en prenant en compte spécifiquement les personnes isolées dans le dispositif de sécurité et de secours.

8.2 MALGRE LE FAIBLE RECOURS A LA CONTENTION ET A L'ISOLEMENT CONTINU, LES CONDITIONS MATERIELLES D'ISOLEMENT DOIVENT ETRE AMELIOREES

8.2.1 L'aménagement des lieux d'isolement

Les conditions d'isollements sont hétérogènes au sein du CHU.

A la SUP, quatre chambres d'isollements de 7 m² sont disposées le long d'un couloir. Elles sont équipées de façon spartiate avec comme seul mobilier un matelas posé au sol.

Aucun éclairage naturel n'est présent dans ces chambres qui ont une fenêtre située en hauteur donnant sur le sas de stationnement des urgences – occasionnant des nuisances sonores – et une fenêtre intégrée à la porte donnant sur le couloir du service éclairé par des plafonniers. Le store de la fenêtre donnant sur le sas de stationnement est fermé de principe. Les couleurs foncées des murs ne viennent pas égayer l'ensemble.

Aucun bouton d'alarme n'est installé. Il a été indiqué qu'un boîtier d'alerte non filaire pouvait être mis à la disposition des patients lorsqu'ils présentent de la difficulté à se mouvoir, en raison d'un handicap physique ou lorsqu'une contention physique est appliquée. Néanmoins, de façon générale, les patients enfermés dans les chambres d'isolement frappent à la porte pour se faire entendre.

Une seule horloge numérique, indiquant l'heure et la date, est placée dans le couloir en vis-à-vis des quatre chambres d'isolement. Il n'est pas aisé de la voir depuis la fenêtre des portes des chambres les plus éloignées du couloir et impossible pour un patient alité.

Ces chambres d'isolement ne sont dotées ni de toilettes ni de point d'eau. Une bouteille d'eau en plastique est donnée à chaque patient isolé et renouvelée autant que de besoin. Les patients sont acheminés dans la salle d'eau commune pour prendre leur douche et pour aller aux WC. Il a été mentionné que les visites des patients isolés étaient fréquentes et permettent l'accompagnement aux WC, le cas échéant. Un pot de chambre est placé dans la chambre pour les besoins impérieux, notamment la nuit.



Chambre d'isolement de la SUP

Dans les unités 1 et 2, les chambres d'isolement sont situées dans les secteurs fermés de « soins intensifs ». Séparés des secteurs ouverts par une porte fermée, ils sont aménagés de façon identique et donnent sur une cour intérieure commune.



Vues du jardin commun des secteurs de soins intensifs du pôle de psychiatrie adulte

Ils sont chacun dotés de trois « chambres d'isolement » de 16 à 18 m², d'une « chambre d'agitation » de 20 m² ainsi que d'un salon de 12,5 m², équipé d'une table et de chaises pour la prise en commun des repas, d'un téléviseur (et de sa télécommande mise à disposition des patients) et d'une armoire comprenant quelques jeux et magazines.

Le couloir dessert par ailleurs un local servant à entreposer le linge et du matériel et contient des casiers pour entreposer les effets personnels des patients.

Des caméras de vidéosurveillance disposées dans les couloirs permettent de visionner les parties communes des secteurs de soins intensifs. Les images de ces caméras sont transmises dans les bureaux infirmiers situés dans les secteurs ouverts.

Les chambres sont éclairées par de grandes fenêtres donnant sur le jardin intérieur et par des plafonniers. Leurs murs sont peints uniformément en blanc. Elles sont équipées de lits à sommier métallique, fixés au sol, dans les « chambres d'isolement » et d'un matelas posé au sol dans les « chambres d'agitation ».



Chambre d'agitation et chambre d'isolement d'un secteur de soins intensifs du pôle de psychiatrie adulte

Toutes les chambres sont séparées du couloir par un sas donnant accès à une salle d'eau d'une part et à la chambre d'autre part. Les salles d'eau, individuelles, contiennent chacune un WC, une douche à l'italienne, un lavabo surmonté d'un miroir et sont inaccessibles depuis la chambre lorsque la porte entre le sas et la chambre est fermée. Un pot de chambre est alors mis à disposition des patients. Si les pratiques d'ouverture des chambres sont largement répandues la journée (cf. § 8.2.3), l'accès au WC est moins aisé la nuit, notamment à l'unité 1 où la porte entre la chambre et le sas est systématiquement fermée de 23h à 8h, quel que soit l'état clinique du patient, alors que, dans l'unité 2, la porte séparant le sas de la chambre est laissée ouverte si l'état clinique du patient le permet.

Aucun point d'eau n'est installé dans les chambres elles-mêmes, mais tous les patients isolés bénéficiaient de la délivrance de bouteilles d'eau en plastique autant que de besoin.

Chacune des chambres et leurs salles d'eau sont dotées de boutons d'alarme, placés aux murs. Lorsque l'alarme est actionnée, un voyant rouge s'allume dans le couloir au-dessus de la porte de la chambre et une sonnerie retentit dans les bureaux des infirmiers.

Des horloges, analogiques dans l'unité 1 et numériques indiquant la date et l'heure dans l'unité 2, sont placées dans le couloir, vis-à-vis de chaque chambre d'isolement et dans les sas des chambres d'agitation. La vision de ces horloges n'est pas aisée pour une personne alitée ni pour une personne ayant des problèmes de vue.

Dans l'ensemble, toutes les chambres d'isolement de l'établissement n'ont qu'un seul accès. Elles sont toutes éclairées par des plafonniers dont il n'est pas possible de moduler l'intensité lumineuse et dont les interrupteurs sont situés à l'extérieur de la chambre. Aucun appareil permettant l'écoute de musique ou de radio n'y est installé. Aucune chambre ne peut être aérée de façon naturelle par l'ouverture des fenêtres, néanmoins toutes sont dotées d'un système d'aération efficace.

Aucune chambre ne possède de lit dont la tête puisse se relever.

L'intimité des patients est respectée grâce à des stores positionnés sur les fenêtres des portes et des volets roulants extérieurs.

Recommandation

L'équipement des chambres d'isolement nécessite des modifications afin que tout patient isolé :

- *bénéficie d'un accès permanent aux toilettes et à la douche et que l'utilisation de pots de chambre soit proscrite ;*
- *ait des moyens d'orientation temporelle facilement accessibles (heure, date, nouvelles ou informations...)* ;
- *soit situé à proximité du bureau des infirmiers ;*
- *ait accès à un dispositif d'appel en permanence ;*
- *puisse contrôler le dispositif d'éclairage (pouvant être aussi être réglé de l'extérieur pour permettre la surveillance).*

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique que la configuration actuelle des locaux du site de Reims ne permet pas de satisfaire à toutes les recommandations, tout en précisant que certaines ont déjà été prises en compte au sein de l'EPSM.

8.2.2 L'encadrement des pratiques de contention et d'isolement

Un protocole encadrant la pratique de contention physique de l'adulte rédigé en 2011 est valable pour tout le CHU. Trois protocoles encadrant les pratiques d'isolement sont établis au sein de l'établissement : un pour la SUP (2011), un commun pour les unités 1 et 2 (2009) et un pour le service de pédopsychiatrie (2012, cf. § 9.2.5). Ces protocoles sont sensiblement identiques. Ils prévoient les modalités de mise en œuvre des mesures, leurs indications et contre-indications ainsi que les modalités de surveillance. Seuls les protocoles du pôle de psychiatrie adulte prévoient, à la fin de la mesure d'isolement, un entretien systématique et formalisé avec le patient consacré au vécu de la mesure. Cette pratique faisait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au sein du pôle depuis 2007, ayant notamment pour objectif de sensibiliser et informer les équipes sur l'entretien de sortie de chambre d'isolement et d'évaluer l'effectivité de cet entretien. Lors de la visite, une EPP débutait au sein de la SUP concernant la pratique de l'isolement.

Les décisions de mise en isolement ou de contention font l'objet d'une feuille papier de "prescription" et d'une feuille de surveillance, spécifiques, intégrées dans les dossiers des patients. Toutes prévoient l'évaluation médicale au moins deux fois par jour et la surveillance psychique et physique horaire par les infirmiers lorsque l'isolement est continu.

Pour les pratiques d'isolement, des registres (prévus à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique) ainsi que la procédure établissant ces registres pour toutes les unités (SUP, unités 1 et 2, MDA) ont été mis en place seulement au premier jour de la visite. Les registres sont des classeurs, placés dans chaque bureau des infirmiers, comprenant des feuillets libres. Chaque mesure d'isolement fait l'objet d'une ligne sur les feuillets du classeur où sont renseignés : le

numéro d'identifiant du patient, le nom du "prescripteur", la date et l'heure du début de la mesure, la date et l'heure de fin, les mesures d'assouplissement, la durée de la mesure en heure ainsi que les noms des professionnels chargés de la surveillance.

Il n'a pas été prévu de retracer les pratiques de contention physique dans les registres, considérant que cette pratique est très rarement utilisée (cf. § 8.2.3).

Au moment du contrôle, l'analyse des pratiques et la remontée des données à la CME ainsi que la mise en œuvre d'une politique de limitation de recours à la contention et l'isolement par l'établissement, telles que le prévoit l'instruction du 29 mars 2017⁴, n'avaient pas encore été mises en place.

Recommandation

Les pratiques de contention physique doivent être renseignées dans un registre au même titre que les pratiques d'isolement. A l'issue d'une analyse de ces pratiques, une politique visant à en limiter le recours, doit être mise en œuvre conformément à l'article L.3222-5-1 du code de santé publique.

8.2.3 La pratique de l'isolement et de la contention

La contention physique est exceptionnellement utilisée dans l'établissement, seulement dans le SAU et parfois lors des transports d'urgence et d'intervention à domicile, lorsque les équipes vont chercher un patient en soins sans consentement. Il arrive qu'un patient, transféré du SAU à la SUP soit contenu sur un brancard, le temps du transfert entre les deux services. En ce cas, le patient arrivant, contenu sur le brancard, est placé dans une chambre d'isolement de la SUP, porte ouverte pour assurer sa surveillance, jusqu'à la levée de la mesure, à brève échéance, selon les propos recueillis (et selon un cas observé lors de la visite). Il a été fait mention que cette pratique était utilisée quatre à cinq fois par an.

Dans les autres unités (MDA, unités 1 et 2), différents interlocuteurs ont rapporté l'absence de recours à la contention.

Bonne pratique

La contention physique n'est qu'exceptionnellement pratiquée.

Les principales indications de mise en chambre d'isolement prévues dans les protocoles sont les états de crise, nécessitant l'isolement du patient pour le protéger ou protéger autrui, la « prévention d'un risque de rupture thérapeutique », les états cliniques nécessitant la diminution des stimulations « reçues » et aussi à la demande du patient.

Les « chambres d'agitation » des unités 1 et 2 sont utilisées en principe pour des durées brèves pour des états de crise, en maintenant la chambre d'origine du patient toujours disponible avec

⁴ INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement

ses affaires. Les quatre chambres d'isolement de la SUP et les six chambres d'isolement de l'unité 1 et 2 sont, elles, utilisées comme chambres intégrées à la capacité des unités (cf. § 7.1.1).

Les chambres d'isolement de la SUP, plus rarement celles des unités 1 et 2, accueillent des patients mineurs de la MDA en raison d'un risque d'auto ou d'hétéro agressivité.

Les chambres d'isolement des secteurs intensifs des unités 1 et 2 sont utilisées pour des patients présentant un état clinique en phase aiguë nécessitant l'isolement afin de les protéger ou de protéger autrui ainsi que pour des patients dont l'état clinique ne permet pas leur affectation en secteur ouvert. Les séjours prolongés de plusieurs mois en secteur de soins intensifs ont été cliniquement expliqués aux contrôleurs et, dans la majorité des cas, leur long séjour en secteur fermé ne se justifiait pas par la nécessité d'isolement *stricto sensu* mais par la nécessité de soins et de surveillance renforcée, incompatibles avec leur présence en secteur ouvert. Les contrôleurs ont pu apprécier la présence des équipes auprès de ces patients, l'ouverture séquentielle des portes en journée ainsi que la démarche de prise en charge visant à l'intégration progressive du patient en secteurs ouverts. Néanmoins, les patients, isolés dans leurs petits secteurs fermés, séparés des locaux communs où sont placés les bureaux des infirmiers ont, dans leur majorité, fait part aux contrôleurs de leur ennui et de leur impression de solitude, notamment lorsque, en journée, les infirmiers hors de leur vue, occupés dans les secteurs ouverts, ne pouvaient pas répondre rapidement à leurs appels.

Recommandation

L'organisation fonctionnelle et structurelle des unités ne devraient pas engendrer un recours prolongé aux chambres d'isolement. L'équipement des locaux et l'organisation des soins doivent être aménagés afin que les patients puissent bénéficier d'espaces alternatifs aux chambres d'isolement dès lors que leur état clinique ne justifie plus le maintien dans ces chambres spécifiques et spartiates, même ouvertes en journée.

Selon les données transmises à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (AITH) en 2016, soixante-quatre patients ont effectué soixante-huit séjours en chambre d'isolement dans le pôle de psychiatrie adulte, totalisant 1 754 jours en chambre d'isolement.

Par ailleurs, l'établissement a fourni aux contrôleurs un relevé des pratiques d'isolement, issu des dossiers médicaux, depuis le 1^{er} septembre 2016 jusqu'au jour de la visite. Selon ce relevé, sur les dix mois précédant la visite :

- à la SUP sont dénombrés 162 séjours en chambre d'isolement dont 111 inférieurs à 12 heures, 37 de 12 à 24 heures et 14 de 1 à 3 jours (certains de ces séjours se sont prolongés dans les unités 1 et 2 sans que l'on puisse identifier le prolongement de ces séjours dans le relevé) ;
- à l'unité 1 sont dénombrés vingt-six séjours en chambre d'isolement, dont quatre inférieurs à 3 jours, six de 6 à 8 jours, sept de 10 à 20 jours, six de 20 à 30 jours, un de 40 jours (en cours lors de la visite), un de 70 jours et un de plus de 6 mois (en cours lors de la visite) ;
- à l'unité 2 sont dénombrés seize séjours en chambre d'isolement dont cinq inférieurs à 4 jours, trois de 7 à 8 jours, un de 12 jours (en cours lors de la visite), trois de 25 à 27 jours, un de 56 jours, un de 3 mois (en cours lors de la visite), un de 231 jours (patient ayant blessé un infirmier et transféré en unité pour malades difficiles (UMD) par la suite) et un de 7 mois (en cours lors de la visite).

Dans les unités 1 et 2, il est fait mention de l'ouverture des portes régulièrement pendant la journée pour tous les séjours d'un jour ou plus. Les contrôleurs ont par ailleurs observé que les six personnes placées en chambres d'isolement bénéficiaient toutes d'ouverture des portes plusieurs heures dans la journée, et que certaines pouvaient se rendre quelques heures en journée dans les secteurs libres, accompagnées par des soignants.

Les contrôleurs ont noté que des patients en soins libres avaient été affectés en chambre d'isolement pour des durées supérieures à douze heures :

- à la SUP cela concernait neuf séjours ayant duré de 12 à 24 heures, un séjour de 33 heures et un séjour de 48 heures ;
- à l'unité 2, trois patients en soins libres ont été placés en chambre d'isolement dans le secteur fermé, dont un pendant 3 jours, un pendant 8 jours (avec l'accord du patient, faute de place en secteur ouvert, portes ouvertes la journée et fermées la nuit) et un pendant 30 jours (majeur protégé, ayant de lourds antécédents d'hospitalisation en SDRE).

Recommandation

Le statut d'hospitalisation en soins libres des patients isolés doit être modifié en soins sans consentement dès lors que l'isolement se prolonge.

8.2.4 Les conditions de vie et de prise en charge des patients isolés

Les contrôleurs ont pu rencontrer les six patients affectés dans les chambres d'isolement des secteurs de soins intensifs du pôle de psychiatrie adulte et s'entretenir de façon confidentielle avec chacun. Dans la SUP, aucun patient n'était affecté dans les chambres d'isolement de façon durable pendant la présence des contrôleurs.

Tous les patients isolés bénéficiaient de l'ouverture des portes des chambres pendant la journée, entre deux heures et douze heures par jour. Deux des six patients allaient une à deux heures par jour dans les secteurs ouverts.

Les trois patients de l'unité 1 n'avaient pas accès aux WC la nuit, contrairement aux trois patients de l'unité 2.

Les six patients avaient tous droit à des visites qui se déroulaient dans les salles dédiées aux visites dans les secteurs ouverts. Si aucun ne pouvait avoir accès à son téléphone portable, tous pouvaient émettre et recevoir des appels depuis un téléphone non filaire du bureau des infirmiers, mis à leur disposition dans leur chambre en cas d'appel.

Cinq patients prenaient leur repas en commun avec d'autres patients affectés en soins intensifs dans les salons communs des secteurs fermés et un patient prenait son repas en chambre, servi sur une tablette adaptable.

Les seuls couverts autorisés aux personnes isolées sont une grande cuillère en métal, une assiette en plastique et une bouteille d'eau en plastique. Il a été précisé que les aliments le nécessitant sont préalablement découpés par les soignants. Postérieurement, il a été indiqué que les patients disposent désormais d'un ustensile en plastique rigide servant, d'un côté, de cuillère et, de l'autre, de fourchette en lieu et place de la cuillère en métal.

Tous les patients isolés dans l'établissement sont habillés en pyjama d'hôpital (chemise et pantalon en tissu). Si les patients isolés peuvent se vêtir de leurs propres habits pour les

audiences auprès du JLD, il n'en est pas de même lors des visites de leurs proches où ils sont acheminés dans la salle de visites en pyjama.

Tous les patients isolés et fumeurs bénéficiaient de cinq à six sorties cigarettes par jour, accompagnées par un soignant, dans le jardin intérieur commun des secteurs de soins intensifs lors de la visite. Des substituts nicotiniques sont délivrés aux patients le nécessitant.

Tous les patients bénéficiaient d'au moins un entretien médical quotidien, samedis, dimanches et jours fériés compris. L'examen somatique des patients isolés est effectué par les médecins psychiatres.

En journée, dans chaque unité, un infirmier (différent à chaque demi-journée) est référent du secteur de soins intensifs. Les infirmiers et aides-soignants sont présents auprès des patients des secteurs fermés dès la fin des transmissions du matin pour la distribution des traitements et l'accompagnement des toilettes ainsi qu'aux heures de repas. Les patients sont seuls pendant les réunions du matin. La présence des soignants dans les secteurs de soins intensifs est par ailleurs discontinuée dans la journée. Le travail de soins consiste en des entretiens individuels infirmiers et l'animation d'activités de « stimulation » individuelles telles que les mandalas ou des jeux de société. Un patient admis dans le secteur de soins intensifs de l'unité 1 participait à l'atelier débat collectif du vendredi matin dans le secteur ouvert.

En dehors de la présence des soignants, les patients, dont les portes des chambres d'isolement étaient laissées ouvertes, déambulaient entre leur chambre et le salon commun où ils avaient accès à la télévision. Des livres ou magazines étaient mis à disposition de ceux qui le souhaitaient.

Les six patients rencontrés ont fait part de la bienveillance et de l'attention des soignants à leur égard et de l'intention des soignants d'être présents autant qu'ils peuvent à leur côté. Néanmoins, certains souffraient de leur mise à l'écart dans ces secteurs fermés, où le temps de réponse des soignants à leur appel leur semblait trop long en journée, notamment lors du temps de réunion le matin. Cette impression était accentuée par l'éloignement des locaux communs et du bureau des infirmiers qui ne leur permettait pas d'apprécier la présence et la disponibilité des soignants.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PERSONNES DETENUES NE SONT PAS DIRIGÉES VERS LE POLE DE PSYCHIATRIE DE L'ETABLISSEMENT

Les personnes détenues ne sont plus dirigées vers le CHU pour les soins psychiatriques mais vers l'EPSM de la Marne, dont dépend administrativement le personnel hospitalier qui intervient à la maison d'arrêt de Reims.

Les plus anciens des soignants du CHU se souviennent que la présence de deux fonctionnaires de police était imposée tant qu'il n'y avait pas de levée d'écrou (obligation de « garder à vue », au sens étymologique). La SUP refusait cette présence policière dans ses locaux, ce qui peut contribuer à expliquer que les personnes détenues ne soient plus dirigées vers le CHU pour leur hospitalisation pour motif psychiatrique.

Des personnes détenues sont toutefois encore acheminées vers le service d'accueil des urgences (SAU). Si le besoin de soins est psychiatrique et n'a pas été dirigée en amont vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ou l'EPSMM, un psychiatre du CHU se rend au SAU et engage la procédure de l'article D398 du code de procédure pénale suivie d'une admission à l'EPSMM, à Châlons-en-Champagne ou à Reims dans la clinique Henri Ey. Les données chiffrées obtenues du service des urgences n'ont pas permis de faire apparaître cette activité, résiduelle selon les informations recueillies sur place, les données ne distinguant ni les personnes détenues des personnes gardées à vue, ni les prises en charge pour motif somatique des prises en charge pour motif psychiatrique.

9.2 LA CAPACITE D'ACCUEIL DE LA PEDOPSYCHIATRIE, QUI OFFRE UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE, EST INFERIEURE AUX BESOINS

9.2.1 L'information et la mise en œuvre des droits des patients

Lors de la visite, les douze mineurs accueillis à la maison des adolescents étaient placés à la demande de leurs parents ; aucun ne l'était à la suite d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) du juge des enfants. Les OPP sont habituellement très minoritaires : en 2015, une OPP sur quatre-vingt-trois admissions en hospitalisation complète ; en 2016, deux OPP sur soixante-dix-huit admissions ; au premier trimestre 2017, une OPP sur trente-huit admissions.

Aucune admission sur décision du représentant de l'Etat n'est rapportée au cours des trois dernières années.

Les observations formulées aux § 4 et § 5 du présent rapport s'appliquent – en prenant en compte leur état de minorité – aux patients accueillis dans la MDA.

9.2.2 Les restrictions aux libertés individuelles

a) Le règlement intérieur

Le règlement intérieur de la MDA est daté d'avril 2016. Présenté comme « *Livret d'accueil* », il est expliqué et transmis aux patients lors de leur admission, ainsi qu'à leurs parents. Il décrit tant la composition de l'équipe, que les locaux, la procédure d'admission et les règles de fonctionnement quotidien de l'unité.

Comme dans les unités pour adultes, ces règles ne sont pas liées au statut juridique du patient, soins libres ou soins sans consentement. Ainsi, la MDA est une unité fermée pour tous les patients.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'établissement indique que cette unité est ouverte et n'est fermée que pour des raisons tenant à la situation clinique d'un ou plusieurs adolescents accueillis et afin de protéger ces derniers, sur décision de son responsable médical.

Des réunions soignants-soignés ont lieu chaque semaine, le lundi, permettant la discussion sur les conditions de vie dans l'unité. A l'époque de la visite, les discussions portaient généralement sur la restauration et non pas directement sur des points relatifs aux restrictions de liberté.

b) L'organisation architecturale

Le bâtiment de la MDA, récent, inauguré en 2005, se compose de trois niveaux : au rez-de-chaussée l'accueil des familles, des bureaux d'entretien ; au premier étage les espaces de vie diurne et la chambre de repos ; au second étage douze chambres, individuelles.

L'entrée du bâtiment est fermée. Un interphone permet de se présenter au personnel soignant, qui vient ouvrir.

A l'arrière du bâtiment, entre la MDA et le bâtiment du pôle « Femme-Parents-Enfants » (FPE), une aire de jeux pour enfants est accessible sur autorisation médicale.

Recommandation

Les locaux destinés à la prise en charge de patients en psychiatrie doivent inclure un espace extérieur accessible aux patients qui n'ont pas l'autorisation de sortir de l'hôpital, particulièrement quand les patients sont des enfants.

c) La circulation des patients mineurs

La circulation entre les étages de la MDA est limitée par des horaires et soumise à l'intervention du personnel qui dispose des clés pour ouvrir les portes fermées entre les niveaux. Les chambres, au second étage, ne sont accessibles aux patients en journée que de 13h à 14h, de 17h à 19h et la nuit de 20h à 9h.

Les adolescents bénéficient d'activités, dont les activités scolaires et des activités culturelles, au sein de la MDA. Deux enseignants interviennent chacun à mi-temps.

L'unité bénéficie d'un véhicule pour transporter les patients au sein ou hors de l'hôpital, qu'il s'agisse de les accompagner pour réaliser un acte médical ou pour une activité thérapeutique ou culturelle. En fonction du motif de la sortie et de leur état de santé, les patients peuvent aussi s'y rendre à pied, accompagnés.

d) Les contraintes quotidiennes

Les horaires de fonctionnement de l'unité, précisés dans le règlement intérieur, réservent le créneau de 23h à 7h au repos, précédé d'un coucher à partir de 22h. Le petit déjeuner est servi entre 8h15 et 8h45 en semaine (lever à 8h en semaine, 10h au plus tard le week-end). A quelques variantes près, la MDA est soumise au même rythme que les unités pour adultes.

L'accès au tabac pour les adolescents de la MDA est limité à cinq accompagnements hors de l'unité, après les repas, sous réserve d'une discussion incluant l'autorité parentale lors de l'admission et d'un accompagnement thérapeutique pendant l'hospitalisation.

L'accès au téléphone personnel est par principe interdit. Les patients doivent demander aux soignants pour téléphoner *via* un appareil de l'hôpital qui est généralement un appareil sans fil du service ou le téléphone fixe qui leur est réservé dans la bibliothèque. La famille peut appeler à tout moment, par le même biais.

Si au sein de l'ensemble de l'hôpital, les visites ont lieu de 13h à 20h, sans autre précision horaire, les visites des patients de la MDA se déroulent entre 17h et 19h, dans un salon équipé correctement à cet effet.

Les contraintes imposées à la MDA n'appellent pas de recommandation particulière en tant que telle. Mais leur mise en perspective avec les contraintes imposées aux jeunes patients souffrant de troubles psychiques préalablement pris en charge en pédiatrie générale (cf. § 9.2.3.b) en appelle. Pendant cette hospitalisation, ils sont soumis au règlement intérieur de la pédiatrie générale qui n'interdit pas l'accès aux téléphones portables alors que la MDA – où le patient est destiné à être pris en charge dès lors qu'une place s'y libère – l'interdit. De jeunes patients sont ainsi soumis à une règle plus contraignante en seconde partie de prise en charge (téléphone portable laissé à disposition, puis enlevé), sans motif autre que l'indisponibilité d'un lit dans un service spécialisé.

Recommandation

Les règles applicables aux enfants doivent être liées à leur état de minorité et à leur pathologie et non pas aux conditions de leur prise en charge imposées par l'offre de lits d'hospitalisation insuffisante en pédopsychiatrie.

9.2.3 Les conditions de vie

a) Les conditions d'hébergement

Les locaux de la MDA n'appellent pas d'observations divergentes à celles effectuées dans les unités pour adultes : les locaux sont adaptés au projet de prise en charge et correctement entretenus.

Au second étage, les douze chambres, individuelles, de 9,6 m², disposent chacune d'une salle d'eau attenante de 4,2 m², offrant, depuis un sas d'entrée de 1,7 m², l'accès à des WC, un lavabo surmonté d'un miroir, une douche. L'une de ces chambres, de 11,7 m², est adaptée aux patients dont la mobilité est réduite. Les patients y disposent d'un placard, d'un bureau, d'une étagère, d'une chaise, en sus du lit. L'adolescent peut s'enfermer pour préserver son intimité.

Les patients sont autorisés à personnaliser la décoration de leur chambre.

En journée, au premier étage comme au rez-de-chaussée, des sanitaires sont accessibles.

b) Les sur occupations

Lors de la visite, la MDA hébergeait douze patients, soit un taux d'occupation de 100 %. Un délai d'attente de deux mois environ est mis en exergue par les personnes interrogées. Des besoins supplémentaires d'hospitalisation spécialisée à temps plein existent, donnant lieu de fait à une

prise en charge dans l'hôpital général pédiatrique ou à la SUP, parfois l'un et l'autre successivement pour le même patient.

Dans l'urgence, les mineurs présentant des troubles psychiatriques sont admis aux urgences pédiatriques. Après un examen somatique par un pédiatre, ils y sont évalués par un interne en pédopsychiatrie affecté aux urgences de 9h à 18h en semaine et, le cas échéant, par les pédopsychiatres de liaison (ou les psychiatres de garde le soir et les week-ends). En cas d'indication d'hospitalisation, ils sont admis dans l'unité d'hospitalisation temporaire (UHT) des urgences pédiatriques ou dans l'unité d'hospitalisation générale pour grands enfants.

Ainsi, de nombreux patients mineurs souffrant de troubles psychiques sont constamment pris en charge dans l'hôpital général pour enfants : en 2016, sur 668 séjours d'enfants âgés de plus de 3 ans au sein de l'hôpital pédiatrique, 129 séjours (soit 19,3 %), correspondant à 1 355 journées d'hospitalisation, relevaient d'une prise en charge psychiatrique. Cette part de l'activité de pédopsychiatrie en pédiatrie, qui n'était que de 15,1 % en 2015, continue à augmenter : au 1^{er} trimestre 2017, sur 210 séjours d'enfants âgés de plus de 3 ans au sein de l'hôpital pédiatrique, 46 séjours (soit 21,9 %), correspondant à 375 journées d'hospitalisation, relevaient de la psychiatrie.

A la date de la visite, six patients mineurs relevant de la psychiatrie occupaient un tiers des dix-huit lits de l'hôpital pédiatrique général et un patient mineur occupait un lit de la SUP, soit sept mineurs pris en charge hors MDA contre douze dans la MDA. Ainsi, sur dix-neuf mineurs ayant besoin de soins psychiatriques au début du mois de juin 2017 et séjournant au CHU de Reims, près de 37 % d'entre eux étaient pris en charge dans des conditions inadaptées à leur pathologie ou à leur âge.

De plus, des mineurs sont adressés à la SUP, en provenance de l'hôpital pédiatrique ou de la MDA, en cas d'état d'agitation avec un risque hétéro agressif ou en cas de risque auto agressif, majoritairement pour des patients âgés de 15 ans et plus. En 2016, trois patients mineurs ont été pris en charge dans les unités pour adultes et vingt-trois patients mineurs ont séjourné à la SUP (vingt-cinq en 2015, huit au cours des cinq premiers mois de l'année 2017). Ils y séjournent en chambre normale ou en chambre d'isolement, en fonction de leur état clinique mais aussi du souci de protection du mineur par rapport aux autres patients adultes.

Plus encore, le séjour des mineurs à la SUP dure, comme pour les adultes, parfois trop longtemps par rapport à son projet de service d'un séjour de 72 heures au maximum. Sur le nombre total de dépassements de la durée de séjour dans la SUP, de 2014 à 2016, 3,7 % puis 9,1 % et 9,6 % ont concerné des enfants. Sur les cinq premiers mois de l'année 2017, cette proportion est ramenée à 4,9 %. L'absence de place voire l'absence de place en soins intensifs disponible dans le service du secteur de résidence de l'enfant, dans une moindre mesure le délai de coordination de la prise en charge, et, de façon exceptionnelle, une évaluation longue qui n'aboutit pas à une prise en charge médicale, expliquent ces durées de séjour trop longs, selon les données recueillies.

Les différences dans la présence médicale et dans les conditions de vie (cf. § 9.2.2) soumettent des patients à la situation médicale comparable à un cadre de soins différent au sein du même établissement.

Il a été indiqué qu'un projet d'ouverture d'une unité d'hospitalisation de « pédopsychiatrie de crise », de douze lits, déjà autorisé par l'ARS, était en attente de réalisation faute de budget.

Recommandation

La capacité de prise en charge spécialisée des enfants doit être adaptée aux besoins, à ce jour supérieurs à l'offre du centre hospitalier en ce qui concerne la pédopsychiatrie, afin d'éviter le recours à des hospitalisations en service pour adultes ou en service de pédiatrie générale.

Dans ses observations du 20 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 11 janvier 2018, l'EPSM de la Marne indique qu'une unité de crise pour adolescents pour le département de la Marne est projetée sur le site de Châlons-en-Champagne, dont la mise en œuvre est retardée faute de recrutement médical, quatre postes de pédopsychiatres sur six étant vacants.

c) Les biens des patients

Cf. § 6.3 sur les biens des patients au sein des unités adultes, la même procédure trouvant à s'appliquer pour les mineurs en cas de besoin de stockage d'objets de valeur qui n'aurait pas été résolu auprès de la famille.

d) L'alimentation

La salle à manger de la MDA est intégrée à un vaste plateau de vie diurne, dont la surface peut être scindée par des cloisons amovibles. Elle comporte des tables rectangulaires, en nombre suffisant pour permettre à tous les patients de déjeuner et dîner en compagnie des soignants, à raison d'un soignant pour trois patients.

Les horaires des repas sont affichés et connus : petit déjeuner à partir de 8h15, déjeuner à midi, dîner à 19h. Un goûter est pris à 16h.

Comme dans les unités pour adultes, les repas sont fournis par la cuisine centrale du pôle logistique. L'équipe de la MDA a fait le choix thérapeutique de ne pas accepter l'expression des aversions alimentaires par les patients. Les menus, incluant des repas à thème et des menus de fête, sont conçus sur quatre semaines pour la MDA (menus de type courts séjours). Les plats sont livrés dans des barquettes collectives pour quatre personnes, divisées par le personnel soignant.

Le système en place provoque l'insatisfaction tant des patients que du personnel, qui soulignent la forte proportion de féculents et le déséquilibre de certains menus. Cela est apparu aux contrôleurs plus en lien avec les pathologies et les âges des prises en charge qu'avec les capacités de la fonction restauration dans l'hôpital, qui dispose de multiples possibilités d'adaptation aux besoins exprimés. Cela devrait s'améliorer en rapprochant les équipes.

Par ailleurs, les patients adolescents préparent chaque semaine un déjeuner dans la cuisine de l'unité, selon un menu qu'ils ont élaboré.

e) Les activités non thérapeutiques

Les activités de loisirs se déroulent au premier étage, où un poste de télévision et des canapés sont installés. Les tables et chaises de la salle à manger, servent, en dehors des heures de repas, à des jeux de société. Un ciné-club est organisé, ainsi que des activités musicales par un intervenant extérieur et à l'occasion des sorties au théâtre par les enseignants.

f) La vie sexuelle

Le règlement intérieur de la MDA précise : « *Les relations sexuelles sont interdites à la MDA* ». Des attouchements entre patients sont parfois observés par le personnel soignant, parfois de manière provocatrice. Il rappelle alors que cela ne doit pas être exposé aux autres et utilise des

supports pédagogiques relatifs à l'éducation sexuelle, adaptés au profil du patient concerné. En cas de suspicion de relation sexuelle, les parents sont informés ; en cas de doute sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles, un protocole de sérologie est appliqué.

9.2.4 Les soins psychiatriques et somatiques

a) Les soins psychiatriques

La prise en charge des patients hospitalisés au sein de la MDA est adaptée au public accueilli, avec une équipe de soins notamment composée d'un pédopsychiatre, d'un interne, d'un psychologue, d'infirmiers et d'une équipe socio-éducative composée d'éducateurs spécialisés, d'une assistance sociale et de deux enseignants. Les jeunes patients participent à la vie institutionnelle dans les réunions soignants-soignés du lundi matin.

La journée est rythmée par des activités thérapeutiques médiatisées et des entretiens individuels. Les locaux sont confortablement équipés pour faire les activités. Leur conception sur trois étages engendre cependant des difficultés dans la gestion du groupe avec des temps collectifs imposés dans les espaces communs au premier étage, pendant lesquels les chambres, au deuxième étage, sont fermées. Pendant ces temps, la chambre dite de « repos », en réalité chambre d'isolement (cf. § 9.2.5), peut être utilisée pour un patient agité qui n'a pas d'autre endroit pour s'apaiser à l'écart.

Il a été fait part aux contrôleurs de la difficulté de trouver des lieux de vie pour certains patients. Ainsi, l'un d'eux était hospitalisé à la MDA depuis plus de neuf mois.

Les traitements sont distribués de façon individuelle et confidentielle dans la salle de soins.

b) Les soins somatiques

Le service de pédopsychiatrie de la MDA bénéficie de la présence d'un médecin généraliste vacataire une demi-journée par semaine.

Par ailleurs, comme pour les adultes, les patients mineurs d'abord admis aux urgences pédiatriques y bénéficient d'un bilan somatique à leur arrivée. Le service de pédopsychiatrie étant intégré dans le pôle « Femme-Parents-Enfants » du CHU, les liens entre la pratique des pédopsychiatres et les pédiatres sont étroits et facilitent la prise en charge somatique spécialisée au sein du CHU si nécessaire.

9.2.5 L'isolement et la contention

Un protocole spécialisé encadrant la pratique de contention physique et d'isolement concerne le service de pédopsychiatrie depuis 2012. Comme ceux des unités pour adultes, il prévoit les modalités de mise en œuvre des mesures, leurs indications et contre-indications ainsi que les modalités de surveillance (cf. § 8.2.2). Contrairement aux protocoles du pôle de psychiatrie adulte, il ne prévoit pas, à la fin de la mesure d'isolement, un entretien systématique et formalisé avec le patient consacré au vécu de la mesure.

En réalité, différents interlocuteurs ont confirmé l'absence de recours à la contention au sein de la MDA. Il y est en revanche parfois recouru dans le service de médecine pédiatrique, qui dispose du matériel de contention et dont les lits permettent l'installation de sangles, de manière très brève et à la seule fin de faciliter la sédation. Dans la pratique, face à une telle nécessité, les équipes de pédiatrie préfèrent solliciter une prise en charge du patient mineur à la SUP dans une chambre d'isolement.

La procédure établissant le registre des mesures d'isolement a été mise en place à la MDA comme dans les unités pour adultes au premier jour de la visite (cf. § 8.2.2).

La MDA dispose d'une chambre « de repos » de 9 m², installée au premier étage. Un sas dessert d'une part la salle d'eau et d'autre part la chambre. La salle d'eau est équipée d'un WC, d'une douche à l'italienne, d'un lavabo surmonté d'un miroir. La chambre est bien éclairée par la lumière naturelle. La pièce est colorée. Son seul mobilier est un matelas posé au sol. Une horloge analogique est accrochée dans le sas, visible depuis le hublot de la porte séparant le sas et la chambre. Elle n'est pas dotée de bouton d'alarme.

La chambre « de repos » est utilisée en principe pour des durées brèves, des états de crise, en maintenant la chambre d'origine du patient toujours disponible avec ses affaires. Il est fait mention de l'ouverture des portes régulièrement pendant la journée pour tous les séjours d'un jour ou plus. Aucun patient n'était affecté dans cette chambre pendant la présence des contrôleurs.

Durant les dix mois précédant la visite, quinze patients ont effectué cinquante-trois séjours dans la chambre de « repos », parmi lesquels trente séjours ont duré moins de cinq heures, onze séjours ont duré entre cinq et vingt heures, dix séjours ont duré d'un à trois jours, un séjour a duré huit jours. Enfin, un séjour a duré cinq semaines à la demande du patient.

Lorsqu'une mesure d'isolement doit être maintenue en raison d'un risque d'auto ou d'hétéro-agressivité, le patient peut être transféré dans une chambre d'isolement de la SUP ou, plus rarement, des unités 1 ou 2 du pôle adulte. Certains jeunes patients présentant des troubles de comportement durables sont parfois transférés à la SUP pour un « séjour de rupture ». La mesure d'isolement est décidée par le médecin psychiatre de cette dernière, à sa discrétion, la décision n'étant pas rédigée par le pédopsychiatre de la MDA.

10. AMBIANCE GENERALE

Les deux pôles du CHU de Reims qui prennent en charge des patients en psychiatrie – le pôle Femme-Parents-Enfants pour la pédopsychiatrie et le pôle de psychiatrie adulte – sont pleinement intégrés à l'ensemble de l'hôpital, la psychiatrie n'étant pas mise à l'écart.

Les instances de concertation sont actives ; la prise en charge médicale est dynamisée par le caractère universitaire de l'établissement et les recherches en cours.

Le consentement aux soins est privilégié par les équipes qui font preuve de bienveillance dans la prise en charge quotidienne des malades.

Le personnel rencontré est motivé et s'est montré à l'écoute des commentaires du CGLPL sur les locaux et les pratiques.